

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA



**EL RESULTADO DE LA COOPERACIÓN
INTERNACIONAL EN LA AMPLIACIÓN DE
COBERTURA EN SALUD EN LAS COMUNIDADES
MÁS DESPROTEGIDAS DE GUATEMALA
EL APOORTE DE USAID EN NAHUALÁ, SOLOLÁ**

CLAUDIA YESENIA SOLÍS MÉRIDA

GUATEMALA, ABRIL DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA**

**EL RESULTADO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN LA
AMPLIACIÓN DE COBERTURA EN SALUD EN LAS COMUNIDADES MÁS
DESPROTEGIDAS DE GUATEMALA**

EL APOORTE DE USAID EN NAHUALÁ, SOLOLÁ

TESIS

**Presentada al Honorable Consejo Directivo de la
Escuela de Ciencia Política
de la Universidad de San Carlos de Guatemala**

Por

CLAUDIA YESENIA SOLÍS MÉRIDA

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADA EN RELACIONES INTERNACIONALES

y el título profesional de

INTERNACIONALISTA

Guatemala, abril de 2012

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

RECTOR MAGNÍFICO

Lic. Carlos Eduardo Gálvez Barrios

SECRETARIO GENERAL

Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo

CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA

| | |
|-------------|-------------------------------------|
| DIRECTORA: | Licda. Geidy Magali de Mata Medrano |
| VOCAL I: | Licda. Mayra Villatoro del Valle |
| VOCAL II: | Lic. Juan Carlos Guzmán Morán |
| VOCAL III: | Lic. Jorge Luis Zamora Prado |
| VOCAL IV: | Br. Maylin Valeria Montufar Esquina |
| VOCAL V: | Br. Román Castellanos Caal |
| SECRETARIO: | Lic. Marvin Norberto Morán Corzo |

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL DE GRADO

| | |
|--------------|--|
| COORDINADOR: | Lic. Carlos Enrique Villatoro González (+) |
| EXAMINADOR: | Lic. Alfonso René Ortiz Sobalvarro |
| EXAMINADOR: | Lic. Mario Augusto Castro Orantes |
| EXAMINADOR: | Lic. César Augusto Agreda Godínez |
| EXAMINADOR: | Dr. Arturo Díaz Córdova |

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN PÚBLICO DE TESIS

| | |
|--------------|-------------------------------------|
| DIRECTORA: | Licda. Geidy Magali De Mata Medrano |
| SECRETARIO: | Lic. Marvin Norberto Morán Corzo |
| COORDINADOR: | Lic. Francisco José Lemus Miranda |
| EXAMINADOR: | Lic. Juan Carlos Guzmán Morán |
| EXAMINADOR: | Lic. Marcio Palacios Aragón |

Nota: "Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas en la tesis" (Artículo 74 Reglamento de Evaluación y Promoción de Estudiantes de Ciencia Política)

**Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencia Política**

ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:

Guatemala, veintiséis de enero del dos mil diez-----

**ASUNTO: La estudiante: CLAUDIA YESENIA SOLIS MERIDA,
Carnet No. 199818262 inicia trámite para la REALIZACIÓN
DE SU EXAMEN DE TESIS**

1. Se admite para su trámite el memorial correspondiente y se dan por acompañados los documentos mencionados. 2. Se traslada al (a) Coordinador (a) de la Carrera correspondiente Lic. Francisco Lemus Miranda, para que acepte el tema de Tesis planteado. 3. El resto de lo solicitado téngase presente para su oportunidad.

Atentamente,

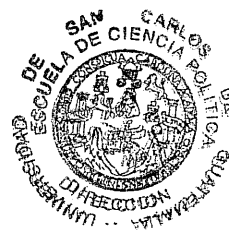
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
DIRECTORA

Se envía el expediente completo.

myda

1/



Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencia Política

Guatemala, 28 de enero del 2010

Licenciada
Geidy Magali De Mata, **Directora**
Escuela de Ciencia Política

Estimada Licenciada De Mata:

Por medio de la presente me permito informarle que, verificados los registros de Tesis de la Escuela, el tema: **"EL RESULTADO DE LA COOPERACION INTERNACIONAL EN LA AMPLIACION DE COBERTURA EN SALUD EN LAS COMUNIDADES MAS DESPROTEGIDAS DE GUATEMALA. EL APOORTE DE USAID EN NAHUALA, SOLOLA"**, presentado por el (la) estudiante **CLAUDIA YESENIA SOLIS MERIDA, Carné No. 199818262** puede autorizarse dado que el mismo no tiene antecedentes previos en nuestra Unidad Académica.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Lic. Francisco Lemus Miranda
Coordinador Area Relaciones Internacionales

Se regresa expediente completo.

c.c.: Archivo
myda.

2



**Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencia Política**

ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:
Guatemala, dos de febrero del dos mil diez-----

ASUNTO: El (a) estudiante: **CLAUDIA YESENIA SOLIS MERIDA**, carnet No. **199818262**, continúa trámite para la realización del Examen de Tesis.

1. Habiéndose aceptado el Tema de Tesis propuesto, por parte de la Coordinador (a) de la Carrera, **Lic. Francisco Lemus Miranda**, pase al Coordinador de Metodología, **Lic. Jorge Arriaga** para que se sirva emitir dictamen correspondiente sobre el Diseño de Tesis.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
DIRECTORA

Se envía el expediente
c.c. Archivos
myda.
3/



**Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencia Política**

Guatemala, 5 de febrero del 2010

Licenciada
Geidy Magali De Mata Medrano
Directora, Escuela de Ciencia Política
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimada Licenciada De Mata:

Por medio de la presente me dirijo a usted con el objeto de informarle que, tuve a la vista el trabajo de Tesis del o (la) estudiante **CLAUDIA YESENIA SOLIS MERIDA, carné No. 199818262** titulado **"EL RESULTADO DE LA COOPERACION INTERNACIONAL EN LA AMPLIACION DE COBERTURA EN SALUD EN LAS COMUNIDADES MAS DESPROTEGIDAS DE GUATEMALA. EL APOORTE DE USAID EN NAHUALA."**. El (la) estudiante en referencia hizo las modificaciones y por lo tanto, mi dictamen es favorable para que se apruebe dicho diseño y se proceda a realizar la investigación.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Jorge Arriaga
Coordinador Area de Metodología




ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, Guatemala a los seis días del mes de febrero del dos mil diez.-----

ASUNTO: el (la) estudiante **CLAUDIA YESENIA SOLIS MERIDA**, Carnet No. **199818262** continúa trámite para la realización de su Examen de Tesis.

1. Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del Coordinador de Metodología, pase al (la) Asesor (a) de Tesis Lic. Dennys Mira Sandoval, para que brinde la asesoría correspondiente y emita su informe.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licda. Geidy Magali De Mata Médrano
Directora

Se regresa expediente completo
c.c. archivos
myda/
5.



Guatemala 8 de febrero de 2012

Licenciada
Geidy Magalí De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política
USAC
Presente.

Estimada Sra. Directora.

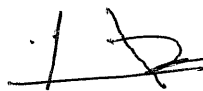
La presente comunicación tiene por objeto informarle que he procedido a asesorar y revisar el trabajo de investigación de la estudiante **Claudia Yesenia Solís Mérida** carnet 9818262, titulado **"El resultado de la cooperación Internacional en la ampliación de cobertura en salud en las comunidades más desprotegidas de Guatemala: El aporte de USAID en Nahualá, Sololá"**, el cuál presenta como requisito académico previo a obtener el título de Internacionalista en el grado de Licenciatura.

Al respecto, el trabajo presenta un serio esfuerzo de investigación en el ámbito de la Cooperación Internacional al Desarrollo, en particular el papel que la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos desempeñó en el municipio de Nahualá, en el aspecto de la cobertura en salud.

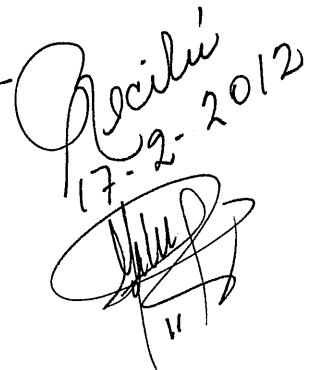
Por lo anterior, me permito manifestarle que los planteamientos desarrollados en la investigación, son un aporte importante al estudio de la problemática mencionada, particularmente, a la luz de los llamados Objetivos del Milenio, que hoy por hoy están determinando las Relaciones Internacionales en el área del Desarrollo. Por tal virtud, me es grato comunicarle que el informe de investigación presentado por la estudiante **Solís Mérida** cumple las cualidades y requisitos necesarios para ser presentado como Tesis de Graduación.

Sin otro particular, me suscribo de Usted con las muestras de mi más alta consideración.

Atentamente



Lic. Dennys Mira
Asesor de Tesis



Recilia
17-2-2012

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencia Política

ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Guatemala, diecisiete de febrero del dos mil doce.-----

ASUNTO: el (la) estudiante **CLAUDIA YESENIA SOLIS MERIDA**, carnet No. **199818262**, continúa trámite para la realización de su examen de Tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del (la) Lic. Dennys Mira Sandoval en su calidad de Asesor de Tesis, pase al (la) Lic. Francisco José Lemus Miranda, para que proceda en su calidad de Coordinador (a) de la Carrera de Relaciones Internacionales a conformar el Tribunal que escuchará y evaluará la defensa de tesis, según el artículo 70 del Normativo de Evaluación y Promoción de estudiantes de la Escuela de Ciencia Política.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
DIRECTORA

Se regresa expediente completo
c.c. Archivos
myda
6/



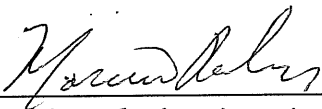


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIA POLITICA
COORDINACION AREA RELACIONES INTERNACIONALES.


ACTA DE EVALUACION DE TESIS
(Licenciatura en Relaciones Internacionales)

En la ciudad de Guatemala, el día veinticuatro de febrero del dos mil doce, se realizó la Lectura y Defensa de tesis de CLAUDIA YESENIA SOLIS MERIDA, Carné No. 199818262, titulada: "EL RESULTADO DE LA COOPERACION INTERNACIONAL EN LA AMPLIACION DE COBERTURA EN SALUD EN LAS COMUNIDADES MAS DESPROTEGIDAS DE GUATEMALA. EL APOORTE DE USAID EN NAHUALA, SOLOLA". Para la Licenciatura en Relaciones Internacionales ante el Tribunal conformado por: Lic. Marcio Palacios Aragón, Lic. Juan Carlos Guzmán Morán y Lic. Francisco José Lemus Miranda como Coordinador del Area de Relaciones Internacionales, habiendo evaluado y escuchado el informe de investigación del (la) sustentante, consideran que el mismo contiene las cualidades necesarias para un trabajo de tesis, por lo tanto, el dictamen es de APROBADO (A).

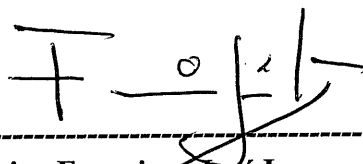
"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Lic. Marcio Palacios Aragón



Lic. Juan Carlos Guzmán Morán



Lic. Francisco José Lemus Miranda
Coordinador Area de Relaciones Internacionales

myda/

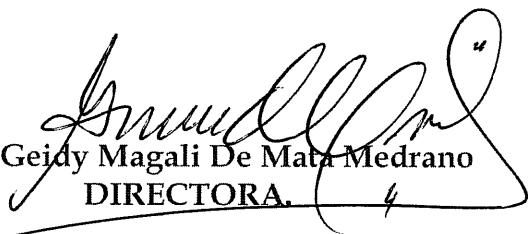


ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Guatemala, veintiséis de marzo del dos mil doce.-----

Con vista en los dictámenes que anteceden, autorizo la impresión del trabajo de Tesis del (la) estudiante: CLAUDIA YESENIA SOLIS MERIDA, Carné No. 199818262, titulado: EL RESULTADO DE LA COOPERACION INTERNACIONAL EN LA AMPLIACION DE COBERTURA EN SALUD EN LAS COMUNIDADES MAS DESPROTEGIDAS DE GUATEMALA. EL APOORTE DE USAID EN NAHUALA, SOLOLA”.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
DIRECTORA.

