



# Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud

Walter Flores

<p>321 FLO con</p>	<p>Flores, Walter Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud –Guatemala. – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2010.</p> <p>38 p. (Cuadernos de Desarrollo Humano; 2009/2010-2).</p> <p>ISBN 978-9929-8025-9-9</p> <p>1. Descentralización - Guatemala. 2. Gobierno - Guatemala. 3. Sociedad. 4. Participación política. 5. Salud 6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social</p>
----------------------------	--



Informe Nacional  
de Desarrollo Humano

**Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo**

5ª. avenida 5-55 zona 14, Europlaza, torre IV, nivel 10.

Tel 2384-3100

[www.undp.org.gt](http://www.undp.org.gt)

**Edición:** Eva Sazo de Méndez, Ineditasa

**Diagramación:** Rocío Acevedo, Estudio Púrpura

**Diseño de portada:** Rocío Acevedo, con elementos del INDH 2009/2010

**Impreso por:** Serviprensa

**Número de ejemplares:** 1,500

**Guatemala, 2010**

La realización de este documento fue posible gracias al apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID; Agencia Española para la Cooperación Internacional para el Desarrollo, Aecid; Agencia Noruega para Cooperación al Desarrollo, Norad; Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Asdi; Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud, CEGSS; y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, IDRC-CRDI.

El contenido aquí expresado es responsabilidad de su autor y el mismo no necesariamente refleja las opiniones de las agencias y gobiernos cooperantes.

Se permite la reproducción parcial o total de este documento, citando la fuente bibliográfica como corresponde. Se estimula el uso de este documento con fines de estudio, investigación o implementación de políticas públicas.

# Contenido

## Presentación

5

## Introducción

7

## 1. Conceptos clave

9

1.1 El concepto de gobernanza aplicado a los sistemas de salud

9

## 2. Marco analítico

12

2.1 Los actores y los procesos para la toma de decisiones

12

2.1.1 Actores que participan en procesos  
de toma de decisión

12

2.1.2 Recursos de poder en los actores

12

2.1.3 Las reglas del juego

13

2.1.4 Las asimetrías de poder entre  
los actores sociales

13

2.2 Mecanismos para verificar las decisiones que han sido tomadas  
y los resultados de dichas decisiones

14

2.2.1 La rendición de cuentas

14

2.2.2 La transparencia

15

## 3. Consideraciones metodológicas

17

## 4. Resultados ilustrativos

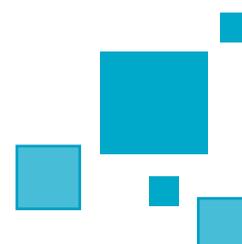
19

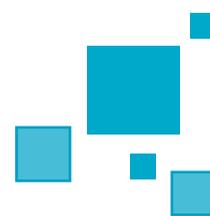
4.1 Sobre los principios del marco legal y su aplicación

19

4.2 Los escenarios de la toma de decisiones alrededor del sistema de salud y las políticas públicas  
de salud en Guatemala

19





4.3 Los principales actores que influyen en los procesos de toma de decisiones en las políticas públicas de salud y del sistema de salud	20
4.3.1 Ministro de Salud y funcionarios en puestos de dirección	20
4.3.2 Representantes del Organismo Legislativo	22
4.3.3 Los gobiernos municipales	22
4.3.4 Consejos de Desarrollo Urbano y Rural	22
4.3.5 Organizaciones no gubernamentales bajo convenio con el MSPAS	22
4.3.6 Agentes económicos privados	23
4.3.7 Agencias internacionales de cooperación	23
4.3.8 Organizaciones de la sociedad civil	24
4.3.9 Los partidos políticos	27
4.3.10 Resumen sobre actores estratégicos y sus recursos de poder	27
4.4 Las reglas del juego para la toma de decisiones	28
4.5 La rendición de cuentas y la transparencia de las autoridades de salud y alrededor de las políticas públicas	28
4.5.1 Las debilidades en la construcción de las políticas públicas de salud en el país	29

## **5. Conclusiones**

---

32

## **Referencias bibliográficas**

---

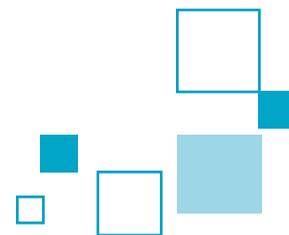
34

## **Siglas y acrónimos**

---

38





# Presentación

---

El enfoque de desarrollo humano ha sido flexible y dinámico. El Informe sobre desarrollo humano 2010, *La verdadera riqueza de las naciones: caminos al desarrollo humano*, celebra el vigésimo aniversario del lanzamiento del primer informe mundial, con una revisión de los conceptos e instrumentos de medición del enfoque y un análisis comparativo de las tendencias del desarrollo humano desde los años 70 del siglo XX. Define desarrollo humano como “la expresión de la libertad de las personas para vivir una vida prolongada, saludable y creativa; perseguir objetivos que ellas mismas consideren valorables; y participar activamente en el desarrollo sostenible y equitativo del planeta que comparten” (PNUD 2010). Refina la forma de medir el índice de desarrollo humano. Muestra una relación positiva entre crecimiento económico y avances en desarrollo humano, así como una diversidad de vías para alcanzar este último. Asimismo plantea una reflexión sobre los roles de agentes estratégicos para el desarrollo humano, entre ellos, el Estado a través de sus políticas públicas.

El INDH 2009/2010, *Guatemala: hacia un Estado para el desarrollo humano*, analiza el papel que ha jugado el Estado guatemalteco en la promoción del desarrollo humano durante los últimos 25 años. Se encuentra organizado en cuatro partes. La primera está dedicada a los aspectos conceptuales e históricos: el surgimiento del Estado moderno, la formación del Estado nacional guatemalteco (1821-1985) y las relaciones entre Estado y desarrollo humano. La segunda parte está orientada al análisis de la estructura, la burocracia y la política fiscal del Estado, así como a la medición de la densidad estatal en el territorio. La tercera parte enfoca el papel que el Estado ha desempeñado en la prestación de servicios de salud y de educación, en la garantía de los derechos a la seguridad y la justicia, en la promoción de la democracia, en la reducción de la pobreza y de las desigualdades que afectan a los pueblos indígenas y a las mujeres. Finalmente, en la cuarta se plantea una propuesta para la transformación del Estado guatemalteco hacia un Estado plural que promueve el desarrollo humano.

Los Cuadernos de Desarrollo Humano son una línea editorial dedicada a ampliar y profundizar los temas tratados en cada

Informe nacional de desarrollo humano (INDH). Se generan como subproductos del proceso de elaboración de un Informe, ya que son trabajos de consultoría que, después de una revisión técnica con especialistas, se utilizan como insumos en su redacción, y, por una serie de características, son seleccionados para publicación en la serie de Cuadernos que acompañan al INDH. Su autoría corresponde a investigadores que contribuyen con perspectivas conceptuales y resultados empíricos al debate sobre temas de relevancia para al avance del desarrollo humano.

En esta oportunidad, *Aproximación a la gobernanza en el Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud*, segundo número de la serie Cuadernos de Desarrollo Humano 2009/2010, amplía el tema, introducido brevemente en el capítulo siete del INDH 2009/2010. El estudio realizado por Walter Flores, especialista en desarrollo y evaluación de sistemas de salud, parte del planteamiento conceptual. En las dos primeras secciones define conceptos clave y describe elementos básicos tales como actores sociales que participan en procesos de toma de decisión, recursos de poder, reglas de juego y asimetrías de poder entre actores. En la tercera presenta preguntas generadoras de investigación y, en la cuarta, resultados ilustrativos, cualitativos, derivados de análisis documental, incluyendo notas de periódicos, y entrevistas a actores clave que compartieron opiniones, experiencias y percepciones. Estos resultados se refieren principalmente a los actores que influyen en el proceso de toma de decisiones en políticas públicas de salud y sus roles. Como estudio aproximativo sobre un tema todavía poco abordado en el país, invita a la reflexión sobre la perspectiva y la aplicación del análisis de gobernanza en políticas públicas.

Agradecemos a los especialistas que participaron en la revisión de la versión preliminar de este trabajo y a quienes contribuyeron con insumos específicos: Lucrecia Hernández Mack; Gustavo Estrada; Héctor Rosada-Granados y Herminia Reyes de Muralles, USAID/Proyecto Diálogo para la Inversión Social; Cristina Maldonado, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; Carlos Pérez-Brito, Banco Mundial; Abelardo Quezada,

PNUD. Asimismo, agradecemos al Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud (Guatemala) y el *International Development Research Centre* (Canadá) por su apoyo financiero para la producción del presente cuaderno.

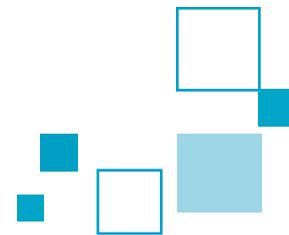
Nos complace poner a disposición del público la presente publicación, la cual constituye un aporte conceptual y un ejercicio

aproximativo a las políticas públicas de salud desde una perspectiva promisorio, la del análisis de la gobernanza. Se expone como un documento de consulta y debate para instituciones del Estado, universidades y centros de investigación, medios de comunicación, partidos políticos, organizaciones sociales y personas interesadas en las relaciones de poder que se entretienen en el ciclo de las políticas públicas.



**Linda Asturias de Barrios**

Coordinadora del Programa de Informes Nacionales de Desarrollo Humano y Objetivos de Desarrollo del Milenio



# Introducción

---

Los últimos cinco años han visto una producción importante de estudios alrededor del sistema de salud guatemalteco y las políticas públicas de salud (PNUD, 2008; CESR/Icefi, 2010; CONGCOOP, 2008; USAID/Diálogo para la Inversión Social, 2008, 2009). En todos estos trabajos se evidencian varias conclusiones, siendo las más relevantes: a) la situación de salud que experimenta la población guatemalteca sigue presentando importantes rezagos al compararla con los países vecinos; b) el financiamiento público del sistema de salud está entre los más bajos de toda la América Latina, lo cual obliga a que la población asigne una cantidad importante de gastos de bolsillo para atender sus necesidades por servicios de salud; c) continúan existiendo marcadas inequidades en el acceso a los servicios de salud de los diferentes grupos poblacionales comparados por etnia, sexo, lugar de residencia y nivel educativo.

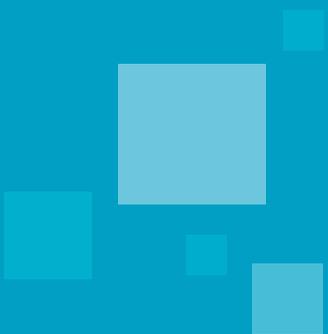
Los estudios anteriores también indican que varios países de la región (Belice, Panamá, Brasil y los países caribeños de habla inglesa), que asignan cantidades similares de recursos a los que utiliza Guatemala como gasto total en salud (alrededor del 6.5% del PIB), logran una mejor organización del sistema de salud y una mejor capacidad resolutive. La principal diferencia entre esos países y Guatemala es que el sistema de salud es principalmente público, tanto en su financiamiento como en una red expandida de infraestructura (USAID/Diálogo para la Inversión Social, 2008a), y en Guatemala el financiamiento recae mayormente en los hogares.

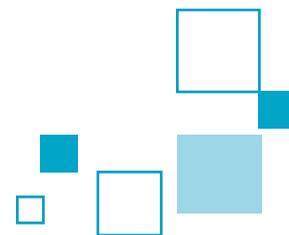
Lo anterior indica que sí es posible tener un mejor sistema de salud del que se tiene actualmente en Guatemala. Para ello, las políticas públicas de salud son de suma importancia. Estudios recientes han realizado un análisis detallado de los contenidos y eficacia de las políticas públicas de salud en relación a salud materna, infantil y nutrición (CESR/Icefi, 2009; CONGCOOP, 2008). Por ello, el presente trabajo se concentra en analizar un aspecto que ha sido hasta ahora poco abordado: el análisis de la gobernanza en las políticas públicas de salud y el sistema de salud.

Las políticas públicas de salud —cuáles sean— son el resultado de procesos de toma de decisiones que involucran a una multiplicidad de actores sociales y políticos que interactúan en diferentes espacios. El éxito y las deficiencias que presenten las políticas públicas no son eventos fortuitos sino el resultado de los procesos y acciones que se implementan alrededor de las mismas. Por ello, se ha afirmado que la posibilidad de que las políticas públicas ofrezcan mejores resultados depende principalmente de la calidad del proceso para construir las, es decir, la discusión, aprobación e implementación de dichas políticas (Stein, *et ál.*, 2008).

Para analizar los procesos que construyen las políticas públicas de salud y la toma de decisiones alrededor de las mismas, el presente trabajo aplica un análisis de la gobernanza del sistema de salud y el rol que juegan las políticas públicas. En las primeras dos secciones se presentan conceptos clave alrededor del análisis de la gobernanza del sistema de salud. En la tercera se describe la metodología y en la cuarta, los resultados. Al final, se presentan las conclusiones y reflexiones.

El presente trabajo es, tal y como lo indica el título, una aproximación al tema. El propósito es proporcionar una mirada a las políticas públicas de salud y al sistema de salud, desde una óptica diferente. Este tipo de análisis, aun cuando puede ser novedoso para Guatemala, se está realizando desde hace ya varios años en diferentes países de la región (notablemente, Brasil y Argentina). Por ello, el segundo propósito de este estudio es motivar a investigadores, académicos, funcionarios públicos y sociedad civil, a indagar diferentes enfoques analíticos de gobernanza democrática en las políticas públicas y llevar a cabo estudios de este tipo. La sección de conclusiones identifica algunas políticas públicas de relevancia que serían beneficiadas con la aplicación del análisis de gobernanza.





# 1. Conceptos clave<sup>1</sup>

Es necesario iniciar aclarando que la bibliografía existente en idioma español usa indistintamente los conceptos *governanza*, *governabilidad* y *governancia*. En este artículo se ha preferido usar el concepto *governanza*, el cual tiene una mayor congruencia con el de *governance* que aparece en la literatura en idioma inglés.

También es importante diferenciar entre los conceptos de 'governanza' y 'governabilidad'. En español, existe literatura que utiliza indistintamente ambos conceptos. De hecho, algunas traducciones de documentos elaborados en idioma inglés en los que se utiliza el concepto 'governance', han sido traducidos al español indistintamente como 'governabilidad' y 'governanza' (Hufty *et ál.* 2006). Aunque ambos conceptos están relacionados, es importante diferenciarlos ya que tienen un significado distinto en la literatura en idioma inglés (*governability* y *governance*), de donde proviene el uso moderno de ambos conceptos. Kooiman (1993:249) define *governabilidad* como "la capacidad de un sistema sociopolítico para gobernarse a sí mismo en el contexto de otros sistemas más amplios de los que forma parte". Alcántara (1994) indica que *governabilidad* se entiende dentro del ámbito de la capacidad del gobierno, lo cual se refiere al hecho donde concurre un grupo de condiciones que son favorables para la acción de gobierno. Prats (2003) resume que la *governanza* es la interacción entre actores estratégicos, mediada por la arquitectura institucional, que genera una determinada capacidad del sistema sociopolítico, para reforzarse a sí mismo (*governabilidad*).

Previo a abordar los conceptos alrededor de la *governanza* en los sistemas de salud, es necesario hacer referencia a las corrientes relacionadas con la *governanza* en los sistemas sociopolíticos y hacer explícita en cuál de ellas se apoya el presente trabajo. La bibliografía en el tema es vasta y existe una gran cantidad de clasificaciones y corrientes. Sin embargo, para los propósitos del presente trabajo, se decidió presentar tres corrientes que parecen diferenciarse claramente. La primera es el uso que hacen algunos organismos internacionales de cooperación financiera, quienes se preocupan por la *buena gobernanza*. En una serie de casos, ésta implica poner en práctica reformas ins-

titucionales (por ejemplo, la liberalización de las economías y la reducción del aparato estatal) que se han recomendado a los países (Hewitt, 1998) en las últimas dos décadas. La hegemonía que ha tenido esta visión cae en el etnocentrismo cuando sostiene implícitamente que la buena *governanza* se refiere a seguir prácticas de las economías y sociedades occidentales (Hyden, *et ál.*, 2003).

La segunda corriente aborda la *governanza* en relación con los procesos de descentralización política y administrativa que se han realizado en varios países. Esta corriente se caracteriza por hacer énfasis en la *governanza* como el conjunto de herramientas administrativas para la gestión pública. En otras palabras, se presenta como proceso técnico y apolítico (Barten, *et ál.*, 2002). La tercera sostiene que aun cuando la *governanza* incluye herramientas técnicas, ésta es en esencia un proceso político. La *governanza* como proceso debe servir para implementar reformas y políticas públicas que promuevan mayores niveles de equidad, igualdad ante la ley y justicia social (Mukhopadhyay, 2003; Prats, 2003; PNUD, 1997). Varios autores definen esta corriente como *governanza democrática* para diferenciarla de las otras (PNUD, 1997; Prats, 2001).

El presente trabajo se afilia a la corriente de la *governanza democrática*, la cual se fundamenta en una serie de principios éticos (equidad, solidaridad, derecho a la salud) y objetivos sociales (acceso universal, protección social, eficiencia en uso de recursos públicos) que buscan ser alcanzados a través de las políticas públicas.

## 1.1 El concepto de *governanza* aplicado a los sistemas de salud

La aplicación del concepto de *governanza* a los sistemas de salud tiene ya más de una década. En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como: "La participación de actores a los cuales les concierne la definición e implementación de políticas, programas y prácticas que promueven sistemas de salud equitativos y sostenibles" (World Health Organization-WHO, 1998).

1 Sección basada en Flores, W. (2010).

Esta definición es limitada porque asocia a la gobernanza únicamente con participación de actores. A través del desarrollo conceptual de gobernanza en las ciencias políticas y en el desarrollo económico social, se sabe que aun cuando los actores son parte de los procesos de gobernanza, las reglas del juego (formales y no formales) y las organizaciones son también partes esenciales del proceso (Prats, 2001, 2003).

Es posible decir que, en esencia, la gobernanza se refiere a procesos de toma de decisiones. Por lo tanto, las relaciones de poder juegan un papel central en su estudio. Un documento del PNUD (1997:9) situó el *poder* como un eje central de su concepto de gobernanza: “La gobernanza se define como el ejercicio de autoridad política, económica y administrativa para gestionar (*manage*) los asuntos de una nación. Comprende complejos mecanismos, procesos, relaciones e instituciones por medio de los cuales los ciudadanos y grupos articulados a sus intereses, ejercen sus derechos y obligaciones y median sus diferencias. Incluye todos los métodos –sean buenos o malos– que las sociedades utilizan para distribuir el poder y gestionar los recursos públicos y problemas”.

Si se toman en cuenta ambas definiciones (WHO, 1998 y PNUD 1997) es posible inferir que en el análisis de la gobernanza se debe identificar los espacios de toma de decisiones, los actores y las organizaciones que *participan y cuáles son las reglas del juego y la forma en que se expresan las relaciones de poder*.

Trabajos más recientes (Flores, 2010) definen la gobernanza en los sistemas de salud como: “Los procesos para la toma de decisiones que afectan de forma directa o indirecta al sistema de salud. En estos procesos interactúan actores estratégicos y organizaciones que aplican las reglas de juego y otros procedimientos –formales e informales–. Los actores estratégicos utilizan recursos de poder para influir en la toma de decisiones”.

Es importante notar que en la definición anterior, el concepto de *poder* es central para explicar los procesos que influyen en los aspectos y temas que, finalmente, son decididos y que afectarán al sistema de salud. Las decisiones pueden no satisfacer a todos los actores, así como puede que tampoco sean en beneficio de la mayoría, o que no estén en línea con algún objetivo social de política pública como promover la equidad, solidaridad y eficiencia en el sistema de salud. En otras palabras, aunque es deseable que las decisiones siempre sean satisfactorias y de beneficio para todos los interesados, éste no es siempre el caso, habrá ganadores y perdedores. Algunas decisiones específicas (como la compra de tecnología e insumos médicos, o la reasignación de presupuestos públicos a territorios geográ-

ficos) generarán mayor oposición o conflictividad que otras. Entender la forma en que el poder y las relaciones de poder afectan los procesos de toma de decisiones es esencial.

En consecuencia, también es importante entender cómo se ha conceptualizado el poder y la forma en que éste se expresa en las relaciones sociales. La bibliografía al respecto es extensa y no es el propósito de esta sección repasarla. Por lo tanto, se hará referencia únicamente a dos temas que son relevantes para entender las relaciones de poder en los procesos de toma de decisiones.

El primer tema se refiere al poder y su capacidad para producir cambios en las sociedades. Dichos cambios pueden ser resultados del conflicto o del consenso entre los actores sociales que detentan las cuotas de poder (Haugaard, 2002; Giddens, 2001; Bourdieu, 1989; Arendt, 1970; Poulantzas, 1968).

El segundo tema se relaciona con entender el poder en una forma dinámica donde éste es una capacidad en *latencia* y la *influencia* es el ejercicio de ese poder. Para convertir esa capacidad latente en influencia en el proceso de toma de decisiones, se requiere accionarlo y, en algunas ocasiones, cobrar conciencia sobre dicha capacidad. Debido a que existe un poder en potencia o latente en todos los individuos, el poder no es suma-cero (situación en donde la ganancia o pérdida de un participante se equilibra con las pérdidas o ganancias de otros). Cualquier grupo poblacional puede, en determinado momento, decidir ejercer el poder latente y convertirlo en un poder efectivo (Morriss, 2002).

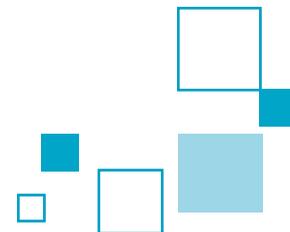
La visión del poder en latencia sirve para explicar la situación social reciente de algunos países de la región. Tal el caso de Argentina con el movimiento de piqueteros; Bolivia con el movimiento de campesinos indígenas y sindicatos; y Ecuador con el movimiento indígena. En estas situaciones, los grupos socialmente excluidos y desposeídos cobran conciencia del poder latente y lo hacen efectivo para lograr un reacomodo del poder y generar cambios en las políticas sociales y en algunos casos en la misma estructura social (Benclowicz, 2006; Carrillo, 2003; Panchano, 2005).

Las relaciones de poder no son mecánicas y en determinadas circunstancias, la correlación de fuerzas puede cambiar rápidamente e incluir como actor estratégico –con recursos de poder– a aquellos que usualmente no lo son, por ejemplo, grupos poblacionales socialmente excluidos. Si lo aplicamos a las decisiones que afectan a los sistemas de salud, el análisis de la gobernanza en el sistema de salud y las políticas públicas

es vital para indagar por qué algunos países de América Latina han adoptado diferentes esquemas de reformas a sus sistemas de salud. A continuación, algunos ejemplos:

- ¿Por qué en algunos países los gobiernos centrales o municipales han adoptado la privatización (Colombia) y la contratación de servicios privados (Guatemala), mientras que otros han optado por expandir y fortalecer la red pública de servicios (Municipalidad de Rosario en Argentina y el Gobierno del Distrito Federal (DF) en México)?
- ¿De qué forma llegaron representantes de la ciudadanía a ser actores estratégicos en los sistemas de salud, como es el caso de los consejos municipales de salud en Brasil, y cuáles son los beneficios de la participación de estos actores en comparación con otros sistemas cuyas decisiones siguen siendo dominadas por actores tradicionales (autoridades centrales de los ministerios de salud, asociaciones gremiales y la industria médica)?

Lo anterior indica que el análisis de la gobernanza en los sistemas de salud permite indagar aspectos y actores sociales que tradicionalmente han estado fuera en los análisis convencionales. La aplicación de dicho análisis para el sistema de salud de Guatemala se presenta en las siguientes secciones.



## 2. Marco analítico<sup>2</sup>

El marco analítico consta de dos componentes: a) los actores y los procesos alrededor de la toma de decisiones; y b) los mecanismos que existen para verificar las decisiones que han sido tomadas y los resultados de dichas decisiones. Ambos componentes se describen a continuación.

### 2.1 Los actores y los procesos para la toma de decisiones

#### 2.1.1 Actores que participan en procesos de toma de decisión

Por lo general, los procesos de toma de decisión incluyen una diversidad de actores que pueden ser diferenciados por los recursos de poder que poseen o el nivel de influencia que generan. Existen actores nominales cuya capacidad de influencia es muy limitada. En muchos casos cumplen roles de formalidad administrativa sin tener mayor peso en las decisiones. Por otro lado, existen actores estratégicos que son los individuos o grupos con recursos de poder suficiente para influir en el funcionamiento de las reglas o procedimientos de toma de decisiones y de solución de conflictos colectivos (Prats, 2001). Esos recursos de poder se describen a continuación.

#### 2.1.2 Recursos de poder en los actores

Los recursos de poder provienen del ejercicio de cargos públicos o autoridad (Ejército, Cuerpo Legislativo, Presidencia); del control de las funciones públicas (control de la política económico-financiera, del sistema judicial, de los Gobiernos centrales o municipales); del control de los factores de producción (capital, trabajo, materias primas, tecnología); del control de la información (medios masivos de comunicación); de la autoridad moral (religiones o prácticas culturales que reconocen experiencia/sabiduría a los adultos mayores) y la posibilidad de convertirse en grupo de presión (Morriss, 2002; Poggi, 2001). La tabla 1 resume los recursos de poder.

Es importante tomar en cuenta que, aun cuando es posible hablar de las fuentes generales de los recursos de poder, la forma específica en que se manifiestan está asociada a los contextos

Cargos públicos o autoridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejército</li> <li>• Cuerpo Legislativo</li> <li>• Presidencia</li> </ul>
Control de las funciones públicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de la política económico-financiera</li> <li>• Control del sistema judicial</li> <li>• Gobiernos estatales</li> </ul>
Control de factores de producción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capital</li> <li>• Trabajo</li> <li>• Materias primas</li> <li>• Tecnología</li> </ul>
Control y acceso a la información	Medios masivos de comunicación (radio, televisión, periódicos, entre otros) y ciudadanos que activan las leyes relacionadas con el libre acceso a la información.
De la autoridad moral	Religiones o prácticas culturales que reconocen experiencia/sabiduría a los adultos mayores
La posibilidad de convertirse en grupo de presión	Sindicatos, asociaciones de ciudadanos, financistas de partidos políticos.
Fuente: Elaboración propia con base en Prats, 2001; Morriss, 2002; y Poggi, 2001.	

sociopolíticos. De esta cuenta, los recursos de poder pueden ser implícitos, explícitos o manifestarse con diferentes intensidades. Un ejemplo son los recursos de poder que poseen los tomadores de decisiones en los gobiernos centrales o los que poseen los grandes empresarios, que influyen tanto en los partidos políticos como en la política pública en general. Pero también existen expresiones de recursos de poder en contextos de alta precariedad económica y social. Por ejemplo, el poseer un ingreso económico mínimo o un nivel de instrucción básico, puede convertirse en un recurso de poder que no tienen aquellos actores sociales que viven en condiciones similares de pobreza, pero sin la oportunidad de empleo estable ni acceso a educación.

También es relevante notar que el marco analítico presenta los recursos de poder separado de los actores. Esto se hace intencional para identificar recursos de poder que los actores no

2 Sección parcialmente basada en Flores, W. (2010)

están utilizando o que no se han apropiado de ellos. Por ejemplo, el acceso a la información es un recurso de poder importante que tiene una nueva connotación a raíz de la aprobación de la *Ley de Libre Acceso a la Información* (D.º 57-2008). Los representantes de ciudadanos, que son actores que participan en el Sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, a través de activar dicha *Ley*, podrían contar con nuevos recursos de poder.

### 2.1.3 Las reglas del juego

Se refiere a reglamentos, leyes y otros procedimientos que regulan la forma en que se lleva a cabo el debate, se alcanzan acuerdos y se dirimen conflictos, en los espacios públicos de decisiones (Prats, 2001). Las reglas del juego incluyen procedimientos formales y no formales. Las reglas formales son transmitidas y reforzadas por los canales oficiales, mientras que las no formales utilizan diferentes canales y prácticas alternativas a las oficiales, por ejemplo, el clientelismo político, informar a unos actores y no a otros, pagos a actores políticos o tomadores de decisiones para que se incluyan temas de interés particular en la agenda de discusión, entre otros. El indagar y entender las reglas y procedimientos no formales, es igualmente importante que conocer las reglas formales, ya que ambas definen las reglas del juego (Helmke y Levitsky, 2006).