Se envía el expediente
c.c. Archivos
myda.
7/



DEDICATORIA

A Dios:

Por bendecirme con su gracia y con su inmenso amor todos los días de mi vida.

A mis padres Walter Solís (QEPD) y Norma Mérida:

Con todo mi amor y agradecimiento por el apoyo incondicional que nos han brindado a mí y a mi hermana. Que sea ésta una pequeña recompensa a todo su trabajo, sacrificio y confianza.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------------|
| INTRODUCCIÓN | <i>i</i> |
| | |
| CAPÍTULO I | 1 |
| ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN | 1 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.2 OBJETIVOS | 3 |
| 1.2.1 Objetivo General:..... | 3 |
| 1.2.2 Objetivos específicos:..... | 4 |
| 1.3 PLANTEAMIENTO DE INTERROGANTE | 4 |
| 1.4 ESTRATEGIA METODOLÓGICA | 4 |
| 1.5 FUNDAMENTOS TEÓRICOS | 4 |
| 1.6 TEORÍAS DE LAS RELACIONES INTERNACIONALES..... | 6 |
| 1.7 COOPERACIÓN INTERNACIONAL | 10 |
| 1.8 TIPOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL..... | 10 |
| 1.8.1 La Cooperación Económica-Financiera | 10 |
| 1.8.2 La Cooperación Técnica y Científica..... | 11 |
| 1.8.3 La Cooperación Educativo-Cultural..... | 12 |
| 1.9 ANTECEDENTES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN GUATEMALA..... | 12 |
| 1.10 LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA GUATEMALA..... | 14 |
| 1.11 PRINCIPALES ACTORES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL..... | 15 |
| 1.11.1 Grupo G13..... | 16 |
| 1.11.2 Grupo Sur-Sur..... | 16 |
| 1.11.3 Sistema de las Naciones Unidas | 16 |
| 1.11.4 Fuentes bilaterales y multilaterales..... | 17 |
| 1.12 LA COOPERACIÓN DE LA USAID EN GUATEMALA..... | 17 |
| 1.12.1 La USAID en Guatemala..... | 17 |
| 1.12.2 Los objetivos globales de la cooperación de USAID..... | 19 |
| 1.13 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE GUATEMALA | 21 |
| 1.14 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO..... | 22 |
| 1.15 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN GUATEMALA | 24 |

| | |
|---|-----------|
| CAPÍTULO II | 25 |
| EL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA | 25 |
| 2.1 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD | 25 |
| 2.2 PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA..... | 27 |
| 2.3 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, ACUEROS DE PAZ Y SALUD EN GUATEMALA..... | 33 |
| 2.4 LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA | 35 |
| | |
| CAPÍTULO III | 39 |
| LA COOPERACIÓN DE USAID EN LA AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD | 39 |
| 3.1 EL MODELO DE COOPERACIÓN | 39 |
| 3.2 LOS SERVICIOS DE SALUD EN NAHUALÁ..... | 41 |
| | |
| CAPÍTULO IV | 45 |
| ANÁLISIS DE RESULTADOS | 45 |
| 4.1 VALORACIONES CUALITATIVAS | 45 |
| 4.2 VALORACIONES TÉCNICAS | 49 |
| 4.3 PERCEPCIONES DE LA COMUNIDAD BENEFICIADA..... | 50 |
| 4.4 VALORACIONES FINALES..... | 52 |
| | |
| CONCLUSIONES | 53 |
| RECOMENDACIONES | 55 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 57 |
| GLOSARIO..... | 61 |
| ANEXOS..... | 65 |

INTRODUCCIÓN

Partiendo de la premisa que vivimos cada día en un mundo más interdependiente y por ende más complejo, la presente investigación: *“El resultado de la cooperación internacional en la ampliación de cobertura en salud en las comunidades más desprotegidas de Guatemala. El aporte de USAID en Nahualá, Sololá”*, tiene como objetivo estudiar desde la perspectiva de las relaciones internacionales, el entorno de la cooperación internacional y mostrar cómo se ha desarrollado y transformado en nuestro país, específicamente en el tema de salud, a partir de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y del establecimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para ser alcanzados en el año 2015.

En el contenido de esta tesis, se identifican los elementos teóricos metodológicos que dan pie a la presente investigación, Primero, se aporta una secuencia teórica conceptual de los paradigmas de las relaciones internacionales y de la cooperación internacional, desde la perspectiva del paradigma de la sociedad mundial, marco en el que se estudia la cooperación que el Gobierno de los Estados Unidos brinda a los países en vías de desarrollo. La parte metodológica se basa en el método de observación no participante, el análisis empírico, la técnica de entrevistas estructuradas y de grupo focal, lo cual permitió obtener resultados cualitativos respecto al problema objeto de estudio.

Para profundizar en la temática de esta investigación, se hace una descripción general del sistema de salud de Guatemala, especialmente del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) el cual es apoyado en parte, con recursos financieros por parte del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica para incrementar la cobertura de los servicios de salud en las poblaciones más postergadas del país.

Finalmente se analiza el resultado de la cooperación estadounidense en el municipio de Nahualá, departamento de Sololá, otorgada por medio de una

donación de la Agencia Internacional para el Desarrollo del Pueblo de los Estados Unidos de Norteamérica (USAID) al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para llevar hacia ese lugar servicios básicos de salud.

CAPÍTULO I

ASPECTOS METODOLÓGICOS Y TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Guatemala es uno de los países de América Latina que más alejado está de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) establecidos por las Naciones Unidas. Las políticas públicas impulsadas por los diferentes Gobiernos de la era democrática (1986-2010) no han sido suficientes para reducir los niveles de pobreza que afectan al 52 por ciento de sus habitantes, y tampoco para disminuir las tasas de desnutrición y mortalidad materno-infantil.

En Centroamérica, Guatemala tiene la tasa de mortalidad infantil más alta, y la tercera mayor en América Latina, solo superada por Haití y Bolivia: 39 de cada 1.000 niños nacidos vivos, mueren en este país como consecuencia de enfermedades prevenibles en condiciones adecuadas, pero fatales en regiones donde se carecen de servicios básicos de salud. (ENSMI, 2002)

La tasa de mortalidad materna es también una de las más altas de la región: 153 mujeres mueren por cada 100.000 nacidos vivos; y sólo el 41 por ciento de los partos son atendidos por personal calificado. Pese a ello, la tasa de fecundidad del país (4,4 hijos por mujer), es una de las más altas en América Latina. (2002)

En materia de desnutrición infantil, Guatemala es el país más rezagado de América Latina y el Caribe. El 49 por ciento de los niños menores de cinco años a nivel nacional padece de desnutrición crónica, y el 2,9 por ciento de desnutrición severa. En las zonas rurales, habitadas mayoritariamente por población indígena, donde se concentran los más altos niveles de pobreza y pobreza extrema, la desnutrición alcanza al 69 por ciento de los niños.

En los Acuerdos de Paz suscritos en diciembre de 1996 entre el gobierno y la antigua guerrilla, los cuales pusieron fin a una guerra interna de 36 años (1960-1996), el Estado guatemalteco se comprometió a elevar el gasto destinado a la salud pública, de 0,92 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) del país establecido en ese año, a 1,32 por ciento para 2002. Para ese año, aunque el cumplimiento no había sido completo, la inversión en materia de salud pública se había elevado al 1,30 por ciento del PIB. Sin embargo, ese monto ha sido insuficiente para cubrir las necesidades básicas de salud de la población.

Antes de 1997, los niveles básicos de atención médica en el país eran cubiertos únicamente por 860 puestos de salud, los cuales no se daban abasto para atender a toda la población. Para revertir esa situación, en los Acuerdos de Paz, específicamente en el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, en su inciso B "Salud", el Estado asumió el compromiso de realizar una completa reestructuración del Sistema Nacional de Salud, (SEPAZ, 1997) en cumplimiento de lo establecido en la Constitución Política de la República que obliga al Estado a prestar servicios de salud básica a toda la población. En base a ello, en 1998 el Congreso de la República aprobó un Código de Salud, en el que se ordena la reestructuración del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), y se establecen los mecanismos para ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud y mejoramiento de la gestión hospitalaria.

Para ampliar la cobertura de los Servicios Básicos de Salud (SBS) en los lugares postergados y sin acceso a los servicios tradicionales, el MSPAS a partir de 1997 implementó un modelo de extensión de cobertura en las regiones más desprotegidas del país, para garantizar el acceso al primer nivel de atención médica a toda la población. Bajo este modelo, que mayoritariamente ha sido financiado por la comunidad internacional, se han suscrito convenios con más de 100 organizaciones no gubernamentales (ONG), asociaciones civiles y cooperativas, las cuales se han encargado de prever de SBS a más de tres millones de personas. La implementación de este modelo, según las mediciones del MSPAS ha sido exitosa, pero por falta de recursos financieros no ha logrado

generalizarse a nivel nacional, por lo que aún hay 2,5 millones de personas del área rural del país, que aún no cuentan con SBS.

La ayuda financiera de la cooperación internacional ha sido trascendental para el desarrollo de este modelo de extensión de cobertura de salud. Diversos gobiernos, organismos y agencias internacionales de cooperación, comprometidos con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas y el combate a la pobreza en países en vías de desarrollo como Guatemala, han contribuido con importantes aportes técnicos y financieros para reducir los índices negativos de salud que históricamente ha padecido el país. Entre las muchas necesidades de ayuda que presenta Guatemala, la cobertura de los servicios de salud a nivel nacional ha sido una prioridad de la cooperación internacional.

En este caso particular, el apoyo de la Agencia Internacional para el Desarrollo del Pueblo de los Estados Unidos de Norte América (USAID), se circunscribe en el marco del apoyo acordado por la comunidad internacional hacia los países en vías de desarrollo dentro del Efecto 4 del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) acordado con el Gobierno de Guatemala “Aumento de la cobertura, el acceso y la calidad de los servicios sociales básicos, prestando especial atención a las personas en situación de mayor desventaja”. (UNDAF, 2006)

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General:

a) Determinar el resultado de la cooperación internacional brindado por la Agencia para el Desarrollo Internacional del Pueblo de los Estados Unidos de Norte América en el Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el municipio de Nahualá, Sololá.

1.2.2 Objetivos específicos:

a) Describir los criterios de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Pueblo de los Estados Unidos de Norte América para la financiación de los proyectos de combate a la pobreza en Guatemala; b) Explicar la importancia de la cooperación internacional en la prestación de los servicios de salud en Guatemala.

1.3 PLANTEAMIENTO DE INTERROGANTE

¿Ha sido efectivo el apoyo financiero de la cooperación internacional en la ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud en el municipio Nahualá del departamento Sololá?

1.4 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Esta investigación es un estudio basado en el método de observación no participante, ya que la población de estudio no forma parte de esta investigación, y se basó en la observación y análisis desde afuera para comprobar la realidad planteada en el problema objeto de estudio. Sin embargo, para conocer las percepciones de la población objeto de estudio sobre el efecto de la cooperación internacional en la ampliación de los servicios básicos de salud, se realizó un ejercicio de consulta por medio de la técnica del grupo focal entre ocho mujeres, madres de niños en edad de lactancia, habitantes de Nahualá y usuarias de esos servicios. Por aparte, los expertos contribuyeron al análisis e interpretación del fenómeno estudiado. En la investigación se estudió el período comprendido entre enero a diciembre 2007, en Ciudad Guatemala en donde se realizó toda la investigación documental.