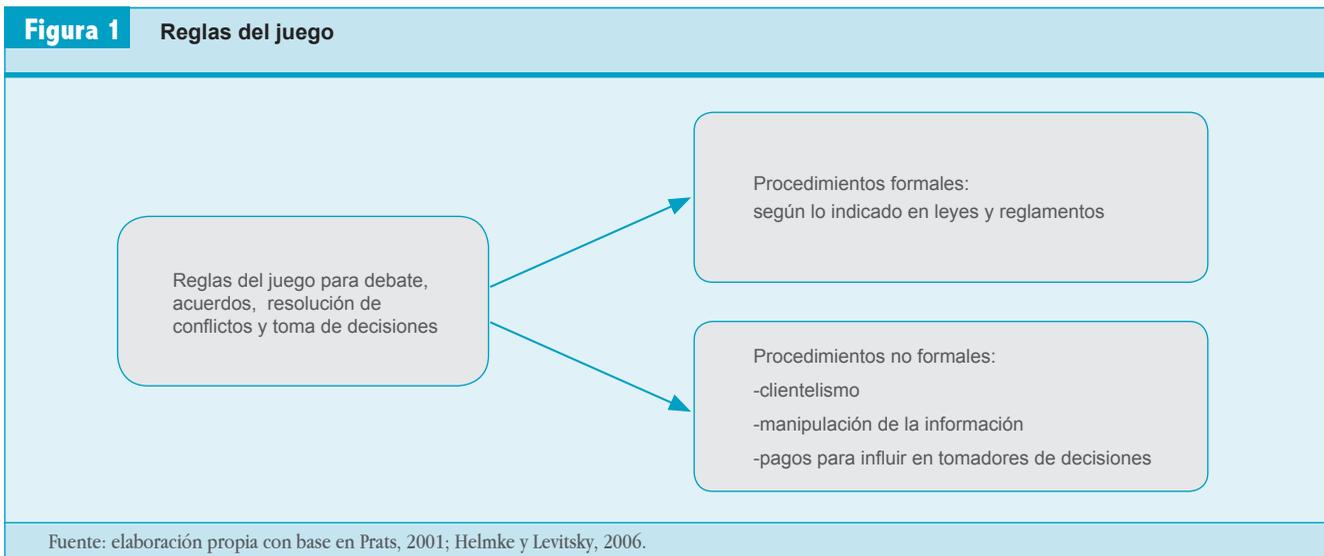
### 2.1.4 Las asimetrías de poder entre los actores sociales

En una situación ideal, en la cual se ejercen principios democráticos, todos los actores que debaten y deciden alrededor de políticas públicas deberían contar con recursos equivalentes para hacer valer sus intereses y posiciones. Sin embargo, en la práctica, los procesos de toma de decisiones se caracterizan

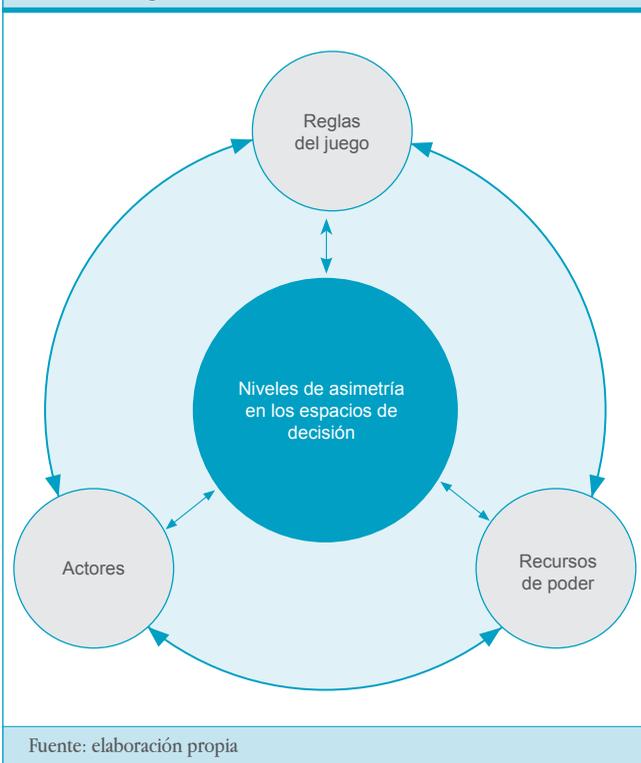
por diferentes niveles de asimetría de poder entre los actores (Dwyer, 1984). Los actores utilizan constantemente los recursos de poder antes descritos, así como las reglas del juego, para influir en los procesos de toma de decisiones. Por ejemplo, algunos actores con poder económico ejercen influencia sobre la autoridad que controla la agenda de discusión, otros pueden ejercerla por el poder que les brinda un puesto de autoridad –religiosa, política o burocrática– mientras que en otros, los conocimientos técnicos y el acceso a la información los sitúa en una posición de influencia. Los actores nominales pueden, en determinado momento, convertirse en actores estratégicos al ganar recursos de poder, por ejemplo: al introducir cambios en las reglas del juego o ser aliado/familiar de un actor que cuenta con dichos recursos.

Es importante notar que las reglas juegan un rol muy importante. En muchos casos, los actores estratégicos mantienen control (de forma directa o indirecta) de las reglas del juego para impedir que otros actores ganen influencia. En estos casos, las reglas del juego mantienen el *status quo* y la imposibilidad de generar cambios.

También existen situaciones donde los actores logran introducir cambios en las reglas del juego, afectando con ello las relaciones de poder en la toma de decisiones. Usualmente estos cambios se dan cuando algunos actores establecen alianzas con ciudadanos u otros grupos organizados que ejercen presión. En resumen, los tres elementos (actores, recursos de poder y reglas del juego) son dinámicos y ejercen influencia entre ellos mismos. Estos elementos a su vez definen los niveles de asimetría entre los actores que participan en la toma de decisiones. La figura 2 presenta en forma esquemática los componentes y sus relaciones.



**Figura 2** Actores y procesos en el análisis de la gobernanza



## 2.2 Mecanismos para verificar las decisiones que han sido tomadas y los resultados de dichas decisiones

La posibilidad de poder revisar o pedir cuentas en el cumplimiento de las decisiones tomadas relativas a las políticas públicas, de verificar y evaluar los efectos obtenidos, resultados e impactos generados a partir de dichas decisiones, son elementos esenciales de regímenes democráticos. Los dos mecanismos que se analizaron en este trabajo son la rendición de cuentas y la transparencia.

### 2.2.1 La rendición de cuentas

En esencia, la rendición de cuentas se refiere al derecho y a la obligación al mismo tiempo que tienen los funcionarios de las instituciones públicas para hacer responsables a los gobernantes y autoridades, de los actos y decisiones que llevan a cabo. El principio de la rendición de cuentas busca conciliar el interés colectivo de la sociedad con la capacidad de los funcionarios, representantes y líderes políticos. Se espera que si los actores que disponen de un poder político saben que pueden ser llamados a rendir cuentas basado en su acción política, des-

empeño gubernamental y decisiones en el ejercicio del poder, tendrán mucho mayor cuidado en el momento de ejercer el poder, y atenderán el interés colectivo (Crespo, s.f.).

Es importante notar que la rendición de cuentas también alcanza a los resultados de las políticas públicas formuladas e implementadas por las autoridades. Si las políticas públicas ejecutadas son ineficaces, las autoridades de turno que han decidido sobre esas políticas deben rendir cuentas sobre las mismas. Esto también sucede cuando se toman decisiones que afectan la posibilidad de alcanzar los objetivos sociales que persigue el sistema de salud. Por ejemplo, si las decisiones de las autoridades no contribuyen hacia mejorar la equidad en el acceso, la asignación de recursos necesarios para los servicios esenciales y otros, deben rendir cuentas sobre esas decisiones que son contrarias al interés colectivo y al marco legal vigente en el país que garantiza el derecho a la salud.

La rendición de cuentas, o control, revisión o auditoría (conocida también por el anglicismo *accountability*) tiene dos aspectos sustantivos:

- Uno, es en primer lugar la necesidad de evaluar los resultados de determinada política pública, examinar los mismos a la luz de lo que se ha previsto, valorar según criterios establecidos los efectos o consecuencias de la acción estatal. Y con esa calificación establecer finalmente los grados en los que la sociedad en su conjunto se ha beneficiado. No existe, no debería haber, premios o recompensas por lo que es el cumplimiento del deber, que es cumplimiento de la ley.
- Otro, en segundo lugar pero no por ello menos importante, es el de controlar el uso de los recursos financieros conforme estrictamente estaba previsto; por lo general una política pública está acompañada por un presupuesto de gastos, que norma o guía la utilización del haber financiero. Suelen existir rubros de gastos discrecionales. Estos gastos no deben realizarse en provecho personal, familiar o de personas no vinculadas a la gestión general de que se trata. El uso arbitrario, fuera de la ley o de las normas del bien común, del dinero público, debe ser castigado conforme lo establece la ley.<sup>3</sup>

Para que sea útil la rendición de cuentas, en consecuencia, debe de ir acompañada de acciones de control y evaluación o consecuencias legales. Por ejemplo, si una autoridad es ineficiente para manejar los negocios públicos, o tiene a su cargo políticas públicas ineficaces, se espera que la acción o conse-

3 Aporte de revisión de especialistas.

cuencia sea su remoción del cargo. En este caso, se aplica la llamada responsabilidad política. Si la autoridad es descubierta transgrediendo la ley o abusando de alguna forma de su poder, entonces no sólo debe ser destituida sino también penalizada conforme lo establezca la propia ley. En tal caso, se aplica la responsabilidad legal (Crespo, s.f.).

Los controles pueden ser horizontales o verticales. El control horizontal es el que realizan las instituciones del Estado llamadas constitucionalmente a hacerlo (ejemplo, la Dirección General de Cuentas, el Congreso en relación con el Ejecutivo). El control vertical es externo al Estado, se realiza por los medios de comunicación social (la prensa, por ejemplo), las organizaciones de la sociedad civil y, finalmente, las elecciones.<sup>4</sup>

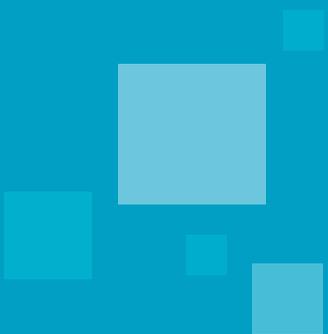
### 2.2.2 La transparencia

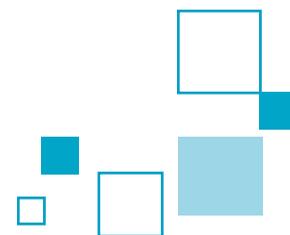
En todos los gobiernos y sus aparatos burocráticos, cuando se vive en democracia, deben existir mecanismos o instancias que permitan a todos, sean funcionarios públicos o ciudadanos, revelar datos sobre el desempeño, los gastos y resultados de su administración. Para ello debe cumplirse con la primera de esas obligaciones, que es dar la plena información sobre el uso de los recursos de los cuales se dispuso conforme los presupuestos y la ley. Los niveles de transparencia tienen estrecha relación con el acceso a la información que permita hacer el escrutinio público de las decisiones que toman las autoridades de turno.

Aun cuando hay énfasis en los actores políticos, o sea autoridades electas y autoridades nombradas por esas autoridades, la transparencia también involucra a todos aquellos que participan y buscan influir en los procesos de toma de decisiones. De esa cuenta, los agentes económicos, la sociedad civil y hasta las agencias de cooperación internacional deben ejecutar prácticas congruentes con la transparencia.

---

<sup>4</sup> Véase Hernández, Irías y Ávila (2007:29).





### 3. Consideraciones metodológicas

Cada una de las variables del marco analítico fue abordada a través de preguntas generadoras. El período de análisis fue del año 1986 hasta el 2010. Las fuentes de información para responder a dichas preguntas incluyeron una revisión de leyes, acuerdos gubernativos, reportes técnicos y notas de prensa. También se recolectó información primaria a través de entrevistas a informantes clave, entre ellos exfuncionarios públicos, funcionarios en activo, investigadores y académicos. La tabla 2 resume las variables del marco analítico y sus respectivas preguntas generadoras.

Es importante tomar en cuenta que por ser un estudio exploratorio, se contó con un período relativamente corto para recolección y análisis de datos. Por lo tanto, el análisis de las

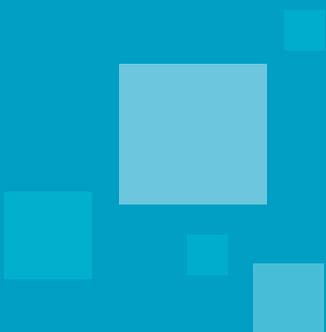
distintas variables del marco analítico no tiene la profundidad que se puede lograr con estudios de caso. Un ejemplo de aplicación detallada del marco analítico es la publicación de Flores y Gómez (2010), en donde se reporta un estudio de caso de actores y relaciones de poder en los consejos municipales de desarrollo de seis municipios del noroccidente del país.

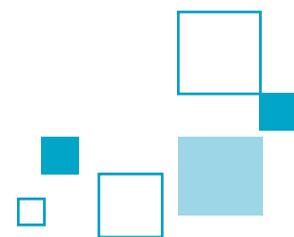
El alcance del análisis también tuvo limitaciones debido a la inexistencia de información sistematizada para algunos de los elementos que involucra el marco analítico. Con los datos a los que se tuvo acceso, no fue posible llegar a estimaciones adecuadas. Esto indica que es necesario implementar acciones para sistematizar procesos e información de relevancia para el análisis de la gobernanza de las políticas públicas.

**Tabla 2 Preguntas generadoras**

Variables del marco analítico	Preguntas
Actores estratégicos y recursos de poder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué actores reconoce el marco legal?</li> <li>• ¿Cuáles son los actores influyentes aunque no estén reconocidos en el marco legal?</li> <li>• ¿Con qué recursos de poder cuentan estos actores para influir en los procesos de toma de decisiones?</li> </ul>
Reglas del juego	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los procedimientos y reglas formales para la toma de decisiones, tanto en el sistema de salud como en las políticas públicas de salud?</li> <li>• ¿Cuáles son los procedimientos y reglas no formales y en qué forma se aplican?</li> </ul>
Asimetrías de poder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Quiénes son los actores que aparecen con ventajas para influir en la toma de decisiones y qué intereses representan?</li> <li>• ¿Quiénes son los actores en situación de desventaja?</li> </ul>
Rendición de cuentas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué mecanismos existen para la rendición de cuentas?</li> <li>• ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de dichos mecanismos?</li> </ul>
Transparencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué mecanismos existen para la transparencia?</li> <li>• ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de dichos mecanismos?</li> </ul>

Fuente: elaboración propia





## 4. Resultados ilustrativos

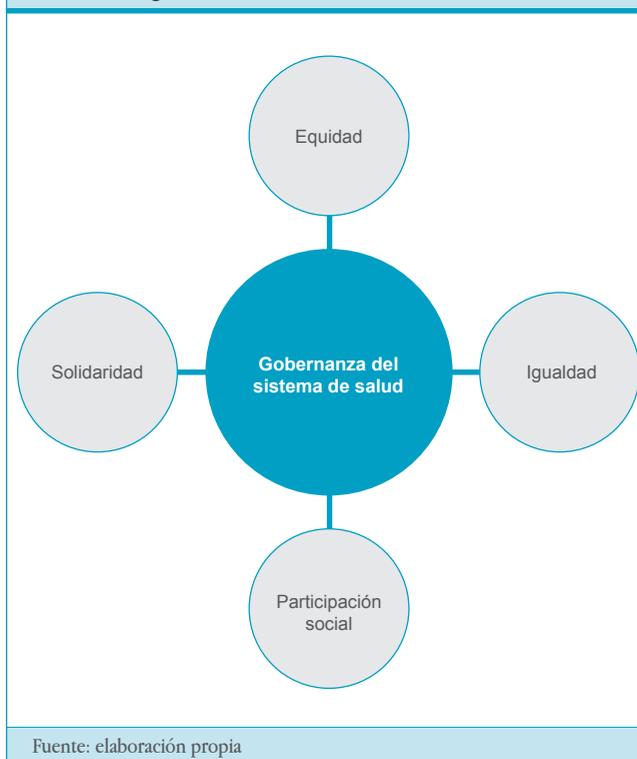
### 4.1 Sobre los principios del marco legal y su aplicación

Los sistemas de salud de los países de América Latina y el Caribe –incluyendo Guatemala– están fundamentados (a nivel normativo) en los principios de equidad e igualdad de oportunidades, solidaridad y participación social. La mayoría de países también reconoce el derecho a la salud a nivel de sus constituciones políticas. Por lo tanto, los procesos de toma de decisiones que afectan en forma directa e indirecta al sistema de salud, deben ser regidos por los mismos principios de equidad, igualdad, solidaridad y participación social. Estos principios también se convierten en objetivos sociales de las políticas públicas y los sistemas de salud: mayor equidad en el acceso y financiamiento del sistema de salud, igualdad de oportunidades y responsabilidades (ante la ley) para contribuir financieramente al sistema, y la participación social en las políticas públicas de salud, incluyendo en la asignación de recursos públicos.