1.5 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

A través de la interpretación y análisis de las teorías de la cooperación internacional y los paradigmas de las relaciones internacionales dentro del contexto de los permanentes cambios en el escenario internacional, es posible definir los criterios políticos que la cooperación internacional, en este caso, la del

gobierno de los Estados Unidos de Norte América, otorga para países en vías de desarrollo como Guatemala, en su permanente lucha por desterrar la pobreza.

Desde la perspectiva histórica, se aborda el concepto de cooperación internacional a partir de lo que al respecto establecen las teorías contemporáneas de las relaciones internacionales, principalmente la teoría del desarrollo y el significado político de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas, para avanzar en el desarrollo mundial.

En ese marco, es importante destacar el apoyo que la cooperación internacional, principalmente la otorgada por los Estados Unidos, ha brindado a Guatemala para reducir los altos índices de insalubridad que padece su población como consecuencia de la pobreza y la exclusión, bajo la premisa de que sin adecuados servicios de salud, educación y seguridad alimentaria, el país no podrá alcanzar el desarrollo económico y social que necesita para alcanzar los ODM.

“Guatemala tiene uno de los peores indicadores de salud primaria en América Latina. Los Acuerdos de Paz incluyen la restructuración del sistema de salud, mayores recursos, mejoras en el área rural, y un mayor énfasis en las estrategias preventivas. Sin embargo, los avances han sido modestos y la desnutrición, la mortalidad infantil y las enfermedades infecciosas como el VIH-Sida, aún presentan grandes desafíos” (Comisión Europea, 2007).

La política exterior, y por lo tanto las relaciones internacionales y la cooperación internacional “deben ser instrumentos para las necesidades internas, así como para ayudar en la ubicación, en el modo y en la inserción internacional en el nuevo siglo” (Cardona, 2005). Es decir que deben aportar, desde las posibilidades particulares de cada Estado, al desarrollo de otros que por razones históricas y políticas no han logrado alcanzar niveles de bienestar satisfactorios para sus poblaciones.

Además, “una verdadera cooperación internacional en términos de corresponsabilidad, es el camino viable para una convivencia armoniosa entre las

unidades del sistema internacional que cada día es más interdependiente” a partir de la globalización que, como fenómeno político y económico, ha incrementado esa interdependencia y por consiguiente la pobreza y desigualdad entre las naciones. (Ripoll, 2007)

1.6 TEORÍAS DE LAS RELACIONES INTERNACIONALES

Las relaciones internacionales se refieren a la interacción que se genera entre individuos y colectividades humanas (Del Arenal, 1990) “que en su génesis y su eficacia no se agotan en el seno de una comunidad diferenciada y considerada como un todo, que fundamentalmente es la comunidad política o un Estado, sino que trasciende sus límites”. Dicho en otras palabras, es “la ciencia que se ocupa de la sociedad internacional”.

El estudio de las relaciones internacionales se ha establecido a partir de cuatro paradigmas específicos de los cuales se desprenden los fundamentos básicos de los enfoques de análisis: idealista, realista, marxista o de la dependencia, y globalista o de la interdependencia (Pearson, 2003).

Dentro de las relaciones internacionales varias teorías han evolucionado debido a los cambios en la realidad mundial. En ese sentido, se aborda el tema de la cooperación internacional y sus principales contribuciones teóricas, con el objetivo de analizar sus alcances y limitaciones.

El paradigma realista e idealista de las relaciones internacionales tienen sus raíces intelectuales en la vieja filosofía política occidental. El surgimiento de las relaciones internacionales se encuentra en la antigüedad, pero es hasta el siglo XX a partir de la Primera Guerra Mundial cuando se le da el carácter de disciplina científica.

Uno de los primeros exponentes del realismo fue Tucídides. Para este pensador, los actores importantes son las entidades organizadas en territorios, siendo la premisa fundamental, es que los estados buscan el poder y buscan sus

intereses en función de éste y tienden a crear alianzas en situaciones de conflicto (Jiménez, 2003).

En la edad moderna europea, el realismo político alcanza todo su esplendor con Nicolás Maquiavelo, a quien se le considera como el fundador del análisis moderno del poder y del sistema de los estados-nación.

Al igual que el realismo en la teoría de las relaciones internacionales, el idealismo tiene sus orígenes en la vieja filosofía política. Uno de los principales pensadores de este paradigma es Aristóteles. Para los idealistas, la premisa es la persecución de la paz.

Desde sus orígenes, los idealistas rechazaron la idea de que los conflictos eran una condición natural de las relaciones entre los estados y que solo podían ser superados mediante el equilibrio de políticas de poder y la formación de alianzas en contra de las naciones que amenazaran el orden mundial.

Desde el siglo XIX, la concepción del idealismo se sustenta en el fortalecimiento de la paz, a través del orden natural, la armonía de intereses en la política internacional y en las relaciones económicas, la interdependencia de los estados y la autodeterminación. A principios del siglo XX, con el fin de evitar la guerra, los idealistas exigían la construcción de un nuevo orden mundial manejado por un organismo internacional capaz de regular la anarquía.

Según la concepción realista, un sistema anárquico supone la falta de una autoridad centralizada, lo que acrecienta la competencia y el poder y vuelve muy difícil la cooperación entre entidades porque lo que hay es un sistema de autoayuda que parte de la autonomía estatal en su actuación en la escena mundial.

A diferencia de la concepción realista, el idealismo estima que la interdependencia económica conlleva a la cooperación y la paz. Sin embargo, el nuevo orden internacional ha dado un replanteamiento en los paradigmas de las relaciones internacionales, en ese sentido, para el liberalismo es importante

instaurar mecanismos de cooperación internacional para amortiguar los efectos de la anarquía mundial y reducir los conflictos entre las naciones.¹ La etapa más destacada del pensamiento liberal fue el período entre guerras cuando influyó en los dirigentes políticos y en la opinión pública. Es hasta el fin de la Guerra Fría cuando esta teoría tiene un resurgimiento, además de concebir en la cooperación una oportunidad de transformar a los Estados y al sistema internacional.

Por otra parte, surge la corriente neoliberal, siendo uno de sus principales alcances la idea de considerar que la política internacional no se refiere exclusivamente a los estados, sino le da importancia a otros entes, como los grupos de interés, la sociedad civil, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

Por otro lado, el paradigma de la sociedad mundial en las relaciones internacionales se basa en la contribución de los países desarrollados hacia las naciones en vías de desarrollo, no necesariamente para que éstas alcancen los mismos niveles de desarrollo e industrialización, sino para paliar los altos índices de desigualdad y pobreza que generan crisis sociales y políticas a nivel nacional y regional, las cuales pueden estallar en conflictos internacionales que perjudiquen los intereses del status quo mundial.

A pesar de que el mundo se ha transformado enormemente desde la década de los setenta, cuando se desarrolló el paradigma de la sociedad mundial, las naciones pobres, principalmente las de América Latina y el Caribe y África, no han obtenido estabilidad política ni fortalecido sus democracias y sus sistemas económicos, debido fundamentalmente a los altos niveles de pobreza y la dependencia hacia las grandes potencias mundiales.

Según los principales postulados de este paradigma, el mundo actual está caracterizado por el creciente fenómeno de la interdependencia y de la cooperación, y se ha transformado realmente en una sociedad mundial (Del

¹ Desde sus orígenes en el siglo XVI, el pensamiento liberal en las relaciones internacionales fue influido por el idealismo, por ello se le ha caracterizado como una forma idealista.

Arenal, 1999). Ese fenómeno ha suscitado nuevas necesidades y demandas y ha dado lugar a la aparición de valores e intereses comunes al conjunto de esa sociedad mundial.

Las relaciones internacionales no se corresponden exclusivamente en el modelo del conflicto permanente que postula el paradigma realista, “sino que responde a un modelo basado más en factores culturales, tecnológicos y económicos que estrictamente políticos” (Del Arenal, 1999).

En ese sentido, uno de los más importantes cambios ha sido el debilitamiento del papel y el significado del Estado, como una entidad soberana y como estructura capaz de garantizar el bienestar y seguridad de sus ciudadanos, y la aparición de nuevos actores, tanto intergubernamentales como no gubernamentales, de las relaciones internacionales, que por su acción transnacional, tienden a limitar aún más el margen de maniobra de los Estados. Es decir que el sistema internacional ha perdido el carácter estatocéntrico que destaca el paradigma realista.

En consecuencia, ha desaparecido la tradicional distinción y separación entre la esfera interna y la esfera internacional. El fenómeno de la interdependencia y la necesidad de atender a las demandas de desarrollo económico y social han obligado al Estado a abrirse cada vez más al exterior, lo que ha acrecentado aún más esta interdependencia y restringido su margen de autonomía. Todo ello hace que ya no sea posible separar la política interna y la política internacional y que el comportamiento internacional del Estado no pueda explicarse en términos exclusivamente políticos y militares.

A partir de esos postulados, se sostiene que la cooperación internacional de los Estados Unidos de Norte América hacia los países en vías de desarrollo, se inscribe dentro del paradigma de la sociedad mundial, ya que, como se plantea en esta investigación, el aporte técnico y financiero que USAID otorga a Guatemala en materia de salud, contribuye a paliar la situación de salud del país, y a la vez presiona al Estado para que asuma sus responsabilidades constitucionales de

garantizar la prestación de los servicios básicos de salud a todos los guatemaltecos, principalmente a las poblaciones indígenas habitantes de las áreas rurales, las más afectadas por la pobreza y la desigualdad que caracterizan a este país.

1.7 COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La cooperación internacional representa un esfuerzo conjunto explícitamente concertado entre dos o más países en la búsqueda de objetivos de interés común. El origen de la cooperación internacional, tal como la entendemos hoy, se ubica en los años siguientes a la segunda guerra mundial, con el primer gran programa oficial de cooperación ofrecido por los Estados Unidos de América para la reconstrucción de Europa, conocido como Plan Marshall. Una vez concluido este, la cooperación se dirigió a disminuir las crecientes diferencias económicas entre los países industrializados y el tercer mundo. Nace entonces la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). En los años cincuenta y sesenta, los países de mayor crecimiento económico acordaron destinar el 1% de su PIB a las naciones pobres y crear instituciones de soporte y administradoras de dichos recursos. En este período la cooperación tuvo un carácter eminentemente asistencialista, centrada en la ayuda alimentaria y de emergencia. La transferencia de recursos asumía generalmente la forma de donaciones, colocando a los países en desarrollo como receptores pasivos (García, 1993).

1.8 TIPOS DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL

En la cooperación internacional se distinguen tres grupos fundamentales:

1.8.1 La Cooperación Económica-Financiera

Este tipo de cooperación se refiere a toda transferencia concedida para la financiación de actividades orientadas al desarrollo del país receptor y se canaliza bajo la forma de recursos financieros transferidos desde los países donantes o beneficiario (OECD, 2010).

Pueden ser otorgados a través de créditos blandos tanto para apoyar la realización de proyectos de larga duración como para acciones contingentes de equilibrio de balanza de pagos.

Por las obligaciones contractuales propias de sus operaciones, la cooperación económica-financiera cae en las competencias de los Ministerios de Finanzas y en ocasiones en el campo de acción de los Bancos Centrales. Las fuentes más importantes de este tipo de cooperación son los organismos financieros multilaterales, como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y a nivel bilateral gobiernos de países como Japón, Estados Unidos, Alemania, Francia, Gran Bretaña y España.

1.8.2 La Cooperación Técnica y Científica

La cooperación técnica y científica puede definirse como el flujo de recursos técnicos, conocimientos, habilidades, experiencias, información especializada, innovaciones científicas y tecnológicas que coadyuvan a resolver problemas específicos y a fortalecer las capacidades nacionales científicas y tecnológicas, de acuerdo con la estrategia de desarrollo económico y social de cada país.

La también llamada cooperación no reembolsable puede ser de tipo bilateral (cooperación entre dos países), trilateral o de terceros países (cooperación entre tres o más países) y multilateral (cooperación de países con organismos internacionales).

Cuando se trata de intercambio de experiencias en acciones propias de gobiernos, la cooperación técnica constituye el único medio para llevarlas a cabo.