En Guatemala, los gobiernos de la era democrática reciente (1986-2010) han ofrecido respetar los principios arriba mencionados y también alcanzar los objetivos sociales que corresponden al sistema de salud. A pesar de ello, existe evidencia que indica que durante ese mismo período, las políticas públicas en salud y sus resultados se han caracterizado por algunos avances lentos, un pronunciado estancamiento y aun se han presentado retrocesos (CESR/Icefi, 2009; Flores, 2008). Por lo tanto, es importante preguntarse ¿por qué a pesar del marco legal existente y los ofrecimientos de los gobiernos anteriores no se logran implementar políticas públicas decisivas que respondan a los objetivos sociales?

Para contestar a la anterior pregunta, usualmente se utiliza el calificativo de “falta de voluntad política”, lo cual es una explicación simplista, superficial y de muy poca utilidad para el análisis de políticas públicas. Ello porque los procesos que construyen las políticas públicas y los espacios donde se toman las decisiones que afectan al sistema de salud (de forma directa e indirecta) son complejos y existe una gran cantidad de factores que entran en juego. Algunos que se pueden mencionar a manera de ejemplo son: los intereses particulares de los actores y las organizaciones (públicas o privadas), las reglas del juego y la capacidad fiscal del Estado.

**Figura 3** Principios normativos que rigen la gobernanza del sistema de salud



En la siguiente sección, se presenta información que describe los escenarios donde se toman decisiones alrededor de las políticas públicas de salud y del sistema de salud y los actores (tradicionales y no tradicionales) que influyen en los procesos de toma de decisiones.

### 4.2 Los escenarios de la toma de decisiones alrededor del sistema de salud y las políticas públicas de salud en Guatemala

Durante las últimas dos décadas, los países (tanto industrializados como en desarrollo) han venido implementando reformas a sus Estados (descentralización, privatización, mezcla público/privado) que han afectado la estructura, organización y financiamiento de las organizaciones públicas (ministerios de salud, secretarías, entre otros) así como la entrega de servicios a la población. Estas reformas han hecho que actores que no eran relevantes en los procesos de toma de decisiones en aspectos

de política pública, lo son ahora. Dichos cambios en los escenarios son un fenómeno que ha estado sucediendo a nivel internacional (Bloom y Standing, 2008). En el caso específico de Guatemala, estos nuevos actores son los gobiernos municipales, los Consejos Municipales de Desarrollo (Comude) y Consejos Departamentales de Desarrollo (Codede) que priorizan y asignan recursos públicos que podrían ser para el sistema de salud, los representantes ciudadanos que participan en las diferentes instancias del Sistema Nacional de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (SCDUR) y hasta las ONG que son subcontratadas para prestar servicios básicos de salud, las cuales se han convertido en un grupo de presión en el escenario nacional de las políticas públicas de salud.

Al mismo tiempo que ha venido sucediendo el proceso en mención, también se han ido fortaleciendo otros actores que aun cuando los mecanismos formales (marco legal, reglamentos y normativas) no les asignan un rol en la toma de decisiones alrededor de las políticas públicas de salud y el sistema de salud, en la práctica ejercen una influencia y poder de gran relevancia. Entre estos varios actores, los de mayor relevancia son la industria farmacéutica y de equipamiento médico y las organizaciones financieras internacionales de desarrollo (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo).

Como se verá a continuación, los actores arriba descritos influyen en los procesos de decisiones tanto por medio de procesos formales (por ejemplo, autoridad que les asigna el marco legal), como no formales (por ejemplo, pago por favores a políticos o tomadores de decisiones, control de la información, control de la agenda y clientelismo, entre otros).

### 4.3 Los principales actores que influyen en los procesos de toma de decisiones en las políticas públicas de salud y del sistema de salud

Los actores que ejercen influencia en la toma de decisiones mediante procesos y actividades pueden ser agrupados en dos categorías: regulados y no regulados. El marco legal vigente define las funciones y responsabilidades de los actores en relación con los procesos de toma de decisiones en las políticas públicas. Lo anterior corresponde a la categoría de regulados. Aquellos actores que ejercen influencia sin ser explícitamente reconocidos en el marco legal caen en la categoría de no regulados. Es importante señalar que existen actores que aun cuando son reconocidos en el marco legal, ejercen influencia a

través de procesos y actividades que están fuera de las competencias que les asigna dicho marco.

La diferencia entre actores regulados y no regulados es de suma importancia, pues tiene consecuencias para los procesos de rendición de cuentas y transparencia que se espera en la toma de decisiones. Por ejemplo, las acciones e influencia que ejercen actores no regulados hacen difícil que se sometan al escrutinio público, también se dificulta la veeduría de instituciones interesadas en transparentar los procesos de toma de decisiones. Es necesario aclarar que el hecho que algunos actores sean catalogados como regulados no significa que dichos actores se ciñan íntegramente a lo que estipula el marco legal vigente. Si ese fuera el caso, no sería necesario contar con organizaciones como la Contraloría General de Cuentas. Más bien lo que implica ser un actor regulado es el hecho que se puedan activar todos los mecanismos legales existentes para hacer que los actores rindan cuentas sobre sus decisiones. A la vez, un actor regulado también puede hacer uso de las herramientas legales para aumentar su capacidad de influencia y hacer valer decisiones específicas.

También es conveniente distinguir entre acciones reguladas y no reguladas. Esto permite analizar casos en los cuales un mismo actor puede realizar acciones reguladas y no reguladas. Asimismo hay que indicar que la falta de claridad o explicitación en la regulación puede conducir a ambigüedades.

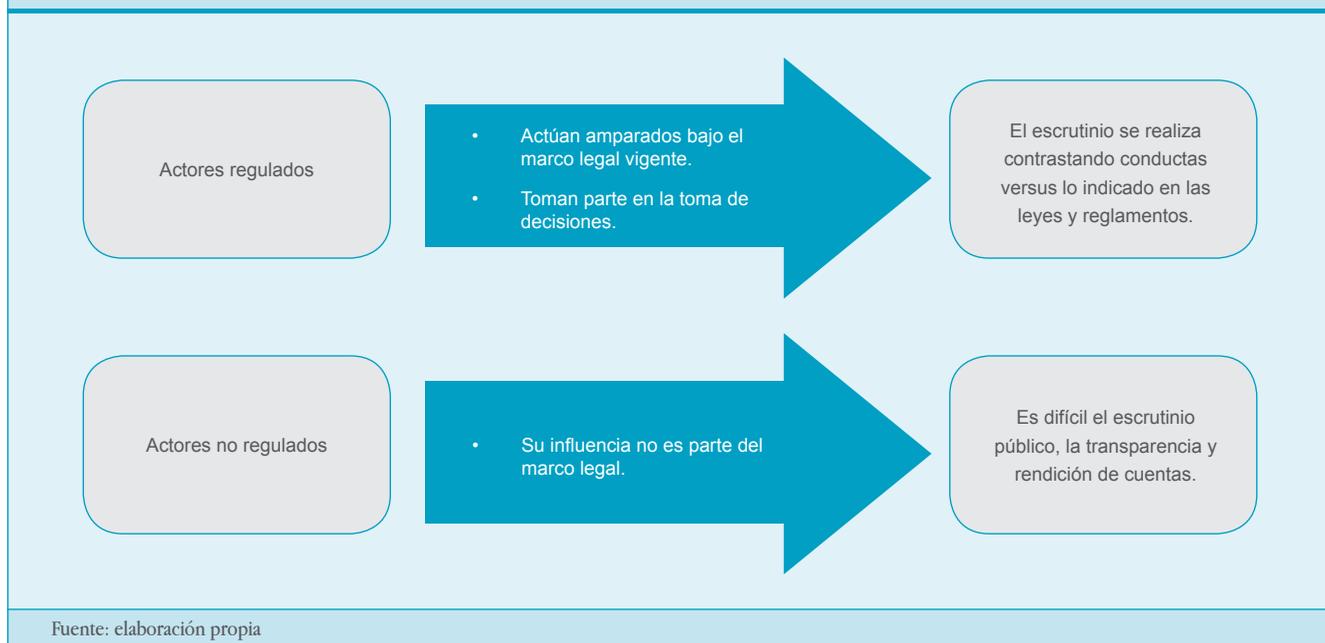
En los siguientes párrafos, se describen los principales actores y se identifican si están regulados en el marco legal vigente o no. También se identifica la forma en que ejercen influencia en los procesos de toma de decisiones alrededor del sistema de salud y de las políticas públicas de salud.

#### 4.3.1 Ministro de Salud y funcionarios en puestos de dirección

A nivel formal, la máxima autoridad alrededor de las políticas públicas y la rectoría del sistema de salud es el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Sin embargo, en la práctica, las decisiones del ministerio únicamente influyen al interior del mismo y no en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) ni en el sector privado de la salud. Esta situación genera una contradicción mayor la cual es resumida por un exfuncionario de la siguiente forma: “El IGSS es una institución de naturaleza estatal, con un mandato de cobertura universal, por lo cual teóricamente basta con una orden presidencial para alinearla con el MSPAS. Sin embargo, en la práctica [esta alineación no sucede], lo que limita la rectoría del MSPAS”.<sup>5</sup>

5 Entrevista a ex funcionario público, 16 de diciembre del 2010.

**Figura 4** Naturaleza de los actores que influyen en la toma de decisiones



José Pedro Mata, investigador del Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos (CIIDH) lo expresa de esta forma: “La debilidad del MSPAS para conducir la política pública y al sistema de salud viene desde el propio *Código de Salud*. Allí no se presenta una estructura clara de autoridad sobre los otros subsectores como la seguridad social y el sector privado. La autoridad del MSPAS se restringe a reglamentos y normas que no están en obligación de cumplir los otros subsectores que componen el sistema. Se describe que hay una orquesta pero no se dice quién es el director”.

El Dr. Mata analiza que esa falta de claridad sobre la autoridad que rige el sistema contrasta con la situación de otros países: “En los países donde se ha organizado el sistema de salud, se reconoce una autoridad pública que define los requerimientos de recurso humano, infraestructura y otros en función de las necesidades de la población. Esta autoridad organiza las acciones del sistema para que se ejecuten estos requerimientos. Pero claro, esto supone la obligación de financiar. Puede ser por ello que no se le define en Guatemala, pues recordemos que el *Código de Salud* fue gestado en la década pasada donde el énfasis era recortar las responsabilidades del Estado en la prestación de servicios”.<sup>6</sup>

El limitado rol del MSPAS como actor en las políticas públicas también puede ser explicado por una débil rectoría en la cual

el Ministerio únicamente controla una quinta parte de todo el financiamiento en salud (USAID/Diálogo para la Inversión Social en Guatemala, 2008b). En adición a ello, son frecuentes las declaraciones en donde se indica que el propio Ministerio de Finanzas tiene una mayor influencia sobre las políticas públicas de salud pues es quien decide las asignaciones financieras al MSPAS (El Periódico, Sección País, 4 de mayo 2010).

Por lo general, las decisiones sobre políticas de salud que llevan a cabo las autoridades del MSPAS se circunscriben al gobierno de turno y no trascienden en los siguientes. Durante los últimos quince años la política que se ha mantenido y aún sigue vigente, es la subcontratación de ONG para la prestación de servicios básicos de salud a nivel comunitario. Ésta se realiza en el marco del Programa de Extensión de Cobertura.<sup>7</sup>

El financiamiento público que se distribuye a través del SCDUR puede ser un recurso importante para financiar la expansión de la red pública de salud. Por lo tanto, éste es un espacio de decisiones que es relevante para las políticas públicas de salud. Sin embargo, es un espacio donde las autoridades formales del Ministerio de Salud tienen poca incidencia. En adición, algunos de los procesos para la asignación de recursos y obras han sido señalados por la manipulación y alta discrecionalidad que ejercen algunos diputados distritales y gobernadores departamentales (Asís, 2006).

6 Entrevista a José Pedro Mata, investigador del Centro Internacional de Investigaciones en Derechos Humanos, realizada el 14 de octubre del 2010.

7 Más detalles sobre este programa en capítulo 7 del INDH 2009/2010 (PNUD, 2010).

### 4.3.2 Representantes del Organismo Legislativo

Los diputados del Organismo Legislativo tienen un rol importante definido dentro del marco legal. Tienen bajo su responsabilidad la aprobación de leyes que afectan el sistema de salud, así como verificar el uso de los recursos públicos que hace el MSPAS y la implementación de las políticas públicas. En adición a ello, los diputados aprueban el presupuesto público y tienen la potestad de hacer cambios a las asignaciones presupuestarias propuestas por el Ejecutivo. Los diputados también trabajan en conjunto con el MSPAS y otros actores, para el desarrollo de iniciativas de ley. Entre las más recientes se encuentra la *Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar* y su aplicación en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (D.<sup>9</sup> 87-2005).

Los diputados también influyen en procesos de toma de decisiones alrededor de las políticas públicas de salud y del sistema público de salud a través de otros mecanismos y acciones. Éstas son la influencia y presión que ejercen algunos diputados para el nombramiento de autoridades de salud, particularmente a nivel departamental y de distrito de salud. Este tipo de acciones, las cuales no son reguladas por el marco legal, genera conflicto entre directores y funcionarios de salud. Un exfuncionario público de salud lo resume de la siguiente manera: “Los diputados ejercen una influencia que no es positiva para fortalecer la implementación de las políticas sectoriales de salud. No se dedican a fiscalizar, que es lo que les compete, sino a influir y controlar los nombramientos de los jefes de área y directores de hospital para desde allí influir en los nombramientos del resto del personal. Con estas acciones interfieren con la rectoría y le quitan la autoridad al MSPAS. Además de ello, están sustituyendo al Organismo Ejecutivo en el nombramiento de autoridades de salud. Esto claramente no les corresponde”.<sup>8</sup>

### 4.3.3 Los gobiernos municipales

Los gobiernos municipales son actores relevantes que participan en dos espacios de toma de decisiones. El primero es a través del SCDUR, principalmente en la instancia a nivel de Comude. El segundo se relaciona con la inversión que realizan los gobiernos municipales a través de la asignación constitucional. El marco legal vigente (artículo 257 de la *Constitución Política*) indica que un 90% de dicha asignación debe dirigirse a inversiones y servicios que mejoren la calidad de vida de los habitantes del municipio, entre los cuales se incluye la salud preventiva.

Una de las tareas principales de los gobiernos municipales en el tema de salud preventiva es la inversión en sistemas de agua y saneamiento. Sin embargo, existen percepciones que indican que algunas autoridades municipales distraen tiempo de las tareas bajo su responsabilidad y se dedican a otras que no les competen, como ejercer presión para influir en el nombramiento de los funcionarios del MSPAS. Un exfuncionario público entrevistado comentó: “El problema es que algunos alcaldes reproducen el clientelismo político de los diputados. Ellos ejercen presión para rescindir contratos de los médicos que son directores de distritos de salud y otro tipo de personal y buscan que se sustituyan por personas allegadas a sus partidos políticos”.<sup>9</sup>

### 4.3.4 Consejos de Desarrollo Urbano y Rural

Según el marco legal vigente, los espacios donde la ciudadanía puede incidir de forma directa en las políticas públicas de salud, son parte del SCDUR. La posibilidad de influir en la asignación de recursos financieros para infraestructura y servicios de salud sucede a nivel de los Comude que es el espacio donde los ciudadanos organizados a través de los Consejos Comunitarios de Desarrollo (Cocode) llevan sus necesidades de inversión y se discute y acuerda una lista de proyectos de inversión que son elevados al nivel inmediato superior del sistema, los Consejos Departamentales de Desarrollo (Codede). A pesar de que el Comude es un espacio de suma relevancia para la focalización de la inversión pública y la participación ciudadana, existe evidencia reciente que demuestra que estos espacios se caracterizan por “asimetrías de poder” entre los actores que participan. Las asimetrías sitúan en una mayor desventaja para debatir e influir en la toma de decisiones a los ciudadanos que representan Cocode (Flores y Gómez, 2010).

### 4.3.5 Organizaciones no gubernamentales bajo convenio con el MSPAS

Desde mediados de los años 90, el MSPAS ha venido implementando un modelo de entrega de servicios básicos de salud a través de la suscripción de convenios con ONG y otras entidades. Por medio de los convenios les transfiere recursos para prestar un paquete de servicios a una población determinada. Los convenios no se rigen por la Ley de Contrataciones del Estado. Sus cláusulas se refieren, entre otros, a la base legal (artículos de la Constitución Política de la República, Código de Salud), el objeto, el plazo, los derechos y obligaciones de las partes, el

<sup>8</sup> Véase capítulo 7 del INDH 2009/10 (PNUD, 2010)

<sup>9</sup> Entrevista a ex funcionario público, 26 de julio del 2010.

monto y forma de financiamiento, las relaciones de tipo laboral entre el personal contratado por la prestadora con recursos del MSPAS y las causas de terminación del convenio. Una de estas causas (numeral 11 de la décima primera) es cuando la prestadora de servicios no reciba del MSPAS los fondos convenidos. Sin embargo, el convenio no contempla una acción que permita a la prestadora asegurar que se efectúen los desembolsos cuando ha cumplido con sus obligaciones como ocurre bajo esquemas amparados por la Ley de Contrataciones del Estado. En un contexto de deficiencias presupuestarias afrontadas por el MSPAS, esta situación ha desembocado en un rol de las prestadoras que va más allá de los servicios convenidos. En la práctica se han constituido en un grupo de presión que ejerce influencia sobre las autoridades de salud en los temas correspondientes al pago de convenios para la entrega de servicios. Este rol como grupo de presión ha sido facilitado por una alianza con algunas autoridades de salud y, principalmente, con algunas diputadas y diputados que, activando mecanismos de fiscalización, ha derivado en que el Ministro de Salud haya sido citado al Congreso por lo menos tres veces en los últimos años.

Las ONG y otras entidades prestadoras de servicios de salud están organizadas por medio de la Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales de Extensión de Cobertura (Conec), cuyos estatutos definen su quehacer. Un miembro de la junta directiva indicó: “Tenemos claro que nuestra prioridad es la incidencia política. En el año 2007 hubo intentos de cerrar el Programa de Extensión de Cobertura. Las ONG recolectamos más de cuarenta mil firmas de los beneficiarios del programa para demostrar que no todos están en contra del programa”. También externó que buscan que los convenios que establecen con el Estado sean respetados..]”<sup>10</sup>

En septiembre del 2010, las demandas de la Conec para el pago de convenios fueron trasladadas por diferentes canales, desde citaciones de las autoridades de salud al Congreso, hasta movilización de las ONG socias y bloqueos en principales vías del país. También se han planteado demandas ante la Oficina del Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala (Barreno, 2010).

En síntesis la influencia y acciones de las ONG de extensión de cobertura implican aspectos regulados y no regulados.

#### 4.3.6 Agentes económicos privados

Los agentes económicos privados buscan influir en las políticas públicas que afectan su interés particular. Esto sucede a dife-

rente nivel en todos los países. Sin embargo, estudios recientes sobre la capacidad de los actores económicos empresariales en influir en la formulación de las políticas públicas han evidenciado que en ningún otro país de América Latina, los agentes económicos empresariales tienen mayor poder e influencia sobre las políticas públicas que en Guatemala (Stein, *et ál.*, 2006).

El sector de insumos y servicios de salud es de relevancia en Guatemala. Por ejemplo en 2005, el gasto total en el sector salud, público y privado, se estimó en Q 12,558 millones, equivalente al 6.5% del PIB (Banco de Guatemala 2010 y MSPAS 2008, cuentas nacionales). Esto da una idea de la dimensión y relevancia a nivel económico del sector salud, ya que su aporte es mayor al de sectores económicos como la industria de la construcción equivalente al 4.7% del PIB para ese año.

Según las cuentas nacionales de salud, la compra de medicamentos constituye un 30% de todo el gasto en salud. De ese gasto, un 70% es realizado directamente por los hogares a través de gastos de bolsillo (MSPAS, 2007b). El mercado farmacéutico es de relevancia en el país, lo cual puede explicar el interés de la industria farmacéutica por influir en las políticas públicas de salud.

Notas de El Periódico (ejemplo, 18 de octubre 2009a) y un informe de la Coalición para la Transparencia (2006) ilustran algunas de las situaciones que se han reportado alrededor de la compra de medicinas para el sector público. Estas incluyen disputas entre proveedores por contratos de adquisición de medicamentos y señalamientos sobre procedimientos que favorecen a algunos proveedores.

#### 4.3.7 Agencias internacionales de cooperación

La influencia que ejercen las agencias de cooperación, principalmente las financieras, sobre las políticas públicas de salud en los países en desarrollo es un tema que ha generado un amplio debate internacional (Prah, 2005; Homedes y Ugalde, 2005). Los mecanismos de influencia de dichas agencias suceden a través de la condicionalidad que acarrea los préstamos o donaciones entregados a los países. En el caso de Guatemala, las propias autoridades de salud y otros actores de relevancia han identificado a las agencias financieras internacionales como uno de los actores más influyentes en las políticas públicas de salud (Jiménez, 2006).

Las cuentas nacionales de salud, por metodología internacional, no desagregan los préstamos en las fuentes de financiamiento del MSPAS ya que los consideran parte de los recursos

10 Entrevista a miembro junta directiva CONEC, 12 de agosto del 2010.

propios del Estado, sin embargo conforme información del Sicoín para 2005, el 2.0% del presupuesto devengado de dicho Ministerio era financiado con préstamos externos y en 2008, era el 1.1%. En cuanto a los recursos que entran por donaciones, las cifras del Sistema de Contabilidad Integrado (Sicoín) muestran un financiamiento del presupuesto del MSPAS a través de donaciones equivalente al 0.1%.

Esta cantidad parece poco significativa para pensar que se pueda ejercer influencia en las políticas públicas. Sin embargo, si se toma en cuenta que el 90% del presupuesto público tiene un destino específico o legal, esto conduce a que únicamente un 10% del presupuesto tenga margen de maniobra (Barrientos, 2010). Ante ello, los préstamos y donaciones se convierten en un atractivo para los gobiernos de turno por ser recursos frescos.

La influencia de las agencias de cooperación internacional fluye a través de las unidades ejecutoras que se establecen para ejecutar préstamos y donaciones. En algunos casos, particularmente cuando los préstamos son por cantidades considerables, se crean estructuras paralelas al MSPAS que influyen en los procesos de toma de decisiones. Un exfuncionario público lo explica así: “Uno de los préstamos creó una unidad de ejecución con amplio poder e influencia desde el nivel central con los viceministros y directores generales, hasta las áreas de salud y los hospitales. Este tipo de estructuras no deja capacidad instalada ni ataca los problemas institucionales del MSPAS sino únicamente son soluciones temporales que a la larga socavan la propia institucionalidad del Ministerio”.<sup>11</sup>

Sobre este tema, un funcionario de un organismo financiero internacional indica que la creación de unidades ejecutoras ha sido resultado del poco desarrollo institucional, el cual limita la ejecución de recursos. Agrega que, aunque el modelo de unidades ejecutoras se ha ido abandonando por parte de instituciones multilaterales, en el caso de Guatemala, algunas instituciones públicas han solicitado regresar al mismo. Apunta también que es necesario analizar a los cuadros técnicos como actores de la gobernanza en instituciones públicas, ya que, en Guatemala y otros países, debido a la alta rotación de personal y a la falta de mecanismos que aseguren su estabilidad laboral y desarrollo profesional, su capacidad de influencia se ve restringida.<sup>12</sup>

El poder de influencia de las agencias de cooperación y de las estructuras paralelas que se crean para ejecutar proyectos son también resultado de la debilidad en los cuadros técnicos del

MSPAS y del resto de organizaciones públicas en general. Una evaluación del servicio civil en Guatemala encontró que únicamente el 6% de todos los puestos públicos cuenta con titulación universitaria, mientras que en otros países de la región llega al 40%. En adición a ello, se encontró que el país está muy lejano de contar con una burocracia profesional y un servicio civil de carrera (Longo y Villoria, 2002). La insuficiencia de cuadros técnicos y de profesionales de carrera también afecta la posibilidad de generar *‘inteligencia en salud’*, la cual es vital para procesos de toma de decisiones alrededor de políticas públicas.

#### 4.3.8 Organizaciones de la sociedad civil

Uno de los conceptos más difíciles de abordar en el tema de desarrollo socioeconómico es el relacionado con los actores que no caen claramente en la esfera de gobierno ni como agentes económicos con fines de lucro. En general, se define a estos actores como sociedad civil, sin embargo no existe un concepto unificado al respecto y, por lo contrario, existen definiciones contrapuestas. Por ello, analistas actuales no se preocupan tanto en definir qué es sociedad civil sino más bien describen quiénes están dentro y quiénes fuera de ese conglomerado. Domike (2008) hace énfasis en los grupos que están fuera e indica que la sociedad civil no incluye: a) la sociedad política (organizaciones de gobierno y partidos políticos); b) los negocios con fines de lucro orientados al mercado; c) familias y grupos emparentados; d) asociaciones orientadas hacia la violencia y la criminalidad. Esta propuesta de hacer operativo el análisis de sociedad civil a través de la identificación de los grupos que no lo son, es útil pero todavía deja áreas grises. Por ejemplo, Domike (2008) excluye los negocios como tal, pero indica que las asociaciones de negocios y sus grupos de interés sí son parte de la sociedad civil.

Para el presente trabajo, interesa analizar la participación ciudadana a través de dos organizaciones: a) la que sucede en los grupos organizados de base comunitaria con un radar de acción en el ámbito local; y b) la que ocurre en los movimientos sociales que tienen un alcance nacional. Antes de ello, se resumen los argumentos que demuestran que la participación ciudadana es vital en los procesos de gobernanza democrática de las políticas públicas.

La participación ciudadana en la gobernanza democrática va más allá de participar en los procesos políticos de elección popular, lo cual es necesario pero es pasivo e insuficiente para que las autoridades políticas escuchen la voz de la ciudadanía

11 Entrevista a exfuncionario público, 22 de agosto del 2010.

12 Con base en comentario de funcionario de organismo financiero internacional, 7 de diciembre de 2010.

(Gaventa, 2001). En muchos casos, las autoridades electas no cumplen las promesas de campaña o no responden a las expectativas de sus electores. La participación ciudadana fuera de período de elecciones es, por lo tanto, vital. Para ello, se requieren procesos continuos de consulta relacionada con la formulación, monitoreo e implementación de políticas públicas (Santiso, 2001).

La participación ciudadana también es vital para lograr sociedades civiles con mayor fortaleza y capacidad. La demanda por una gobernanza democrática es esencial, considerando, en particular, que no sucede por generación espontánea. La experiencia internacional indica que la gobernanza democrática ocurre cuando la ciudadanía demanda un trato justo, está informada acerca de sus derechos y es capaz de hacer que las autoridades y los gobiernos rindan cuentas sobre sus actos (Grindle, 2002). El papel de la sociedad civil para requerir este tipo de gobernanza de las autoridades es de suma relevancia. Cada vez es más frecuente que los ciudadanos confluyan con expertos y autoridades en espacios públicos donde se definen los intereses sociales y en la implementación, evaluación y monitoreo de políticas públicas (Vessely, 2004).

Es importante aclarar lo que significa una sociedad civil fortalecida. Hewitt (1998) sostiene que los esfuerzos de la población organizada para implementar proyectos de servicios sociales básicos no implican que exista una sociedad civil fortalecida. Lo anterior es más bien el reflejo de una población desesperada ante un Estado que ha excluido a grupos poblacionales y que ha fallado sistemáticamente en asegurar los derechos sociales de la población. Aún cuando los procesos anteriores pueden generar cierto empoderamiento comunitario, no es suficiente para lograr la capacidad de incidencia y control sobre las autoridades políticas que se espera de una sociedad civil fuerte. Comparado con otros países de América Latina, la sociedad civil en Guatemala está distante de ser parte integral de los procesos de toma de decisiones alrededor de las políticas públicas de salud. En las experiencias más avanzadas como Brasil, los representantes ciudadanos ocupan la mitad de todos los asientos en los consejos municipales de salud. Asimismo, aprueban los presupuestos y planes de ejecución de las autoridades de salud (Cornwall y Shankland, 2008). Estudios de caso en varios países de Suramérica han demostrado que la influencia de la sociedad civil ha sido crucial para avanzar hacia políticas públicas de salud basadas en la equidad y la universalidad (Flores, *et ál.*, 2010; Loewenson, 2010).

## • Movimientos Sociales

En Guatemala, no se observa un movimiento social unificado que influya en políticas públicas de salud orientadas a los aspectos estructurales. Lo que ha existido es el movimiento de grupos específicos que demandan e influyen en aspectos concretos relacionados con los trabajadores del sector (los sindicatos y mejoras salariales para trabajadores) o a servicios de salud para condiciones médicas (asociaciones de pacientes renales y de enfermedades catastróficas) o grupos etarios específicos (acceso universal a servicios de salud reproductiva). La fragmentación de la demanda social es una característica en Guatemala. También hay un frágil vínculo entre las luchas sociales a nivel nacional y las protestas locales o regionales (Yágenova y Castañeda, 2008).