Es importante subrayar que la realización de proyectos de cooperación técnica siempre tiene un costo, el cual se comparte, en diferentes proporciones, entre las entidades participantes. No obstante no se debe perder de vista que la solución de determinados problemas o la transferencia de tecnología siempre resultará más ventajosa en su costo que las realizadas a través de medidas convencionales y que, la interacción del personal local con expertos de otras

latitudes viene a ser un medio para incrementar el acervo técnico de las instituciones.

1.8.3 La Cooperación Educativo-Cultural

Se define como el flujo de conocimientos educativos y culturales que intercambian los diferentes países y organismos internacionales, a través de cursos y eventos internacionales sobre materias específicas.

La cooperación educativo-cultural busca dotar de nuevos conocimientos a técnicos y profesionistas por medio de su participación en cursos cortos y de larga duración, postgrados, congresos, conferencias y demás eventos internacionales, lo cual permite a la Institución y por ende al País su desarrollo, adopción y respaldo tecnológico.

1.9 ANTECEDENTES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN GUATEMALA

La cooperación internacional en Guatemala se intensificó a partir de la firma de los Acuerdos de Paz suscritos entre el Gobierno y la insurgencia agrupada en la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG), los cuales pusieron fin a un conflicto armado de 36 años (1960-1996), el cual se cobró la vida de más de 200.000 personas (CEH, 1999). Los Acuerdos de Paz, que fueron negociados con el apoyo de la comunidad internacional y la mediación de las Naciones Unidas, constituyeron en su momento la “hoja de ruta” para el despegue del desarrollo del país.

Previa a esa etapa, la cooperación internacional se centró en mero asistencialismo y ayuda humanitaria, principalmente a partir del terremoto que azotó a Guatemala el 4 de febrero de 1976. Los Estados Unidos y algunos países europeos otorgaron importantes aportes para la reconstrucción de las zonas devastadas por el fenómeno natural, pero sin que existiera una estrategia concreta de parte del Estado guatemalteco para aprovechar la ayuda internacional.

En el contexto del conflicto armado, por razones de estrategia geopolítica, la cooperación de los Estados Unidos, y algunos países aliados a Washington, como Taiwán e Israel, se dirigió principalmente hacia la capacitación en tácticas militares contrainsurgentes y dotación de armamento al Ejército guatemalteco, con el objetivo de exterminar a las facciones guerrilleras. El Estado guatemalteco, por su parte, también privilegió la inversión de sus propios recursos en el gasto militar, dejando por un lado las necesidades básicas de la población relacionadas con salud, educación y empleo, lo que profundizó los niveles de pobreza que históricamente ha padecido el país.

Previo a la finalización del conflicto armado, en diciembre de 1996, y debido a la condena internacional hacia el Estado guatemalteco por las múltiples violaciones a los derechos humanos de la población civil no combatiente, la ayuda de la cooperación, principalmente de Europa y algunas naciones latinoamericanas, se enfocó hacia la atención a las poblaciones desarraigadas de sus comunidades que buscaron refugio en México y Honduras, así como a las comunidades afectadas por la represión gubernamental (Molares, 2007).

Puede afirmarse que la cooperación internacional se intensificó en Guatemala a partir de la firma de los Acuerdos de Paz, como un compromiso de apoyo de la comunidad internacional para el cumplimiento de éstos, la consolidación de la paz, la construcción y fortalecimiento de la democracia, el combate a la pobreza y la desigualdad, y el desarrollo nacional en general.

El apoyo a la agenda de la paz de Guatemala se consolidó a partir del año 2000, con la aprobación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, y más tarde con la Declaración de París (2005) que definió los mecanismos para hacer más eficaz y eficiente la cooperación de los países desarrollados hacia los países en vías de desarrollo.

1.10 LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA GUATEMALA

La cooperación internacional se entiende como “un mecanismo de apoyo técnico, financiero y político proporcionado por los países cooperantes, y organismos multilaterales especializados para que Guatemala alcance un desarrollo sostenido y sustentable en los escenarios económico, social, financiero, comercial, administrativo y del medio ambiente, dentro de una democracia participativa” (Segeplan, 2011). La cooperación internacional se lleva a cabo por medio de instituciones bilaterales o pertenecientes a los países industrializados, con organismos multilaterales (como la Organización de las Naciones Unidas y el Banco Mundial), con capital multinacional gubernamental y con el apoyo de gobiernos de países en desarrollo. La cooperación debe ser congruente con las políticas del gobierno, las relaciones internacionales y la política financiera y fiscal. Además, el Gobierno de Guatemala, a través de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan), en consulta con los organismos públicos, formula e implementa las políticas y programas de gestión de la Cooperación Internacional. Los proyectos de interés común, se articulan desde la Secretaría, en donde se preparan las negociaciones con los organismos bilaterales y multilaterales, en coordinación con el Ministerio de Finanzas Públicas, el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Banco de Guatemala y las unidades ejecutoras de los proyectos.

En la actualidad, está instalada la “Mesa de Coordinación de la Cooperación Internacional”², para coordinar de manera más efectiva las relaciones entre la comunidad internacional y Guatemala e identificar, planificar y ejecutar los programas y proyectos de asistencia para el país, a través de grupos de trabajo en temas de Educación, Salud y Justicia y Seguridad.

² Se integra por el Consejo de Cooperación Internacional y por todas las agencias y organismos de cooperación internacional del G13 (cooperantes bilaterales y multilaterales).

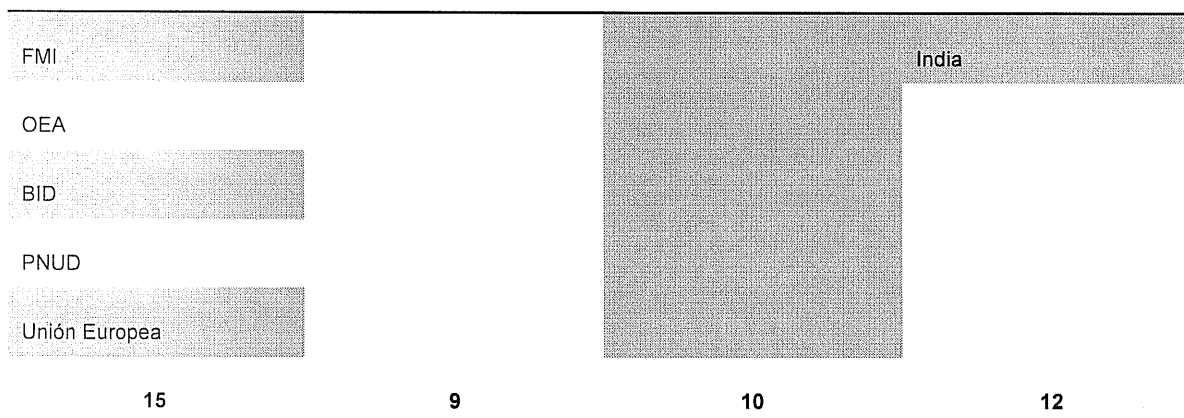
1.11 PRINCIPALES ACTORES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Los actores de la cooperación internacional pueden clasificarse según el nivel de desarrollo del país donde provienen los fondos. Por un lado, la cooperación vertical o cooperación Norte – Sur, contrastando el nivel de desarrollo económico entre el donante y el país receptor. Así mismo, se encuentra la cooperación horizontal o cooperación Sur-Sur que se da entre países con un nivel de desarrollo similar. Finalmente, la cooperación triangular, que se gestiona a través de fuentes bilaterales o multilaterales con otros países de mediano desarrollo en beneficio de otros países en menor condición de desarrollo.

En Guatemala, los entes cooperantes están agrupados, por un lado, el grupo G13 conformado por 15 entes y por otro lado, otro grupo que trabaja bajo el esquema de la cooperación Sur-Sur, y un tercero conformado por once agencias que conforman el Sistema de Naciones Unidas.

ACTORES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

| G13+2 | COOPERACIÓN SUR-SUR | SISTEMA DE NACIONES UNIDAS | OTRAS FUENTES BILATERALES Y MULTILATERALES |
|------------------|----------------------------|-----------------------------------|---|
| Alemania | Argentina | FAO | China-Taiwan |
| Canadá | Brasil | PMA | Corea |
| España | Chile | FIDA | FIDA |
| Italia | Colombia | OIM | BCIE |
| Japón | Cuba | UNESCO | OFID |
| Noruega | Ecuador | UNICEF | Israel |
| Suecia | México | UNFPA | Dinamarca |
| Países Bajos | Perú | ONU MUJERES | Suiza |
| E.E.U.U. (USAID) | Venezuela | ONUDI | Egipto |
| BM | | OPS | Rusia |



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Segeplan

1.11.1 Grupo G13

Tras el paso del Huracán Mitch en el año 1999 se estableció un mecanismo de comunicación y diálogo con los principales cooperantes que en ese entonces tenían representación en Guatemala, con el fin de reconstruir el país, estableciéndose así el Grupo de Cooperantes G-13. La estructura de este grupo se conforma por el Grupo de Diálogo integrado por Embajadores de los países miembros y Representantes de Organismos Multilaterales y por el Grupo de Coordinación de la cooperación y otros miembros en calidad de observadores.

1.11.2 Grupo Sur-Sur

Está conformado por países en condiciones similares de desarrollo, tanto como el que aporta como el que recibe. Se contrapone a la cooperación Norte-Sur que muchas veces condiciona al cumplimiento de exigencias por parte del cooperante.

La cooperación Sur-Sur se destaca especialmente en condiciones de emergencia por desastres naturales.

1.11.3 Sistema de las Naciones Unidas

Esta cooperación tiene su fundamento en el “Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo” (UNDAF, por sus siglas en inglés), orientado a apoyar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Sus áreas principales de cooperación son: medio ambiente, reducción de riesgo, a desastres, energía y agua y saneamiento, desarrollo social que abarca fundamentalmente a salud, educación y oportunidades económicas. Otra área de cooperación es el tema de gobernabilidad democrática y participación ciudadana, seguridad alimentaria y nutricional y por último, estado de derecho, justicia y seguridad.

1.11.4 Fuentes bilaterales y multilaterales

El apoyo de las fuentes bilaterales y multilaterales gira alrededor de ejes temáticos de la cooperación técnica, tales como cursos de capacitación, envío de expertos y voluntarios. Adicionalmente otorgan cooperación por medio de donaciones de equipamiento y ayuda ante desastres naturales.

1.12 LA COOPERACIÓN DE LA USAID EN GUATEMALA

1.12.1 La USAID en Guatemala

La Agencia para el Desarrollo Internacional del Pueblo de los Estados Unidos de Norte América (USAID) fue establecida por el Gobierno estadounidense en noviembre de 1961, con el objetivo de proporcionar asistencia humanitaria a los países subdesarrollados que hayan sufrido desastres naturales, así como en acompañarlos en los esfuerzos nacionales para reducir la pobreza y fortalecer sus democracias.

“USAID impulsa la paz y la estabilidad al promover el crecimiento económico, proteger la salud humana, proporcionar ayuda humanitaria de emergencia y mejorar la democracia en los países en vías de desarrollo. Estos esfuerzos para mejorar las vidas de millones de personas alrededor del mundo representan los valores de los Estados Unidos y fomentan los intereses de paz y prosperidad de dicho país” (USAID, 2009).

Por medio de la USAID, el Gobierno de los Estados Unidos inició su cooperación en Guatemala en la década de los sesenta, entre otros objetivos, para contribuir a reducir los altos niveles de desigualdad social y económica que

padece este país centroamericano, por la importancia geoestratégica y política que representa para sus intereses internacionales.