Aun dentro de la fragmentación de los movimientos sociales, han existido algunos episodios que han generado una coalición temporal del movimiento social para reaccionar a reformas a las políticas de salud. Los dos casos más sobresalientes son la oposición a los patronatos, los cuales cobraban por los servicios, durante el período 2000 - 2004 (Prensa Libre, Sección Nacional, 20 de diciembre, 2003), y la oposición a la propuesta de *Ley Marco de Salud* conocida como Plan Visión de País (Iniciativa de ley 3609). En la primera, la movilización de los sindicatos de salud pública contribuyó a hacer presión para que se reformara el *Código de Salud* en el Artículo 4, haciendo explícita la gratuidad y la responsabilidad del Estado en garantizar la prestación del servicio de salud<sup>13</sup> y en la segunda hubo una oposición de actores de los colegios profesionales, organizaciones no gubernamentales de desarrollo y de la Universidad de San Carlos.

Estudios de caso de reformas exitosas de salud hacia el acceso universal y la equidad, llevadas a cabo en algunos países de Asia y América Latina, demuestran que un elemento común es la alianza entre los movimientos sociales y las autoridades electas, principalmente con el Organismo Legislativo. Dicha alianza se empieza a forjar desde el anuncio de la candidatura de los parlamentarios y se acrecienta una vez electos y en funciones. Los candidatos al Organismo Legislativo identifican claramente una agenda de reformas progresistas al sistema de salud, lo cual se convierte en parte esencial de sus plataformas electorales (Loewenson, 2010). No se encontró evidencia sobre este tipo de alianzas en Guatemala durante el período bajo estudio (1985-2010). El tema de salud no ha sido hasta ahora parte de las plataformas de las personas que se postulan a puestos de elección popular. Tampoco existe evidencia que la sociedad ci-

13 Congreso de la República. D.º 53-2003.

vil esté actualmente (2010) demandando una agenda de temas y reformas de salud a los partidos políticos.

• **Grupos organizados de base comunitaria**

Es importante notar que el marco legal del país garantiza la participación ciudadana en la gestión de las políticas públicas a través del artículo 1 de la *Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural* (D.º 11-2002) y en el artículo 4, numeral 5 de la *Ley General de Descentralización* (D.º 14-2002), se enumera los principios de diálogo, negociación y concertación; y los artículos 17 y 19 reconocen y fomentan la participación de la población en la planificación, ejecución y control integral de las gestiones del gobierno en los niveles nacional, departamental y municipal.

A pesar de lo arriba descrito, existe evidencia reciente que identifica dificultades. En municipios con población predominante

rural de Huehuetenango y San Marcos se identificó que los ciudadanos miembros de los Cocode enfrentan barreras hacia la participación plena en los espacios de los Comude. En adición a las barreras geográficas para asistir a los espacios de participación, los representantes comunitarios cuentan con menos habilidades y conocimientos para participar e incidir en los espacios de discusión de políticas públicas, especialmente cuando se compara a los miembros de Cocode con los niveles de información y las habilidades de los actores gubernamentales y no gubernamentales. Debido a esto, los espacios de participación se caracterizan por asimetrías de poder entre los actores. Esto hace que algunos de ellos no incidan de forma efectiva (Flores y Gómez, 2010).

Se deben fortalecer las habilidades y conocimientos de los representantes ciudadanos que participan en el Comude. Una vía para ello es demandar el cumplimiento del Artículo 20 de la *Ley General de Descentralización* (D.º 14-2002), el cual indica:

<b>Tabla 3 Actores que influyen en el proceso de toma de decisión en políticas públicas de salud y el sistema de salud</b>			
<b>Acciones reguladas</b>		<b>Acciones no reguladas</b>	
Actor	Rol en toma de decisiones	Actor	Rol en toma de decisiones
Autoridades del MSPAS	Autoridad formal para asignar recursos dentro del MSPAS, emitir Acuerdos ministeriales, seleccionar proveedores de servicios y otros.	Gobiernos municipales	Influyen en nombramiento de autoridades a nivel de distritos de salud
Gobiernos municipales	Asignar recursos para salud a partir de asignación constitucional e incidir en Comude y Codede para financiar proyectos de salud	Diputados Congreso de la República	Influyen en el nombramiento de autoridades de salud en áreas de salud y distritos de salud
Congreso de la República	Sancionar leyes y aprobar asignación presupuestaria al MSPAS y a otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales	Agentes económicos privados (industria farmacéutica)	Influyen en: Procesos de compra de medicamentos, para organizaciones públicas
Consejos de Desarrollo	Influir en asignación de recursos para proyectos de salud	Movimientos sociales	Influyen a través de medidas de presión en asignación de recursos para objetivos gremiales, enfermedades específicas o servicios para grupos etarios específicos
Grupos organizados de base comunitaria	Según el marco legal, deberían tener injerencia en la definición, implementación y evaluación de los servicios de salud. Sin embargo, no se lleva a la práctica	Partidos políticos	Influyen sobre las unidades de recurso humano para crear estructuras y redes de clientelismo político
		<b>Acciones que requieren atención en la regulación de convenios y contratos</b>	
		Agencias internacionales de cooperación	Influyen a través de unidades ejecutoras de préstamos y donaciones aprobados por el gobierno
		ONG en Programa de Extensión de Cobertura	Ejercen presión para el pago de convenios por prestación de servicios

Fuente: elaboración propia.

“Del programa de capacitación y fortalecimiento institucional: Para mejorar la administración técnico-financiera de las municipalidades y demás instituciones del Estado y fortalecer la participación ciudadana, el órgano de gobierno responsable de la Programación, Dirección y Supervisión de ejecución de la Descentralización del Organismo Ejecutivo deberá prever la elaboración y desarrollo de un Plan Nacional de Capacitación y Fortalecimiento Institucional, coordinando su ejecución con el Instituto Nacional de Administración Pública, el Instituto de Fomento Municipal y otras instituciones de Estado relacionadas con la materia”.

En lo que respecta de forma específica al sector salud, aun cuando el *Código de Salud* en su artículo 5 (D.º 90-97) garantiza la participación de la población en la definición, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud, en la práctica no existen mecanismos explícitos y viables para que la ciudadanía ejerza esa participación. Lo que tradicionalmente ha existido es un tipo de participación que demanda trabajo no remunerado de las organizaciones comunitarias para la entrega de servicios de salud (vacunación, monitoreo de crecimiento, entre otros). Este tipo de participación no conduce a que los grupos organizados de base comunitaria tengan un rol en la decisión sobre la definición e implementación de servicios de salud, que es, al final de cuentas, lo que garantiza el *Código de Salud*.

Por ello, es necesario abrir espacios a la participación ciudadana en la toma de decisiones en los diferentes niveles del MSPAS: en el ámbito nacional (donde se definen los planes y metas nacionales de salud); a nivel de jefaturas de área de salud (donde se asignan y distribuyen los recursos a los distritos de salud bajo jurisdicción); y direcciones de distritos de salud (donde se gestiona el día a día de la entrega de servicios). Las juntas directivas de los hospitales públicos también deben incluir participación ciudadana. Estudios de caso de Argentina han evidenciado que la participación de los ciudadanos en juntas hospitalarias contribuye a empujar decisiones dirigidas al aumento de recursos y una mejor integración entre los diferentes niveles de referencia de la red pública (Flores, *et ál.*, 2010).

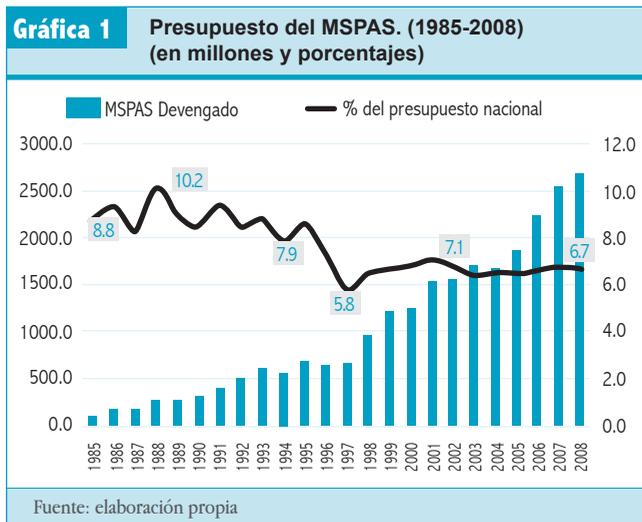
### 4.3.9 Los partidos políticos

Varios exfuncionarios entrevistados identificaron a los partidos políticos como actores en los procesos de toma de decisión. La descripción de los niveles de influencia es percibida como acciones no reguladas, pues desde allí se generan las estructuras y presiones para actuar en forma clientelar. Uno de ellos

comentó: “Los secretarios generales de los partidos ejercen presión e inciden en las oficinas de recurso humano de las instituciones públicas. Desde allí se logran montar estructuras de clientelismo político”.<sup>14</sup> Otro exfuncionario entrevistado también explicó el desgaste que esto ocasiona a las autoridades de turno. Indicó que varios funcionarios públicos habían recibido fuertes presiones de algunos partidos políticos como medida para que se cumpliera con sus demandas.<sup>15</sup>

### 4.3.10 Resumen sobre actores estratégicos y sus recursos de poder

El análisis anterior ha revelado que existe una diversidad de actores que influyen en el proceso de toma de decisiones alrededor de las políticas públicas de salud y el sistema de salud. También se ha identificado que no todos los actores están regulados y existen algunos, como los alcaldes municipales y diputados al Congreso, que a pesar de estar regulados y efectuar acciones que les competen, también implementan otras más allá de lo que indica el marco legal. Por lo tanto, son actores que realizan tanto actividades reguladas como no reguladas. Del análisis anterior, se desprende que los actores difieren substancialmente de acuerdo con los recursos de poder que tienen para influir en la toma de decisiones. A manera de hipótesis, el grado de influencia de los actores podría variar entre la autoridad rectora, en un extremo; los diputados, los agentes privados y las agencias de cooperación, en posiciones de mucha influencia; y la ciudadanía, en otro extremo, con menor posibilidad de influencia. Esto último se debe, entre otras razones, a la falta de mecanismos explícitos para participar, a la falta de implementación de espacios ya normados y a las asimetrías de poder que se dan entre integrantes de un mismo ente (por ejemplo, un Comude). La tabla 3 resu-



14 Entrevista a exfuncionario público, 9 de diciembre 9 del 2010.

15 Entrevista a exfuncionario público, 14 de junio 14 del 2010.

me los diferentes actores que influyen en el proceso de toma de decisiones en políticas públicas de salud y el sistema de salud.

## 4.4 Las reglas del juego para la toma de decisiones

Dentro del MSPAS y en lo concerniente a las asignaciones financieras, el marco legal identifica diferentes procesos relacionados con el presupuesto público, los cuales son competencia de las autoridades de salud. Este presupuesto se estructura bajo la base de *techos financieros* que son asignados por el Ministerio de Finanzas Públicas. La regla del juego es seguir los pasos que identifica el marco legal y regirse a los techos financieros. Estas restricciones presupuestarias han dado como resultado que el presupuesto de MSPAS haya oscilado entre un 8.8% en 1985 y un 6.7% en 2008, respecto del presupuesto nacional (véase gráfica 1).

Las decisiones sobre programas o servicios de salud a ser entregados no siguen un proceso legal como sucede con el presupuesto. Sin embargo, la regla del juego aquí radica en que dichas decisiones están amarradas a que se pueda identificar una fuente de recursos para financiarlas. Debido al bajo margen de maniobra del presupuesto público descrito anteriormente, son muy pocos los procesos de toma de decisiones de este tipo.

Es importante tomar en cuenta que el marco legal tiene instancias identificadas para tomar decisiones de envergadura alrededor de las políticas públicas. La más relevante es el Consejo Nacional de Salud (referencia al *Código de Salud*). Un exfuncionario indicó lo siguiente: “Realmente el Consejo de Salud no se implementa porque existe temor a sentarse con actores que son más poderosos. En adición, existe la percepción que este tipo de instancias no resuelven lo que necesita resolverse”.<sup>16</sup>

## 4.5 La rendición de cuentas y la transparencia de las autoridades de salud y alrededor de las políticas públicas

A pesar de las dificultades y oposición, el Estado de Guatemala ha ido avanzando paso a paso en la rendición de cuentas y transparencia. La creación del portal Guatecompras ha contribuido a transparentar la asignación de contratos para la adquisición de recursos. La *Ley de Acceso a la Información*, aproba-

da en 2008, también está contribuyendo a los propósitos de rendición de cuentas y transparencia en todo el aparato estatal.

Acciones específicas de rendición de cuentas y transparencia dentro del sector salud han sido muy pocas. El gobierno actual inició un mecanismo denominado *Gobernando con la Gente*. La documentación oficial del programa lo describe de la siguiente forma:

“Es el espacio de comunicación que tiene el Presidente Álvaro Colom con representantes de las fuerzas vivas de los municipios de los departamentos, autoridades departamentales, municipales y comunitarias, para rendir cuentas, dialogar, escuchar a la gente y asumir compromisos. Es un instrumento que le permite al Presidente evaluar resultados de su plan de gobierno. *Gobernando con la Gente* está orientado a rendir cuentas y a identificar problemas y acciones sobre los cuales se dialoga y se determinan debates para su solución”.<sup>17</sup>

Un funcionario de la oficina de información del MSPAS indicó que, para el caso específico de dicho ministerio, el proceso incluyó mesas temáticas dirigidas por los directores del área de salud, hospital y equipo técnico del departamento respectivo. En las mesas se daba a conocer la problemática de salud en el departamento y se preparaban propuestas específicas para presentarlas en la reunión con el presidente. Durante la visita, representantes de la sociedad civil hacían la presentación de la problemática y propuestas de solución y definían con el Presidente los compromisos. De los 164 compromisos establecidos para el MSPAS, uno está cancelado por decisión de las autoridades ministeriales, 26 tienen una ejecución normal, 7 tienen retraso (lo que quiere decir que no se ha iniciado su ejecución), 66 presentan retrasos en su ejecución y 64 están terminados. Los estragos causados por la tormenta tropical Agatha y la erupción del volcán Pacaya llevaron a las autoridades a considerar un *Gobernando con la Gente* hacia la reconstrucción.<sup>18</sup>

Desde agosto del 2010, el MSPAS ha venido trabajando una política de transparencia, la cual busca “promover que a nivel local se vayan estableciendo mesas de trabajo a nivel nacional y municipal, en el que se vayan institucionalizando los ejercicios de rendición de cuentas, facilitando espacios de auditoría social y estableciendo pactos sociales por la salud”.<sup>19</sup> Dicho proceso está en desarrollo.

Hasta ahora, no existen mecanismos de rendición de cuentas que permitan hacer el escrutinio de la eficacia de las políticas

16 Entrevista a exfuncionario público, 12 de agosto del 2010.

17 Disponible en: [www.gobernandoconlagente.gob.gt](http://www.gobernandoconlagente.gob.gt), Consultado el 20 de agosto del 2010.

18 CRN, Noticias, 23 de junio 2010.

19 Información proporcionada por el Dr. Edgar González, Director de la Unidad de Planificación Estratégica del MSPAS.

**Tabla 4** Calificación del índice de calidad de políticas públicas en países seleccionados. Año 2005

País	Estabilidad	Implementación y aplicación efectiva	Orientación al interés público	Eficiencia	Índice de políticas
Guatemala	Media	Baja	Baja	Media	Baja
Bolivia	Media	Media	Media	Media	Media
Costa Rica	Alta	Alta	Alta	Alta	Alta
El Salvador	Alta	Alta	Media	Alta	Alta
Honduras	Alta	Media	Baja	Media	Media
México	Alta	Alta	Media	Alta	Alta
Nicaragua	Media	Media	Baja	Media	Baja
Rep. Dominicana	Media	Media	Baja	Media	Media

Fuente: Adaptado de Stein, *et ál.* (2006).

públicas para alcanzar sus resultados. Tal y como fue expresado anteriormente, a pesar de que varios reportes han demostrado la ineficiencia de varias de las políticas públicas (CESR/Icefi, 2009), éstas continúan siendo implementadas. En este aspecto, parece que no existe forma de responsabilizar a las autoridades de turno por la ineficacia de las políticas que se implementan. Una de las razones para ello es la imposibilidad de realizar una rendición de cuentas sobre las políticas públicas de salud debido a la debilidad técnica de las propias políticas. Esto se discute a continuación.

#### 4.5.1 Las debilidades en la construcción de las políticas públicas de salud en el país

En el año 2005, el Banco Interamericano de Desarrollo realizó un estudio en todos los países de la región sobre la calidad de las políticas públicas. Dicha medición incluye seis variables (estabilidad, adaptabilidad, implementación, coordinación y coherencia, orientación al interés público y eficiencia), las cuales, al ser analizadas en conjunto, dan como resultado el *índice general de la calidad de las políticas públicas*. Los resultados del índice se categorizan en muy alto, alto, medio y bajo. La tabla 4 compara una selección de países vecinos a Guatemala o con condiciones socioeconómicas similares. De los ocho países comparados, únicamente Guatemala y Nicaragua obtuvieron una calificación baja, mientras que El Salvador y Costa Rica obtuvieron una calificación alta. Esto indica que la calidad de las políticas públicas en Guatemala, analizadas en 2005, es deficiente, mientras que varios de nuestros vecinos centroamericanos desarrollan e implementan políticas públicas de mejor calidad.

El reporte mencionado analizó las políticas públicas en general. En la tabla 5 se analiza la calidad de las políticas públicas de salud para el periodo 1996-2010 tomando como fuente de

información documentos de políticas de salud que produjeron cada uno de los gobiernos que funcionaron en ese periodo. Para analizarla, se aplican los aspectos que caracterizan a una buena política pública (Lahera, 2004) y se compara si dichos aspectos están presentes en los documentos de políticas de salud que han producido los diferentes gobiernos.

Como puede observarse, en la referida tabla, los documentos estudiados de cuatro gobiernos, presentan las siguientes características de acuerdo a los criterios utilizados: a) ausencia de hitos pertinentes, análisis de viabilidad política, referencia a otras políticas de apoyo, beneficio marginal comparado con otras políticas e indicadores de evaluación de costo-beneficio social; b) presencia parcial (en documentos de uno, dos o tres gobiernos) de fundamentación amplia, claridad en los objetivos y opciones de financiamiento. El gobierno 2004-2008 y el gobierno 2008-2012 desarrollaron documentos adicionales (*Agenda nacional de salud 2007* y *Plan estratégico institucional del MSPAS 2010*) que solventan algunas de las debilidades que presentan los documentos de políticas de salud lanzados al inicio de las respectivas administraciones. En el caso de la *Agenda nacional de salud*, su impacto para fortalecer las políticas públicas de salud gubernamentales fue limitado debido a que fue lanzada en el último año de gobierno. En el caso del Plan estratégico institucional del MSPAS, hacia finales de 2010, no se habían completado los procesos de monitoreo y evaluación del plan.<sup>20</sup>

Las debilidades técnicas de los documentos de políticas públicas de los gobiernos de turno tienen implicaciones negativas, no únicamente para la eficacia de las políticas sino también para la rendición de cuentas al no existir metas e indicadores definidos para evaluar el desempeño de las autoridades y funcionarios públicos. En la mayoría de países de la región, el desempeño

20 Información proporcionada por funcionarios de MSPAS, 18 de octubre 2010.

**Tabla 5** Características de documentos de políticas de salud del período 1996-2010.

Características (Adaptado de Lahera 2004)	Documento a Gobierno A. Arzú (1996-2000)	Documento b Gobierno A. Portillo (2000-2004)	Documentos c, d Gobierno O. Berger (2004-2008)	Documentos e, f Gobierno A. Colom (2008-2012)
Fundamentación amplia y no sólo específica (¿cuál es la idea?, ¿a dónde vamos?)	Presenta una imagen objetivo para el año 2000 con tres resultados: a) sector salud que trabaja en forma coordinada, b) MSPAS institucionalmente fortalecido para ejercer su papel de rector de la salud y c) la prestación de servicios orienta sus recursos a población con mayor riesgo y facilita la participación de comunidades, ONG e iniciativa privada, en la provisión de los servicios públicamente financiados.  Se presenta información breve sobre el contexto y lineamientos, sin embargo no es una fundamentación amplia sino específica al sector salud.	Presenta una visión hacia el año 2004 en la cual se conforma un sistema de salud efectivo e integrado que brinda atención a las necesidades reales de la población.  Se hace mención breve del contexto y la situación de salud, sin llegar a una fundamentación amplia.	Presenta la visión del sector salud en tres momentos: hacia el año 2008 (trabajo coordinado dentro del sector salud), el año 2011 (nuevo modelo de atención integral consolidado) y el año 2015 (acceso a un sistema de salud que cumple criterios de solidaridad, subsidia ridad, equidad, calidad, eficiencia, y transparencia).  No hay referencia al contexto socio-económico en el documento.  Hacia el último año de gobierno, se publicó la Agenda nacional de salud la cual sí incluye una fundamentación amplia sobre la visión y propuestas para el período 2007-2020.	El documento <i>Plan nacional para la salud</i> hace referencia al marco legal, al plan de gobierno y menciona algunos principios éticos. Todo lo anterior de forma breve, lo cual no constituye una fundamentación amplia.  El documento <i>Plan estratégico institucional del MSPAS 2008-2012</i> , publicado en 2010, presenta un análisis con mayor información y detalle que se acerca a una amplia fundamentación de las políticas de salud.
Claridad de objetivos	No se presentan objetivos específicos	Se presentan siete objetivos, los cuales son claros.	Presenta dos objetivos que son claros.	Se presenta un objetivo general y cinco objetivos específicos que son claros.
Estimación de costos y de opciones de financiamiento.	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Ausencia en el documento <i>Plan nacional para la salud</i> . El documento <i>Plan estratégico institucional del MSPAS 2008-2012</i> indica que el plan se financiará a través de las fuentes tradicionales (ingresos del gobierno central, ingresos propios del MSPAS) y cooperación internacional. No se especifican montos que se espera que provengan de cada fuente.
Indicadores y variables para una evaluación de costo beneficio social	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Ausencia
Beneficio social marginal comparado con el de otras políticas (¿qué es prioritario?)	Ausencia	Ausencia	Ausencia	Ausencia

**Continuación Tabla 5**

Características (Adaptado de Lahera 2004)	Documento a Gobierno A. Arzú (1996-2000)	Documento b Gobierno A. Portillo (2000-2004)	Documentos c, d Gobierno O. Berger (2004-2008)	Documentos e, f Gobierno A. Colom (2008-2012)
Consistencia interna y agregada (¿a qué se agrega?, o ¿qué inicia?)	Se presentan siete políticas, cada una con sus respectivas estrategias y líneas de acción a corto y mediano plazo. No hay un análisis sobre qué es lo que agregan estas políticas, únicamente enunciados generales. En documentos desarrollados posteriormente, se abordan análisis específicos a la política 2, "Aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios básicos de salud", los cuáles sí plantean aspectos de consistencia interna de dicha política.	Se definen siete estrategias y catorce políticas, las cuales son enunciados generales sin consistencia interna ni evidencia de integración.	Se presentan ocho políticas pero sin ningún análisis sobre cómo se integran a la visión propuesta ni otros aspectos relacionados a la consistencia interna.  El documento <i>Agenda nacional de salud</i> , publicado el último año de gobierno, sí incluye un análisis sobre qué se agrega y cuáles son los nuevos enfoques.	El documento <i>Plan estratégico institucional del MSPAS 2008-2012</i> analiza las políticas de salud y resultados de gobiernos anteriores y analiza sus propias contribuciones. Se observa consistencia interna en las políticas, estrategias y actividades que se proponen.
Otras políticas de apoyo (corporativas, académicas)	Sin referencia a otras políticas de apoyo.	Sin referencia a otras políticas de apoyo.	Sin referencia a otras políticas de apoyo.	Sin referencia a otras políticas de apoyo.
Análisis de viabilidad política	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
Identificación de hitos pertinentes (¿qué es primero?, ¿qué condiciona qué?)	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
Funcionalidad de los instrumentos para implementar la política (POA, presupuestos, convenios)	Documentos y ejercicios posteriores a la publicación del documento de políticas de salud, desarrollaron instrumentos específicos para implementar los convenios de extensión de cobertura, que era parte de la política 2.	No existe referencia al tipo de instrumento o adaptaciones necesarias para implementar dichas políticas	No existe referencia al tipo de instrumento o adaptaciones necesarias para implementar dichas políticas	El documento <i>Plan estratégico institucional del MSPAS 2008-2012</i> identifica problemas en la estructura programática y financiera del MSPAS para implementar las políticas.
Indicadores para monitoreo y evaluación (costo unitario, economía, eficacia, eficiencia)	Únicamente para extensión de cobertura, sin embargo estos documentos no eran públicos.	No aparecen indicadores para monitoreo y evaluación en el documento.	Se presentan indicadores en el documento <i>Agenda nacional de salud</i> , publicado en el último año de gobierno.	El <i>Plan estratégico institucional del MSPAS 2008-2012</i> incluye información sobre eficacia de las metas.

Fuente: a. MSPAS (1996), b. MSPAS (2001), c. MSPAS (2004), d. MSPAS (2007a), e. MSPAS (2008), f. MSPAS (2010).

del funcionario público se mide en función de si logra alcanzar las metas propuestas. Esto no sucede en Guatemala, pues no existen esas metas. Lo anterior indica que probablemente no ha existido un incentivo para que las autoridades de salud se propongan fortalecer las políticas públicas. Es hasta el gobierno actual (2008-2012) que existen esfuerzos concretos, a través del *Plan estratégico institucional del MSPAS* (2010), para mejorar la calidad de las políticas públicas de salud y asignar metas específicas e indicadores para su evaluación y monitoreo. Estos esfuerzos aún están incompletos hacia la finalización del tercer año del gobierno actual. Sin embargo, las acciones se han llevado a cabo y es un ejercicio que no se intentó realizar en ninguno de los gobiernos anteriores.

La *Ley de Acceso a la Información* (D.º 57-2008) es una herramienta importante que puede ser activada por la ciudadanía

para demandar la rendición de cuentas cuando se considere necesario. Sin embargo, la rendición de cuentas debe ser parte de mecanismos institucionalizados. En una situación donde se fortalece la transparencia y la rendición de cuentas, las autoridades encargadas de procesos de toma de decisiones alrededor de las políticas de salud y su financiamiento (Ministerio de Salud a todos los niveles, diputados del Congreso y gobiernos municipales) deben diseñar e implementar mecanismos proactivos de rendición de cuentas, tales como: audiencias periódicas abiertas a cualquier ciudadano interesado en conocer los avances en la ejecución de las políticas públicas, y publicaciones periódicas de informes de rendición de cuentas, en un lenguaje no técnico. Este tipo de actividades, las cuales son rutinarias en otros países de la región (Brasil, Municipio Rosario en Argentina, Provincia del Azuay en Ecuador) no suceden aún en Guatemala.

## 5. Conclusiones

La gobernanza se refiere a procesos de toma de decisiones estratégicas en los cuales confluyen las relaciones de poder y los intereses -públicos y particulares- de actores sociales y organizaciones. Situaciones de consenso y conflicto entre los actores sociales y las organizaciones son inherentes a dichos procesos. Es importante estudiar los recursos de poder que poseen los actores que participan en procesos de toma de decisiones y la capacidad de influencia que poseen, es decir, la manera como se traduce el ejercicio de ese poder.

El análisis de la gobernanza brinda contribuciones de suma importancia puesto que permite identificar los actores y sus recursos de poder, las reglas del juego (formales y no formales) y las asimetrías de poder en la toma de decisiones alrededor de las políticas públicas. Asimismo incluye la evaluación de resultados y efectos generados por la toma de decisiones, para lo cual se vale, entre otros, de información sobre rendición de cuentas y transparencia. Todo lo anterior contribuye a una mejor lectura estratégica de las políticas de salud y los sistemas de salud, lo cual es de suma utilidad si se busca implementar políticas de salud y reformas al sistema que posean viabilidad técnica y política.

Las reformas políticas y el marco legal surgido durante el período democrático iniciado con la *Constitución Política de la República* de 1985 han creado nuevos espacios de toma de decisiones alrededor de las políticas públicas y actores que influyen en la misma en virtud de la normativa. Entre estos actores se encuentran las autoridades de MSPAS, los gobiernos municipales y los diputados del Congreso de la República, en sus respectivas funciones de asignación o aprobación de recursos para salud, y los Consejos de Desarrollo, en sus diferentes niveles, en la propuesta, priorización y aprobación de proyectos de salud. Las agencias financieras internacionales han surgido como actores en esta arena política por la capacidad que tienen para proveer recursos financieros a los gobiernos de turno y la posibilidad que tienen de influir por medio de mecanismos de ejecución aprobados por los propios gobiernos. Otros actores han surgido por el poder económico que representan (ejemplo, la industria farmacéutica).

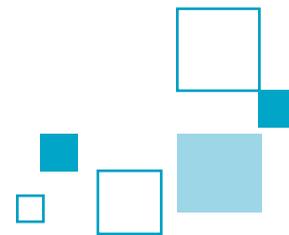
A pesar del ofrecimiento de los gobiernos del período democrático por aumentar el gasto en salud, promover la equidad y la solidaridad en el sistema de salud, varios estudios referidos en este

documento han evidenciado que los resultados en salud todavía son inadecuados para el desarrollo humano de la población guatemalteca. Esta situación no es atribuible solamente al desempeño de las políticas públicas sectoriales respectivas. Como se ha tratado de ilustrar en este documento, también responde a problemas en la gobernanza de las políticas públicas y del sistema de salud. Entre estos problemas se pueden citar la mayor influencia que ejercen algunos actores que antepone intereses particulares al bien común, las asimetrías en las habilidades de participación entre actores que convergen en un mismo espacio de decisión y las percepciones sobre que todas las decisiones y posibilidades de afectar las políticas públicas de salud pasan únicamente por el nivel central del MSPAS.