Áreas prioritarias de la Cooperación por objetivo:

- Lograr el crecimiento económico integral y el desarrollo agrícola
 - Expansión y fortalecimiento de mercados clave
 - Desarrollo agrícola y seguridad alimentaria
 - Acceso a oportunidades de desarrollo económico con equidad
- Fortalecer la democracia y la gobernabilidad
 - Respeto a la ley y los Derechos Humanos de hombres y mujeres
 - Impulso a procesos políticos competitivos y creíbles
 - Promoción del desarrollo político de la sociedad civil
 - Promoción de instituciones de gobierno más transparentes
- Construir capacidad humana a través de educación y capacitación
 - Acceso a educación básica de calidad, en especial para niñas y mujeres
 - Contribución a las instituciones educativas nacionales de alto nivel
 - Estabilizar la población mundial y proteger la salud humana
 - Reducción de embarazos no planificados y mal espaciados
 - Mejoramiento de la alimentación de niños e infantes, y mortalidad infantil reducida
 - Reducción de muertes y complicaciones de salud en mujeres relacionadas al parto
 - Reducción de transmisión, impacto y epidemias de VIH/sida
 - Reducción de la amenaza a la salud pública por enfermedades contagiosas
- Proteger el medio ambiente para la sostenibilidad a largo plazo
 - Reducción del cambio climático global
 - Conservación de la biodiversidad
 - Promoción de la urbanización sostenible
 - Incremento en la utilización de energía ambientalmente segura
 - Incremento el manejo sostenible de los recursos naturales

- Promover la ayuda humanitaria
 - Atención urgente a necesidades en tiempo de crisis
 - Restablecimiento de instituciones básicas para atender necesidades críticas, seguridad personal y Derechos Humanos básicos.

1.12.2 Los objetivos globales de la cooperación de USAID

- ✓ Lograr el crecimiento económico integral y el desarrollo agrícola
- ✓ Fortalecer la democracia y la gobernabilidad
- ✓ Construir capacidad humana a través de educación y capacitación
- ✓ Estabilizar la población mundial y proteger la salud humana
- ✓ Proteger el medio ambiente para la sostenibilidad a largo plazo
- ✓ Promover la ayuda humanitaria

Entre 1997 y 2003, USAID proporcionó a Guatemala 450 millones de dólares para financiar los esfuerzos del país en el cumplimiento de los Acuerdos de Paz en las áreas de desmovilización, bienes productivos, modernización del Estado y fortalecimiento de las capacidades humanas.

A partir de 2004, el enfoque de la cooperación de USAID para Guatemala se centró en la financiación de programas destinados al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, así como de gobernabilidad y justicia, libertad económica e inversión social y salud y educación.

Durante el período 2004-2008, el financiamiento de USAID para los programas en Guatemala contó con aportes de 192,5 millones de dólares. En el área de salud, a partir de la cooperación que USAID ha proporcionado a Guatemala en la última década, se reconocen logros importantes como el acceso a servicios básicos de salud proporcionados por medio de un centenar de ONG que trabajan de forma conjunta con el Ministerio de Salud a más de 3,5 millones de guatemaltecos, en su mayoría indígenas pobres habitantes de las zonas rurales del país, las cuales anteriormente estuvieron excluidas de los programas

nacionales de asistencia sanitaria. También se reconocen la contribución en avances importantes como la reducción de la tasa de mortalidad materna de 219 a 153 casos por cada 100.000 nacimientos vivos desde 1989 a 2008.

“USAID continúa aumentando el acceso y a mejorar la calidad de los sistema por medio de los cuales se proporcionan los cuidados de salud a mujeres y niños. La misión apoya las iniciativas para fortalecer la capacidad de las redes de cuidado de salud y mejorar la cooperación entre los varios grupos involucrados en el sistema de salud, incluyendo las comunidades locales” (USAID, 2009).

En el plan de país de USAID durante el período 2004-2009, en materia de salud, entre otros, se estableció el objetivo de aumentar el uso de servicios de calidad de salud materno infantil y de salud reproductiva en las áreas rurales de Guatemala, y específicamente el acompañamiento para aumentar las inversiones del Estado guatemalteco por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la ampliación de la cobertura de los programas de servicios básicos de salud, líneas bajo la cual se concibió e impulso el programa: “Administración de Prestadoras y Administradoras de Salud”, el cual es financiado por la USAID, administrado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y ejecutado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Es preciso anotar que la cooperación otorgada por los Estados Unidos a los países en vías de desarrollo responde más a sus intereses económicos, políticos y militares, que a los intereses de los países receptores de la ayuda. Morales (2010) señala que “los criterios aplicados para que un país sea priorizado como receptor de ayuda está condicionado por diversos intereses y orientaciones sociopolíticas de los mismos donantes”. En el caso de Guatemala es notorio que su posición geopolítica es, y ha sido a lo largo de la historia reciente, un país estratégico para los intereses de seguridad de Washington, lo cual le obliga a facilitar ciertos niveles de ayuda y cooperación para garantizar grados de dependencia política y económica.

1.13 LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE GUATEMALA

El Estado de Guatemala ha definido nueve lineamientos específicos para gestionar la cooperación internacional, con el objetivo de orientar ésta hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas, y los propios del país. Estos lineamientos, además, constituyen una agenda de prioridades para la cooperación internacional que evita la duplicidad de esfuerzos, facilita la transparencia, la rendición de cuentas y el alcance de las metas trazadas.

Lineamiento 1

Alineación de la cooperación internacional con los ODM, y con las políticas y planes del país a nivel nacional y regional

Lineamiento 2

Contribución de la cooperación internacional al fortalecimiento de las políticas macroeconómicas nacionales

Lineamiento 3

Alineación de la cooperación internacional financiera con el ciclo de planificación y presupuestación, instituciones, sistemas y procedimientos nacionales

Lineamiento 4

Amortización

Lineamiento 5

Gestión pública orientada a resultados de desarrollo en base a las políticas públicas

Lineamiento 6

Mutua responsabilidad

Lineamiento 7

Gestión de la cooperación internacional en los territorios

Lineamiento 8

Dirección, gestión, seguimiento y evaluación de la cooperación internacional

Para garantizar el cumplimiento de estos lineamientos, por medio de un Acuerdo Gubernativo decretado en 2005, el Gobierno estableció el Consejo de Cooperación Internacional, el cual es dirigido por el Presidente de la República, e integrado por los Ministros de Relaciones Internacionales y Finanzas Públicas, así como por el Secretario de Planificación y Programación de la Presidencia. De ese consejo se derivan una secretaría política y otra técnica, así como por representantes de las unidades de cooperación internacional de las diferentes instituciones del Estado. Este Consejo también es el responsable de gestionar la cooperación internacional en sus diferentes modalidades, así como de establecer las instancias de diálogo que considere necesarias con la comunidad internacional, para centralizar la ejecución de los proyectos de apoyo.

1.14 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Con el objetivo de reducir los niveles de pobreza y exclusión en que viven más de la mitad de los habitantes del planeta, por iniciativa de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los Jefes de Estado de 189 países aprobaron en 2000 la Declaración del Milenio, la cual incluyó ocho ambiciosos objetivos a cumplir en un lapso de quince años. Los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), guían, desde entonces, la cooperación de los países más ricos del mundo hacia los más empobrecidos y subdesarrollados.

-
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre
 2. Lograr la enseñanza primaria universal
 3. Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer
 4. Reducir la mortalidad infantil
 5. Mejorar la salud materna
 6. Combatir el VID-Sida, el paludismo y otras enfermedades
 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
 8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Por medio de los ODM, cuyo cumplimiento es impulsado y supervisado por la ONU, los líderes del mundo trazaron la “hoja de ruta” a través de la cual se deben encaminar todos los esfuerzos para alcanzar una vida digna y decorosa para todos los habitantes del planeta. Así como los países pobres adquirieron el compromiso de dar prioridad al cumplimiento de las metas establecidas en los ODM, las naciones ricas, además de incrementar su cooperación para con el Tercer Mundo, también asumieron los retos de generar condiciones para un comercio justo y equitativo, así como aliviar la millonaria deuda.

Para concretar el cumplimiento de los ODM, se establecieron 18 metas específicas las cuales son evaluadas de forma permanente tanto por los Estados como por las diferentes agencias de la ONU, Organizaciones No Gubernamentales e instancias de la sociedad civil, para medir los avances e identificar los obstáculos que impiden a cada país alcanzar los objetivos.

Las Metas de Milenio

-
- Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día
 - Lograr empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes
 - Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre
 - Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria
 - Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente hacia el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza hacia el año 2015
 - Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años
 - Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes
 - Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva
 - Haber tenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH-Sida
 - Lograr, para el año 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH-Sida para todas las personas que lo necesiten
 - Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves
 - Incorporar los principios de desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente
 - Reducir la pérdida de biodiversidad, para el año 2010, en una proporción significativa
 - Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento
 - Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes
-

de tugurios

- Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo
- Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio
- Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de países en desarrollo
- En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles
- En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

1.15 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO EN GUATEMALA

Un informe sobre el cumplimiento de los ODM presentado en noviembre de 2010 por la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan), identifica "importantes avances del país durante los últimos 20 años en el alcance de las Metas del Milenio. Para efectos de esta investigación, nos concretaremos en señalar los temas relacionados con los Objetivos 4 y 5, que tienen que ver con la temática de salud, específicamente en la reducción de la mortalidad infantil y mejorar la salud materna.

En ese sentido, según el informe de Segeplan, la muerte de niños de menores de un año se redujo de 73 por cada 1.000 niños nacidos vivos, en 1987, a 30 en 2008. Mientras que la muerte de niños de menos de cinco años bajó de 110 por cada 1.000 nacidos vivos a 42, durante el mismo período. Sin embargo, el documento advierte que Guatemala aún duplica el promedio de la tasa de mortalidad infantil de América Latina, que entonces se situaba en 20,4%, y se ubicada como la más alta de Centroamérica.

En cuanto a la tasa de mortalidad materna, Segeplan registra una reducción de 219 casos por cada 1.000 mujeres embarazados en 1987, a 136 casos en 2007, lo cual implica una brecha de 81 puntos para alcanzar la meta establecida en los ODM, fijada en una reducción de 55 casos para 2015.

CAPÍTULO II

EL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA

2.1 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD

La Constitución de la República de Guatemala reconoce el derecho a la salud como fundamental y un bien público por el que todas las instituciones gubernamentales deben velar. El Código de Salud (Decreto 90-97) establece que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el ente rector de la salud en el país, la obligatoriedad del mismo es proveer asistencia sanitaria gratuita a las personas que carezcan de los medios e incluye la participación de entidades no gubernamentales en la provisión de los servicios plenamente financiados.

Roberts (2004) señala que un sistema de salud, para que responda a las necesidades básicas de una población en esa materia, requiere de personal técnico y profesional, con o sin licencia para ejercer, que conozca y domine la medicina occidental y/o tradicional, así como de recursos económicos –públicos o privados- para financiar los insumos, medicinas, laboratorios e infraestructura mínima necesaria para su funcionamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, de forma más somera, define al sistema de salud como el que “incluye todas las actividades cuyo propósito principal es promover, restaurar o mantener la salud”.

El sistema de salud de Guatemala, según Flores (2008), se caracteriza por estar dividido en subsistemas –público, privado y de seguridad social-, que brinda atención a diferentes grupos poblacionales. El subsistema público, dirigido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), es el responsable de cumplir con la obligación constitucional del Estado de garantizar servicios básicos de salud, gratuitos, a toda la población.

Sin embargo, un estudio elaborado por el MSPAS (2005), señala que durante el período 1999-2003, para financiar el sistema de salud de Guatemala el Estado solo aportó el 19% del mismo, mientras que los hogares y las empresas

(ambas de carácter privado) contribuyeron con el 75% (65 y 10, respectivamente), la cooperación internacional por medio de donaciones diversas, el 2,9%, y otras fuentes el 2,5%.

La fuente de los recursos aportados por el Estado al sistema de salud son los impuestos pagados por los guatemaltecos; los destinados por las empresas son las cotizaciones que por ley les corresponde otorgar al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, mientras que los de los hogares provienen directamente de los bolsillos de los ciudadanos, que aunque sean atendidos en los hospitales o centros de salud públicos, deben cubrir con sus propios recursos las medicinas, laboratorios e insumos, debido a la precariedad del subsistema público.

Los niveles de pobreza y exclusión en que viven el 52% de los guatemaltecos, les impiden tener acceso a servicios básicos de salud, en tanto que la poca capacidad del Estado para captar mayores recursos por la vía fiscal, le imposibilita cumplir a cabalidad con sus obligaciones constitucionales, y la cooperación internacional, es insuficiente para cubrir las demandas de la población.

Para que el MSPAS retome el papel rector que le corresponde en el sistema de salud del país, y el Estado cumpla con su obligación constitucional de garantizar de los servicios de salud gratuita a toda la población, Flores (2008) sugiere cuatro retos impostergables:

- a) Buscar la equidad en el acceso al sistema de salud
- b) Abrir camino hacia un sistema de salud plural e incluyente
- c) Revertir la tendencia de una caída en el gasto público y un aumento en el gasto privado de bolsillo
- d) Proteger a la población de riesgos financieros causados por situaciones de enfermedad.

Afrontar esos retos, requiere, además de acciones concretas y voluntad política de parte del Gobierno, generar un debate social alrededor del sistema de

salud que necesita el país, fortalecer la gobernabilidad del sistema de salud, y, fundamentalmente, fortalecer la ciudadanía en salud.

Gasto social per cápita en Centroamérica y República Dominicana en millones de dólares

| País | 1990 | 2005 | Variación% |
|--------------------|------|------|------------|
| Costa Rica | 504 | 774 | 54 |
| Guatemala | 45 | 103 | 129 |
| Honduras | 68 | 119 | 75 |
| Panamá | 448 | 724 | 62 |
| Nicaragua | 48 | 95 | 98 |
| R. Dominicana | 81 | 225 | 178 |
| El Salvador | 76 | 124 | 63 |
| Promedio ponderado | 127 | 232 | 83 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Interamericano de Desarrollo

2.2 PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA

Se describe el Programa de extensión de cobertura de la Reforma del Sector Salud en Guatemala, implementado para dar respuesta al problema de la extremada baja cobertura de los servicios. En 1995, el 46 % de la población no tenía acceso a servicios de salud y la población que quedaba fuera del área de influencia de los Centros de Salud era la más postergada.

En 1996, se implementó el proceso de extensión de cobertura. Al 30 de junio de 1999, la extensión de cobertura llegó a 3.5 millones de habitantes, lo que representa un 76.8% de la población previamente no cubierta y todo sugiere que a diciembre del año 2000 se alcanzará la mayor parte de la cobertura total de la población que en 1995 no tenía acceso a ningún servicio de salud. Por primera vez existe ahora, un conjunto de medicamentos básicos que están disponibles a

los usuarios en forma gratuita en la comunidad. La extensión de cobertura es producto de la alianza con setenta y siete organizaciones no gubernamentales que se desempeñan como prestadoras o administradoras de servicios de salud. La prestación de los servicios básicos de salud se hace con la participación de la población en viviendas y en centros comunitarios. El costo per cápita del conjunto de servicios básicos, expresado en estándares del mercado internacional es de US\$ 14.59. Este costo en Guatemala se reduce a US\$ 8.50. La ejecución favorece la equidad al permitir por primera vez, acceso a los servicios básicos a la población que no lo tenía.

Evolución de la infraestructura física de la red de servicios del MSPAS

| Tipo de infraestructura | 1990 | 2000 | 2006 |
|--------------------------------|-------|-------|-------|
| Hospitales del sistema | 35 | 43 | 43 |
| Centros de salud | 220 | 282 | 279 |
| Puestos de salud | 785 | 966 | 903 |
| Centros de convergencia | 1.868 | 2.501 | 4.163 |
| Centros de atención permanente | | | 22 |

Fuente: Elaboración propia con datos del MSPAS

Asegurar la sostenibilidad de los logros y la institucionalización del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) en los tres niveles de atención, es necesario para alcanzar la calidad de los servicios del conjunto básico y continuar fortaleciendo el segundo nivel de atención incluyendo las referencias y contra-referencias. Asimismo mantener el respaldo, al más alto nivel ejecutivo, al proceso de la Reforma del Sector Salud e intensificar la capacitación en gestión de las áreas de salud y las organizaciones no gubernamentales (ONG).

La innovación más importante al nivel nacional e internacional fue el desarrollo de alianzas con ONG a fin de extender la cobertura del primer nivel de atención. Otras innovaciones importantes en relación al esquema tradicional del sector en Guatemala fueron: énfasis preventivo y no sólo curativo; integralidad de atención en los tres niveles; cobertura en escala nacional; estandarización de un

conjunto de servicios básicos de salud; participación comunitaria; introducción del médico ambulatorio, el vigilante de salud, la comadrona tradicional, el técnico en salud rural y el facilitador comunitario como elementos formales del equipo básico de salud; alto grado de sostenibilidad del financiamiento ya que la mayor parte se realizó con fondos nacionales; descentralización; disponibilidad de medicamentos básicos; uso de la información producida para la mejor gerencia a todos los niveles; y el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) en todo el proceso.

El desarrollo del Programa de Extensión de Cobertura se sustenta en alianzas estratégicas con ONG y en la organización comunitaria para su participación plena, en el análisis de los problemas de salud, en la toma de decisiones para superarlos y en la fiscalización de los servicios básicos de salud.

El proceso incluye los siguientes componentes:

- Participación comunitaria,
- Capacitación sistemática del personal institucional y comunitario,
- Vigilancia epidemiológica vinculada al sistema gerencial de información,
- Accesibilidad a medicamentos básicos,
- Supervisión,
- Monitoreo y evaluación

Los servicios del primer nivel de atención del MSPAS, fueron proporcionados hasta 1996 por 860 puestos de salud, ubicados en áreas periurbanas y rurales de los municipios y atendidos por auxiliares de enfermería. La cobertura de cada puesto de salud se calcula en 2,000 habitantes que viven a su alrededor. Además se brindaba atención de primero y segundo nivel en 318 centros de salud con una cobertura estimada de 10,000 habitantes cada uno. Estos centros de salud cuentan con médicos, enfermeras profesionales y auxiliares y técnicos.

La población que quedaba fuera del área de influencia de los servicios de salud, en el primer nivel de atención, constituía el 46 por ciento de los habitantes del país en 1995. Esta población se ubica en zonas geográficas con difícil acceso, en áreas muy dispersas, con altos índices de pobreza y con la mayor concentración de población indígena.

El modelo de atención utilizado hasta 1996, para el primer nivel de atención, tenía énfasis en la atención médica curativa y se orientaba a enfermos que consultaban en los establecimientos. La excepción era las jornadas de vacunación extramuros como actividad preventiva.

Para ese entonces, no existían alianzas con otros prestadores de servicios de salud y la participación de los miembros de la comunidad se limitaba para convocar las jornadas de vacunación. El MSPAS no ejercía su papel como ente rector y eran las instituciones dedicadas al campo de la salud, como la cooperación externa quienes se relacionaban directamente con las unidades técnicas o las áreas de salud en forma aislada. Además el financiamiento iba dirigido a todas aquellas actividades de índole curativas y en mínima parte a actividades preventivas para los beneficiarios.

El proceso de extensión de cobertura se enmarcó en las políticas de salud 1996-2000 que incluyen: reordenamiento, descentralización y modernización del sector salud; aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios básicos de salud; mejoramiento de la eficiencia en la gestión de los recursos y calidad de la atención en hospitales, centros y puestos de salud; promoción del desarrollo y modernización de la gerencia de los recursos de las instituciones que conforman el sector; promoción de la salud y de ambientes saludables para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad del agua de consumo humano y ampliación de la cobertura de saneamiento básico rural; participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios de salud; y fortalecimiento de la capacidad de conducción de la cooperación técnica en salud.

La salud de Guatemala en números

| | |
|--|---------------------------------------|
| Tasa de natalidad | 29,96 nacimientos/1.000 habitantes |
| Tasa de mortalidad materna | 110 muertes/1.000 niños nacidos vivos |
| Expectativa de vida al nacer | 70,88 años, promedio población total |
| Tasa de fertilidad | 3,27 infantes nacidos/mujer |
| Niños menores de cinco años con insuficiencia ponderal | 17,7% con peso inferior al normal |
| Densidad de médicos | 0,9 médicos/1.000 habitantes |
| Camas de hospital por habitante | 0,6 camas/1.000 habitantes |

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial (2011)

El programa de Gobierno 1996-2000, los Acuerdos de Paz, el Código de Salud y las políticas de salud, proporcionan el marco legal de referencia que da respaldo al Sistema Integral de Atención en Salud. La aprobación del nuevo Código de Salud sirvió para apuntalar la organización del nuevo modelo de prestación de servicios, establecer las bases de la regulación sanitaria, establecer las nuevas modalidades para el financiamiento de la salud, la participación social y la relación intersectorial e interinstitucional.

La ampliación de servicios en el Primer Nivel de Atención, implicó el traslado de recursos financieros del MSPAS a las Prestadoras y Administradoras de Servicios. Aunque el Gobierno ha cumplido con esas obligaciones, fue necesario el apoyo de la cooperación internacional para alcanzar los objetivos establecidos.

Al tercer año de haberse establecido el modelo de extensión de cobertura ya se alcanzaba a cubrir más de tres millones de habitantes en 25 de las 27 áreas de salud del país. Esta cifra se basa en la suma de la población incluida en los convenios firmados entre el MSPAS y las Prestadoras y Administradoras de Servicios de Salud (PSS y ASS), así como la población cubierta por la

Cooperación Cubana, el MSPAS y el IGSS. La cifra anterior equivale al 76.8% de la población que no tenía acceso a servicios de salud en 1996. Quedando pendiente de cubrir más de un millón de habitantes.

Evolución de la tasa de mortalidad infantil por cada 1.000 niños nacidos vivos

| Período | Neonatal | Posneonatal | Infantil* |
|-----------|----------|-------------|-----------|
| 1982-1987 | ND | ND | 110 |
| 1993-1998 | 23 | 22 | 59 |
| 1998-2003 | 20 | 18 | 48 |
| 2003-2008 | 17 | 14 | 42 |

*Niños de hasta cinco años de edad

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-09.

El aporte principal de la inversión en atención a la salud proviene de fuentes públicas, sin embargo, las agencias de cooperación internacional apoyan el proceso mediante acciones de capacitación y cooperación técnica. Estas agencias incluyen la OPS, USAID, UNICEF, UNION EUROPEA, BANCO MUNDIAL.

Como ya se dijo anteriormente, este modelo funciona a través de PSS y ASS siendo éstas las encargadas de conformar un equipo básico de salud, que está compuesto bá

sicamente por un médico ambulatorio y un facilitador institucional y por el personal comunitario: 84 vigilantes de salud, comadronas tradicionales, ocho facilitadores comunitarios para cubrir una jurisdicción de aproximadamente 10,000 habitantes.

Respecto a la organización comunitaria, los primeros tres meses después de la firma de convenio, las PSS y ASS deben fortalecer la organización comunitaria para las acciones en salud. En primera instancia, se llevan a cabo reuniones con los líderes comunitarios y grupo locales de desarrollo, para luego

identificar a los actores locales que asumirán la responsabilidad de conducir estos temas.

El personal comunitario realiza acciones de promoción de salud, prevención y tratamiento de enfermedades comunes con el apoyo y la supervisión del médico y facilitador comunitarios.

Las PSS y ASS deben contemplar un espacio físico denominado “centro comunitario” para atender a las personas que acudan a recibir asistencia médica. Estos centros se construyen en colaboración en especie y mano de obra de la comunidad y es su responsabilidad asegurar su mantenimiento.