Las debilidades y vacíos en las políticas públicas de salud y en la rendición de cuentas sobre las mismas ha propiciado condiciones para que se de una serie de situaciones que se deben analizar desde la perspectiva de la congruencia con los objetivos sociales de la salud. Estas situaciones incluyen la tendencia hacia la reducción del gasto público como porcentaje del gasto total en salud con la correspondiente alza en el gasto de bolsillo que realizan los hogares; la falta de una regulación adecuada del sector privado, el cual ha crecido en forma acelerada; y la contratación de entidades privadas para prestar servicios de salud que antes brindaba el sector público. El fortalecimiento de las políticas públicas y la rendición de cuentas son dos tareas necesarias para que se reduzca la amplia discrecionalidad que ha existido hasta ahora y obligar a que decisiones públicas trascendentales para el sistema de salud sean sujetas al escrutinio público.

Este estudio ha sido una primera aproximación al tema. Estudios posteriores a mayor profundidad pueden arrojar luces sobre la gobernanza de políticas públicas específicas, por ejemplo, las relacionadas a la desnutrición infantil, la protección social (incluyendo la seguridad social) y la propia política que ha sostenido la extensión de cobertura a través de convenios con ONG por más de una década. Dichos estudios pueden contribuir a una lectura estratégica de las políticas de salud y el sistema de salud, lo cual es de suma utilidad si se busca implementar políticas de salud y reformas al sistema que posean viabilidad técnica y política y que al mismo tiempo sean eficaces en alcanzar los objetivos sociales de equidad, universalidad y solidaridad.





## Referencias bibliográficas

---

Alcántara, M (1994).: *Gobernabilidad, crisis y cambio*, Centro de Estudios Constitucionales, Madrid.

Arendt, H. (1970). *On violence*. New York: Harcourt, Brace & World.

Asís (2006) Construyendo la democracia en sociedades postconflicto: Un enfoque comparado Guatemala y El Salvador. Guatemala: Asociación de Investigación y Estudios Sociales. F&G Editores, 2006.

Banco de Guatemala (2010). Sistema de cuentas nacionales 1993 -SCB93- año base 2001 tomo II.

Barreno, R. (2010) PDH accionará contra ministerios de Salud y Finanzas. Prensa Libre, sección Justicia. Edición 14 Septiembre. Documento electrónico disponible en: [http://www.prensalibre.com.gt/noticias/justicia/PDH-presentara-recurso-Salud-Finanzas\\_0\\_335366704.html](http://www.prensalibre.com.gt/noticias/justicia/PDH-presentara-recurso-Salud-Finanzas_0_335366704.html)

Barrientos, R. (2010). *Decisiones técnicas del presupuesto*. Presentación realizada en el seminario: Análisis del Presupuesto Público de Salud. Antigua Guatemala, Septiembre. Disponible en:<http://www.proyectodialogo.org/documents/salud/seminario/4-DecisionesTecnicasPresupuesto-RBarrientos.pdf>

Barten, F. *et ál.* (2002). Democratic governance-fairytale or real perspective? Lessons from Central America. *Environment & Urbanization*. 14(1):129-144.

Benclowicz, J. (2006). La izquierda y la emergencia del movimiento piquetero en la Argentina. Análisis de un caso testigo. [Fecha de consulta: noviembre, 2008] Documento electrónico disponible en: <http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/espinal/espinalpdf/Espiral37/123-143.pdf>

Bloom, G. y Standing, H. (2008). Future health systems: Why future? Why now?. *Social Science & Medicine* 66, 2067-2075

Bourdieu, P. (1989). "Social Space and Symbolic Power". *Sociological Theory* 7 (1):14-25.

Carrillo, R. (2003). Movimientos sociales y hegemonía. [Fecha de consulta: 12 de noviembre, 2008] Documento electrónico disponible en: <http://www.uasb.edu.ec/padh/centro/pdfs6/Ricardo%20Carrillo.pdf>

Celedón, C. (2002). *Gobernancia y Participación Ciudadana en la Reforma de Salud en Chile*. Ponencia presentada en el Tercer Foro Subregional de liderazgo en salud. BID, FUNSALUD, IDRC, Buenos Aires.

CESR/Icefi (2009). *¿Derechos o Privilegios?: El compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala*. Guatemala/España: Centro por los Derechos Económicos y Sociales, Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales.

Coalición para la Transparencia (2006). *Memoria Analítica del Foro: Transparencia en la Compra Pública de Medicinas*. Acción Ciudadana. Guatemala, Marzo.

CONGCOOP (2008) El derecho a la salud en Guatemala: Evaluación de la situación. Guatemala: Coordinación de ONG y Cooperativas, Octubre.

Cornwall, A. y Shankland, A. (2008). "Engaging citizens: Lessons from building Brazil's national health system". *Social Science & Medicine* 66: 2173-2184.

Crespo, J. (s.f.) *Fundamentos políticos de la rendición de cuentas. Serie: Cultura de la rendición de cuentas 1*. Auditoría Superior de la Federación. México D.F. Documento electrónico disponible en: <http://www.asf.gob.mx/pags/archivos/Src/Rc1.pdf>

Domike, A. (2008). *Sociedad civil y movimientos sociales: construyendo democracias sostenibles en América Latina*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington D.C.

Dwyer, F. (1984). "Are two better than one? Bargaining behavior and outcomes in an asymmetrical power relationship". *Journal of Consumer Research*. 11: 680-693

El Periódico (2010). *Salud sólo tiene recursos para 011*. Nota por Diana Choc, sección País, edición del martes 4 de mayo.

El Periódico (2009a). *Compras de medicina por Q 1,480 millones se encuentran estancadas por sobrevaloración y anomalías*. Nota por equipo de investigación, sección Portada, edición del domingo 18 de octubre.

El Periódico (2009b). *Destituyen a Cerezo por "actitudes inapropiadas"*. Sección Portada, jueves 10 de septiembre.

El Periódico (2007). *Redes de influencia en torno a los candidatos presidenciales*. Nota por equipo de investigación, sección Actualidad, edición del domingo 7 de octubre.

Flores, W. (2010) "Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas". *Revista Salud Pública* Vol 12 sup (1): 28-38

Flores, W. y Gómez, I. (2010). "La gobernanza de los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: análisis de actores y relaciones de poder". *Revista de Salud Pública*, Volumen 12, Suplemento 1, abril, pp. 138-150.

Flores, W. et al. (2010). *Case study of PHC reforms in Rosario, Argentina*. Produced for the background paper for the WHO Global Symposium on Health Systems Research.

Flores, W. (2008). *El Sistema de Salud en Guatemala, 4: ¿Así...funcionamos?* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Guatemala. Ver INDH

Gaventa, J. (2001). *Towards Participatory Local Governance: Six propositions for Discussion*. Learning initiative on local Governance Network. Institute for Development Studies (IDS). Brighton, UK.

Giddens, A. (2001). *Sociología*. 4ta edición. Madrid: Alianza Editorial.

Grindle, M. (2002). *Good Enough Governance: Poverty Reduction and Reform in Developing Countries*. Poverty Reduction Group of the World Bank.

Guerrero, J. et al. (2001). "Transparencia limitada: Diez preguntas ciudadanas sin resolver". Documento para el Programa de Presupuesto y Gasto Público del CIDE y Transparencia Mexicana, México: CIDE-Transparencia Mexicana, febrero de 2001.

Haugaard, M. (2002). *Power: a Reader*. Manchester University Press.

Helmke, G. y Levitsky, S. (2006). *Informal Institutions & Democracy. Lessons from Latin America*. Baltimore, USA, The Johns Hopkins University Press.

Hernández, E., Irías, J. y Ávila, M. (2007). *Metodología de auditoría social a la Estrategia para la Reducción de la Pobreza*. Honduras: Grupo de Sociedad Civil, Banco Mundial, Servicio Holandés de Cooperación al Desarrollo y otros.

Hewitt, C. (1998). Usos y abusos del concepto de gobernabilidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 155, marzo. Disponible en: <http://www.unesco.org/issj/rics155/alcantarasp.html>. Fecha de consulta: 12 de febrero 12, 2007.

Homedes, N., Ugalde, A. (2005) Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica*; 17 (3):210-220.

Hufty, M. *et ál.* (2006) Gobernanza en Salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Publica* vol. 22 suppl.0

Hyden, G., *et ál.* (2003). *Making Sense of Governance: the Need for Involving Local Stakeholders*. 2003. Disponible en [http://www.odi.org.uk/wga\\_governance/Docs/Making\\_sense\\_Governance\\_stakeholders.pdf](http://www.odi.org.uk/wga_governance/Docs/Making_sense_Governance_stakeholders.pdf) Consultado 9 de enero 2006

Homedes, N. y Ugalde, A. (2005) Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica*; 17 (3):210-220.

Jiménez, F. (2006). *Mapeo político y visiones de los actores sociales y políticos de la salud en Guatemala*. PNUD, IDRC, URL, USAC, UVG, MSPAS, IGSS, POS-OMS.

Kooiman, J. (1993). *Modern governance: new government-society interactions*. London: Sage Publications; 1993.

Lahera, E. (2004). *Política y políticas públicas*. Serie Políticas Sociales 95. Cepal.

Loewenson, R. (2010). *Connecting the streams: Using research knowledge in health systems policy and practice in low- and middle-income countries*. Background paper commissioned by the World Health Organization for the Global Symposium on Health Systems Research, November.

Longo F. y Villoria, M. (2002). *Síntesis de los diagnósticos institucionales de los sistemas de servicio civil*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Mayer-Serra, C. (s.f.). *Impuestos, democracia y transparencia*. Serie: Cultura de la rendición de cuentas 2. Auditoría Superior de la Federación. México D.F. Documento electrónico disponible en: <http://www.asf.gob.mx/pags/archivos/Src/Rc2.pdf>.

Morriss, P. (2002). *Power a Philosophical Analysis*. 2da edición. Manchester: Manchester University Press.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010). *Plan estratégico institucional del MSPAS*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2008) *Plan nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2007a). *Agenda nacional de salud*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2007b). *Situación de la salud y su financiamiento. Periodo 2004-2005*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2004). *Lineamientos básicos y políticas de salud 2004-2008*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2001). *Plan nacional de salud 2000-2004*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, noviembre.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1996). *Política de salud 1996-2000*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, marzo.

Mukhopadhyay, M. (Editor), (2003). *Governing for Equity. Gender, Citizenship and Governance*. Amsterdam, The Netherlands, Royal Tropical Institute (KIT)

Panchano, S. (2005). *Ecuador: cuando la inestabilidad se vuelve estable*. [Fecha de consulta: noviembre 2008]. Documento electrónico disponible en <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/509/50902305.pdf>

PNUD (1997). *Reconceptualizing Governance*. Discussion Paper 2. Capítulo 1: Concepts of Governance and Sustainable Human Development. Management Development and Governance Division, Bureau for Policy and Programme Support. United Nations Development Programme. [Fecha de consulta: noviembre 2009]. Documento electrónico disponible en: <http://mirror.undp.org/magnet/Docs/!UN98-21.PDF/!RECONCE.PTU/!sec1.pdf>

PNUD (2008). *El sistema de salud en Guatemala. ¿Hacia donde vamos?* Documento electrónico disponible en: [www.desarrollohumano.org.gt](http://www.desarrollohumano.org.gt)

PNUD (2010). *Guatemala: hacia un Estado para el desarrollo humano*. Informe nacional de desarrollo humano 2009/2010.

Poggi, G. (2001). *Forms of power*. Cambridge: Polity Press.

Poulantzas, N. (1968). *Poder político y clases sociales en el Estado capitalista*. México: Siglo XXI.

Prah, J. (2005). The Changing Role of the World Bank in Global Health. *American Journal of Public Health*. Vol 95, No. 1, pp 60-70.

Prats, (2003). “El concepto y el análisis de la gobernabilidad”. *Revista Instituciones y Desarrollo* 14-15:239-269.

Prats, (2001). “Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano: marco conceptual y analítico” en *Revista Instituciones y Desarrollo*. 10:103-148.

Prensa Libre (2010). *PDH accionará contra ministerios de Salud y Finanzas*. Prensa Libre. Sección Justicia, 14 de Septiembre del 2010. Disponible en: [http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/PDH-presentara-recurso-Salud-Finanzas\\_0\\_335366704.html](http://www.prensalibre.com/noticias/justicia/PDH-presentara-recurso-Salud-Finanzas_0_335366704.html) NO ESTÁ CITADO

Prensa Libre (2003). *Ley ordena atención gratuita en hospitales*. Prensa Libre- Sección nacional, 20 de diciembre del 2003.

Santiso, C. (2001). “Good Governance and Aid Effectiveness: The World Bank and Conditionality”. *The Georgetown Public Policy Review*. Volumen 7, número 1, otoño.

Stein, E. et ál. (2006). *La política de las políticas públicas*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C.

Stein, E., et ál. (editores) (2008). *Policymaking in Latin America: How politics shape policies*. Inter-American Development Bank. Washington D.C.

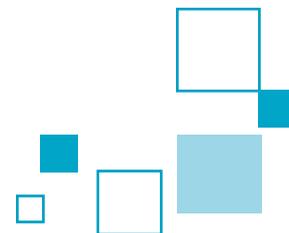
USAID/ Diálogo para la Inversión Social (2008a). “¿Quién financia el sistema de salud en Guatemala? *Análisis de Política* 1. Disponible en: [www.proyectodialogo.org](http://www.proyectodialogo.org)

USAID/ Diálogo para la Inversión Social (2008b). “¿Cómo se dirige el destino del sistema de salud en Guatemala?”. *Análisis de Política* 3. Disponible en: [www.proyectodialogo.org](http://www.proyectodialogo.org)

Vessely, A. 2004. *Governance as a multidimensional concept*. Capítulo dos de Understanding Governance: theory, measurement and practice. Prague, UK FSV CESES.

WHO (1998). *Good governance for health*. WHO/CHS/HSS98.2. World Health Organization. Geneva.

Yagenova, S. y Castañeda, M. (2008) *La protesta desde una perspectiva comparativa: El caso de las movilizaciones sociales de los médicos, maestros y personas de la tercera edad*. Cuaderno de debate No. 7. Flacso, Guatemala.



## Siglas y acrónimos

---

<b>Asíes</b>	Asociación de Investigación y Estudios Sociales
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>Cepal</b>	Comisión Económica para América Latina
<b>CESR</b>	<i>Center for Economic and Social Rights</i> (por sus siglas en inglés)
<b>CIIDH</b>	Centro Internacional para Investigaciones en Derechos Humanos
<b>Cocode</b>	Consejo Comunitario de Desarrollo
<b>Codede</b>	Consejo Departamental de Desarrollo
<b>Comude</b>	Consejo Municipal de Desarrollo
<b>Coned</b>	Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales de Extensión de Cobertura
<b>CONGCOOP</b>	Coordinación de Organizaciones No Gubernamentales y Cooperativas
<b>Icefi</b>	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
<b>IGSS</b>	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
<b>MSPAS</b>	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>Segeplan</b>	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
<b>USAID</b>	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (por sus siglas en inglés)
<b>WHO</b>	Organización Mundial de la Salud (por sus siglas en inglés)