2.3 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, ACUEROS DE PAZ Y SALUD EN GUATEMALA

Tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) acordados por la Organización de las Naciones Unidas en 2000, comprometen a los Estados de los países subdesarrollados a enfocar sus esfuerzos para mejorar la salud de su población. El objetivo cuatro mandata la reducción de la mortalidad infantil en dos terceras partes en los niños menores de cinco años; el objetivo cinco a mejorar la salud materna reduciendo en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna, y logrando el acceso universal de la salud reproductiva; y el sexto acuerdo a combatir el VIH-Sida, el paludismo y otras enfermedades.

Por aparte, en el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, suscrito en México, en mayo de 1996, por la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca y el Gobierno de Guatemala, el cual forma parte de los Acuerdos de Paz que pusieron fin a la guerra interna que padeció este país, se asumieron compromisos específicos para que el Estado guatemalteco cumpla su mandato constitucional de garantizar los servicios básicos de salud para toda su población, como parte de la agenda nacional para avanzar en el desarrollo económico y social.

En concreto, el Gobierno se comprometió a “aumentar de manera significativa la inversión social, en particular en salud, educación y trabajo”, así como a adoptar políticas económicas tendientes a alcanzar un crecimiento sostenido del producto interno bruto a una tasa del seis por ciento anual, para contar con recursos suficientes que le permita cumplir con esas obligaciones.

En ese Acuerdo, el Estado también se comprometió a impulsar una reforma del sector nacional de salud, la cual debe estar orientada hacia el efectivo ejercicio de la población al derecho fundamental de la salud, sin discriminación alguna. Esa reforma, de carácter integral, se concibió como una práctica humanista y solidaria que enfatice el espíritu de servicio, aplicado a todos los niveles del sector público del país, y que cubra las fases de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. Como resultado de esa reforma, que debe ser liderada por el MSPA y apoyada por todas las instituciones públicas y privadas del país, así como las organizaciones no gubernamentales, toda la población debería de tener acceso a los servicios básicos de salud, principalmente los guatemaltecos de escasos recursos.

De haberse cumplido con los compromisos asumidos en los Acuerdos de Paz, el Estado guatemalteco hubiera logrado avanzar a su vez en los ODM, principalmente en los referidos al mejoramiento de las condiciones de salud de los guatemaltecos, ya que éstos contemplan la hoja de ruta básica para avanzar en el desarrollo económico y social del país, y por lo tanto, en la estrategia para reducir los niveles de pobreza, desigualdad e inequidad que padece Guatemala.

Aunque se reconocen importantes avances en materia de salud en el país, es un hecho que la falta de recursos por parte del Estado para cumplir con esa obligación, ha limitado el desarrollo de la reforma del sistema acordada en los Acuerdos de Paz, y por lo tanto se observa un estancamiento en el cumplimiento de los ODM. “Subsisten brechas de acceso a servicios de mayor capacidad resolutiva, como en el caso de las emergencias obstétricas y neonatales”. (Valladares, 2007).

Debido a que la economía del país no alcanzó el crecimiento del seis por ciento anual a partir de 2000, como se estableció en los Acuerdos de Paz, “los recursos destinados a la salud fueron inferiores de aquellos que hubieran podido captarse con un mejor desempeño de la economía nacional” (2007), lo que ocasionó que el gasto público en salud se estancara hasta representar un grave obstáculo para acelerar el progreso de la salud para alcanzar las metas del milenio.

2.4 LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN EL SISTEMA DE SALUD DE GUATEMALA

Las donaciones de la cooperación internacional para el sistema de salud de Guatemala durante el período 1999-2005, representaron el 3% de los gastos totales de ese sector. Ello debido a que Guatemala es considerado como un país de ingreso medio, lo que implica que internacionalmente sea reconocido como “sujeto de crédito” más que como receptor de donaciones para el desarrollo (Segeplan, 2009).

Para centralizar la ayuda internacional y garantizar que la efectividad de la misma, los principales países donantes y agencias internacionales de cooperación, en 1999 suscribieron la Declaración de Estocolmo, en la que se estableó el Grupo de Donantes G13, una instancia de coordinación política, técnica-política, y temático de la cooperación internacional para Guatemala.

El G13 (Mux, 2001) está integrado por los nueve países más destinan más recursos de cooperación a Guatemala (Canadá, Alemania, Italia, Japón, Holanda, Noruega, España, Suecia y Estados Unidos) y los principales organismos multilaterales (Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Unión Europea y Organización de Estados Americanos). Su principal objetivo es “apoyar a Guatemala en su desarrollo para alcanzar una sociedad equitativa, un crecimiento económico sostenible y un Estado de Derecho”. Como principales ejes

temáticos para la cooperación en Guatemala, el G13 definió: seguridad y justicia, salud, educación, ambiente y agua, y seguridad alimentaria.

El marco político sobre el cual se apoya el G13 (2001), además de la Declaración de Estocolmo donde se crea esa instancia de coordinación, también se apoya en los Acuerdos de Paz, la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y otras declaraciones vinculadas con la eficacia de la ayuda, especialmente la de París de 2005 y la de Accra 2008.

Bajo ese marco, en mayo de 2008 el MSPAS y la mesa técnica sectorial de salud del G13, definieron como prioridades políticas del sector y la alineación de la cooperación internacional, las siguientes:

- a) Fortalecer la institucionalidad y la rectoría del MSPAS
- b) Desarrollar el sistema de información y la inteligencia en salud para un adecuado seguimiento y evaluación de la intervención en salud
- c) Fortalecimiento de la gestión de la fuerza laboral en salud, a través de intervenciones integrales de formación, capacitación, dotación y establecimiento de condiciones laborales para el desempeño de zonas prioritarias
- d) Extender el acceso de la red de servicios de salud con equidad y calidad, con énfasis en los municipios priorizados
- e) Reducción de la mortalidad materna e infantil, a través de una estrategia multisectorial liderada por el MSPAS
- f) Reducción de la desnutrición crónica en menores de cinco años, a través de una estrategia multisectorial liderada por el MSPAS
- g) Incremento progresivo del presupuesto público del MSPAS, en relación del porcentaje del PIB, para la priorización y asignación en zonas excluidas.

A partir de la definición de las prioridades específicas del país en materia de salud, (OPS, 2008) la tendencia de la cooperación internacional se enfocó en incrementar los esfuerzos para reducir las inequidades y las brechas, así como

“armonizar y alinearse” alrededor de las políticas, planes y agencias de desarrollo nacional del sector salud.

Entre 2008 y 2010, según un estudio de la OPS, los países y agencias internacionales que más cooperaron con el sector de salud del país, fueron:

| | |
|--|--|
| Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID, España) | Agencia para el Desarrollo Internacional del Pueblo de los Estados Unidos de Norte América (USAID, Estados Unidos) |
| Agencia Sueca de Desarrollo Internacional (ASDI, Suecia) | Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA, Canadá) |
| Sociedad Alemana para la Cooperación Internacional (GIZ, Alemania) | Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA, Japón) |
| Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (Norad, Noruega) | Ministerio de Salud Pública de Cuba |
| Holanda | Reino Unido |
| Taiwán | Venezuela |
| Unión Europea (UE) | Organización Panamericana de la Salud (OPS) |
| Organización Mundial de la Salud (OMS) | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) |
| Programa Mundial de Alimentos (PMA) | Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) |
| Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-Sida (ONUSIDA) | Banco Mundial (BM) |
| Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) | Banco Interamericano de Desarrollo (BID) |
| Fondo Global Visión Mundial | Fondo Global |

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Segeplan

MAPEO DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD

| AGENCIA | ÁREA DE COOPERACIÓN | MONTO TOTAL DE MILLONES US\$ |
|---------------|---|------------------------------|
| | EN SALUD | |
| Fondo Mundial | Global/Visión <ul style="list-style-type: none"> • VIH/Sida • Malaria | 54 |
| BID | Mejoramiento de los servicios de salud del MSPAS | 50 |
| USAID | <ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de la atención del niño y salud reproductiva en áreas rurales • Fortalecimiento SAN | 54,5 |

| | | |
|---------------|---|-----------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Formación de auxiliares de enfermería mayas como parteras • Apoyo al Programa de Centroamérica de VIH-Sida | |
| UNFPA | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de anticonceptivos • Mejoramiento de los servicios de salud reproductiva • Población y desarrollo, fortalecimiento de los derechos reproductivos para fomentar la gobernabilidad democrática | 6 |
| ASDI | Modelo de atención integral | 7 |
| Banco Mundial | Mejoramiento de la atención materno-infantil y reducción de la desnutrición crónica de la niñez en el área rural | 49 |
| JICA | <ul style="list-style-type: none"> • Niñez saludable • Abastecimiento de agua potable del área urbana de Quetzaltenango • Rehabilitación de plantas de agua potable en el interior • Mejoramiento de hospitales | 20,9 |
| PMA | Recuperación y prevención de la malnutrición a favor de los grupos vulnerables | 5,8 |
| Total | | 77 |

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Segeplan

CAPÍTULO III

LA COOPERACIÓN DE USAID EN LA AMPLIACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD

3.1 EL MODELO DE COOPERACIÓN

El MSPAS diseñó e implementó un Programa de Extensión de Cobertura para la Prestación de Servicios Básicos de Salud para proveer a las poblaciones sin acceso a estos servicios sin discriminación alguna, promoviendo su coordinación con otras instituciones públicas pero básicamente con organizaciones no gubernamentales. Este modelo de extensión de cobertura ha sido reconocido mundialmente por actores de la cooperación internacional, principalmente por el Banco Mundial, como un buen ejemplo de reforma del sector salud a través de alianzas público privadas.

Para ampliar la cobertura de los servicios, el MSPAS, suscriben convenios con ONG, asociaciones civiles y cooperativas. Estas organizaciones participan bajo la modalidad de Prestadoras y Administradoras de de Servicios de Salud (PSS y ASS) para hacerse cargo de una jurisdicción de aproximadamente 10,000 habitantes.

Hasta el año 2006 el MSPAS tenía suscritos 196 convenios para prestar atención a 343 jurisdicciones, que se aglutinan en 7,136 comunidades rurales y alrededor de 3.3 millones de habitantes en 3,204 centros de convergencia ubicados en 192 municipios

Para supervisar la entrega efectiva de estos servicios y el cumplimiento de las metas establecidas por el MSPAS, las organizaciones implementan sistemas de capacitación, monitoreo y evaluación.

Dadas las condiciones y para contribuir a la ampliación de cobertura de los servicios, el Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, a través de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de Norteamérica,

da una donación de US \$3,680.000 para suscribir convenios con ONG cumpliendo con las regulaciones establecidas por el MSPAS, por conducto del Programa de Extensión de Cobertura (MSPAS-PNUD, 2006). Los beneficiarios previstos para esta donación son prioritariamente de San Marcos, Quetzaltenango, Huehuetenango, Quiché, Sololá Totonicapán y Chimaltenango.

Para el efecto, USAID y el MSPAS solicitan al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo la administración de los recursos financieros y el acompañamiento a través de una Unidad Ejecutora, a efecto de facilitar la provisión de los servicios en poblaciones aún no cubiertas.

La naturaleza y ámbito de la participación del PNUD pretendía la revisión, análisis y certificación del cumplimiento de los procesos relacionados con la preselección, selección y adjudicación de los oferentes privados. De igual forma, se contemplaba operar los desembolsos establecidos bajo la normativa del MSPAS, teniendo la responsabilidad la administración, monitoreo y evaluación de la donación previa coordinación con el Programa de Extensión de Cobertura.

El PNUD a través de la Unidad Ejecutora, revisa y analiza la documentación de soporte de cada uno de los procesos de selección y adjudicación para garantizar el cumplimiento y la transparencia de los procesos establecidos.

Posterior a la suscripción de los convenios, el PNUD traslada trimestralmente los recursos financieros a las PSS o ASS que hayan sido adjudicadas, no excediendo la cantidad de US\$9,20 de costo per cápita para la prestación de los servicios y US\$0,80 como contrapartida del MSPAS para la compra de medicamentos, siempre y cuando, éstas hayan cumplido con los requisitos establecidos en el convenio.

Finalmente, con esta donación se esperaba haber suscrito alrededor de 30 convenios para beneficiar a más de 350,000 habitantes.

Las metas establecidas para cada uno de los convenios suscritos son las siguientes:

| |
|--|
| 95% de niños menores de un año con esquema básicos de vacunación completo |
| 90% de niños menores de un año con control médico |
| 90% de los niños de 1 a menores de 5 años con un control médico |
| 70% de embarazadas con primer control prenatal |
| 35% de embarazadas captadas antes de las 12 semanas de embarazo |
| 70% de embarazadas de 3 controles |
| 80% de puérperas reciben control en los primeros 40 días después del parto |
| 80% de los recién nacidos reciben un control por MA y EA en los primeros 28 días de nacido |
| 25% de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años recibiendo micronutrientes |
| 20% de mujeres que se han tomado una muestra de PAP |
| 45% de niños menores de un año con dos controles médicos |
| 100% de casos de neumonías en niños menores de 5 años reciben tratamiento |
| 100% de casos de diarrea en menores de 5 años reciben SRO |
| 100% de comadronas tradicionales activas capacitadas |

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Documento de Proyecto (PNUD 2006)

3.2 LOS SERVICIOS DE SALUD EN NAHUALÁ

Del vocablo náhuatl-*lan*, que en kiché significa “Lugar de brujos” o “Agua mágica” (IECC, 2001), Nahualá es uno de los 19 municipios del departamento de Sololá, ubicado en la zona del oeste de Guatemala. Tiene una extensión de 97 kilómetros cuadrados, su clima es frío y limita al norte con el departamento de Totonicapán, al este con Sololá, San José Chacayá y Santa Lucía Utatlán, al sur con Santa Catarina Ixtahuacán, y al oeste con Cantel y Zunil del departamento de Quetzaltenango.

Está dividido en un pueblo (cabecera municipal), ocho aldeas, 17 cantones, seis parajes y 87 caseríos. El 98 por ciento de su población es indígena de la etnia maya k’iche, y más de 70 por ciento de sus habitantes únicamente hablan el

k'iche, su idioma materno. La economía de esa población se sustenta en su mayoría en actividades agrícolas de subsistencia, así como en la producción agropecuaria y las artesanías.

En la cabecera de Nahualá, donde se concentra menos del 35 por ciento de la población, funciona una Supervisión Técnica de Educación, y cuenta con servicios básicos de energía eléctrica, agua potable, puesto de salud administrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como servicios de transporte público privado que comunica a los pobladores con las ciudades de Sololá, Totonicapán y Quetzaltenango. También funcionan diez ONG que promueven diversos proyectos de beneficios para la población.

Los habitantes de Nahualá se encuentran en los niveles de pobreza y pobreza extrema. La mayor parte de la población se ubica en un grado de índice inferior en cuanto al ingreso económico, en un promedio de 25.00 quetzales por jornal trabajado diario, el cual se divide entre los seis y ocho integrantes del núcleo familiar, de los cuales el 70 por ciento son menores de edad. Los ingresos se utilizan para cubrir las necesidades básicas de alimentación (73 por ciento), salud (9 por ciento), vestuario (8 por ciento), educación (6 por ciento) y otros (4 por ciento) (IECC, 2011)

Hasta el 2005, Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) daba cobertura al 36,7 por ciento del total de sus habitantes, dando prioridad a las mujeres en etapa de gestación y los niños de cero a cinco años de edad. El centro de salud de Nahualá contaba entonces con un médico, dos auxiliares de enfermería y un técnico en salud rural.

Según los criterios metodológicos para la priorización de proyectos de inversión en el proceso de elaboración del Programa de Inversiones Públicas 2008-2011 de Segeplan, la salud tiene un efecto importante sobre la productividad de las familias e importantes vínculos con la vulnerabilidad y la pobreza y los proyectos a impulsar deben de ser los que están dirigidos a:

- Ampliar el acceso a los servicios de salud.

- Poner énfasis en la salud preventiva, enfermedades infecciosas y parasitarias.
- Poner énfasis en la salud reproductiva y la disminución de la mortalidad materno-infantil.
- Contribuir a la salud prenatal y postnatal de la madre y el niño.
- Poner énfasis en la atención a la desnutrición e impulsar el desarrollo nutricional de los niños.
- Facilitar el acceso a suplementos de micronutrientes (hierro).
- Ampliar el acceso a agua potable y mejores servicios sanitarios.
- Promover prácticas adecuadas de salud, higiene y alimentación.
- Implementar terapias de rehidratación.

De esa cuenta, el municipio Nahualá, del departamento de Sololá, fue beneficiado por la cooperación de los Estados Unidos de Norteamérica ya que hasta el año 2006, no contaba con acceso a servicios básicos de salud, además de ser incluido por los altos niveles de pobreza que afectan a más del 60 por ciento de sus 64.895 habitantes (INE, 2002).

Por medio de un convenio de financiación firmado entre el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la ONG “Asociación Vivamos Mejor” se entregó la cantidad de Q.823.765.07 para cubrir 11,184 habitantes de Nahualá, Sololá, con el objetivo de *“proveer servicios básicos de salud a las poblaciones postergadas y sin acceso a los servicios tradicionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y dar respuesta a sus necesidades”* (PNUD, 2006).

La “Asociación Vivamos Mejor” es una asociación civil, no lucrativa que, con el apoyo de la Fundación Vivamos Mejor Suiza, desde finales de los años 80 viene trabajando a favor del desarrollo de las comunidades más pobres de Guatemala. Originalmente sus acciones estaban distribuidas en diferentes departamentos del país y su enfoque era principalmente el desarrollo social; paulatinamente se fue concentrando en el departamento de Sololá y ampliando sus actividades a la dimensión de desarrollo económico y ambiental.

Actualmente “Vivamos Mejor” concentra todo su esfuerzo en mejorar la calidad de vida y el entorno natural de forma integral en Sololá. Por la forma en que ha venido realizando su trabajo, “Vivamos Mejor” es actualmente reconocida en el departamento de Sololá como una de las organizaciones de desarrollo, habiendo recibido varios reconocimientos tanto de las comunidades como de las instituciones públicas y privadas.

En el ámbito de salud, “Vivamos Mejor” ha establecido una alianza estratégica con el MSPAS, que se enmarca dentro de la política de extensión de cobertura, a través de la estrategia del Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS), siendo su principal objetivo llevar servicios de salud, con énfasis en la reducción de la morbi-mortalidad materno-infantil, a las comunidades más lejanas y menos atendidas del país.

Dentro de su política “Vivamos Mejor”, con gestión propia de recursos y la coordinación interinstitucional, ha fortalecido este sistema, incorporándole aspectos tales como la organización y participación comunitaria, el saneamiento ambiental y medicina natural alternativa, que han permitido mejorar la calidad de los servicios en las comunidades.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 VALORACIONES CUALITATIVAS

No existen aún informes técnicos que midan el impacto real y específico de la cooperación de USAID en la ampliación de cobertura de los servicios básicos de salud en el municipio de Nahualá, debido a que los mismos serán objeto de estudios generales, a nivel departamental y nacional, sobre la situación de los índices de defunciones infantil y materno infantil por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Sin embargo, a partir de la observación empírica, los estudios de impacto realizados dentro del proyecto específico que financió la USAID, y las entrevistas estructuradas a los principales actores, se entiende que en términos cualitativos, como consecuencia de la cooperación internacional se han registrado importantes mejoras en la calidad de los servicios básicos de salud de esa comunidad.

Marco Tulio Zuñiga de León (2011), administrador de la Asociación Vivamos Mejor, la organización no gubernamental encargada de ejecutar el proyecto en Nahualá, hace una valoración cualitativa al afirmar que los niveles de atención de servicios de salud en las comunidades vulnerables de ese municipio “han mejorado” desde la implementación del proyecto financiado por la USAID a favor del programa de extensión de cobertura en ese lugar.

El apoyo de la cooperación internacional al sistema de salud del país, agrega Zuñiga de León, “es importante” porque el presupuesto que el Estado de Guatemala asigna a éste “no es suficiente” para cubrir las necesidades que al respecto padece la población.

Además, estima que la alianza estratégica establecida entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las ONG locales, la cual ha sido respaldada por el proyecto financiado por USAID y administrado por el PNUD, ha sido “vital”

“necesaria” para avanzar hacia los objetivos de incrementar la cantidad de beneficiarios de los servicios de cobertura de salud. El financiamiento de la cooperación internacional ha permitido que las unidades de trabajo que acuden a las comunidades de forma permanente cuenten con recursos técnicos, insumos médicos, medios de transporte y medicinas para cubrir las necesidades básicas de la población.

La participación de las ONG “es necesaria” para alcanzar los objetivos de la ampliación de cobertura, pero no pueden sustituir bajo ningún punto de vista “el rol rector” de las autoridades estatales en el sistema nacional de salud, añade, ya que es la única forma de garantizar que los servicios que se brinden a la población sean de calidad y cumplan con los estándares de aceptabilidad.

A partir de su experiencia, Zuñiga de León advierte que si el Estado guatemalteco no da prioridad a los gastos de salud y educación, el país continuará a expensas de la cooperación internacional, lo cual implica una “permanente dependencia”, lo cual impedirá el desarrollo social y económico. Además, señala que “al menos durante la próxima década”, Guatemala necesitará de la cooperación internacional para avanzar en el cumplimiento de los ODM, ya que sin ella, asegura, el país “no podrá lograrlo”.

El directivo de la “Asociación Vivamos Mejor” también califica de “eficiente” la cooperación de la USAID para reducir los indicadores negativos de salud en Guatemala, sin embargo, subraya que, como en este cuando, cuando la ejecución de los proyectos de la cooperación internacional queda en manos de las instituciones del Estado, se producen “retrocesos” debido a la burocratización propia del aparataje estatal.

La cooperación financiera de la USAID contribuye a mejorar los niveles de vida de los beneficiarios de los proyectos específicos, “porque gracias a ésta es posible acercar los servicios de salud a las poblaciones más distantes que carecen de este tipo de servicios”, concluye Zuñiga de León.

Por aparte, la doctora Isabel Maldonado Martínez (2011), coordinadora del Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como contraparte del Estado en la recepción de la ayuda financiera otorgada por USAID para la ejecución del proyecto, también reconoce avances importantes a partir de la ejecución del mismo.

Los niveles de atención de servicios de salud de las comunidades “más dispersas y alejadas” en las zonas rurales del país, “se han mejorado”, principalmente “los grupos priorizados por morbilidad y mortalidad de niños y mujeres en intervenciones comprobadas por su efectividad”.

La cooperación de la USAID, agrega, es importante para Guatemala porque “contribuye con financiamiento directo o con asistencia técnica”, y en el tema de salud, particularmente, también porque “tiene apoyos específicos para investigaciones y documentación de procesos que permiten tomar decisiones en función de los servicios de salud”. Sin esa ayuda, asegura, el país no tendría capacidad de atender las necesidades de salud de la población.

“A través del proyecto Apoyo para la Administración de la Donación de USAID para la Provisión de Servicios Básicos de Salud por prestadoras y administradoras de servicios de salud, en el cual se obtuvo financiamiento para cubrir 44 jurisdicciones, del año 2007 al 2009 y que luego fueron incorporadas al presupuesto regular del Ministerio de Salud, con esto se dio acceso a una población de más de 350.000 personas de las comunidades de San Marcos, Quetzaltenango, Huehuetenango, Quiché, Sololá, Totonicapán, Izabal y Alta Verapaz”, explica Maldonado al detallar los alcances del proyecto.

La funcionaria coincide en que el Estado debe incrementar, con recursos propios, el presupuesto al sistema de salud del país para cubrir las necesidades básicas de la población, y así dejar de depender de la cooperación internacional y garantizar el seguimiento de las políticas nacionales en materia de salud. “Cuando el Ministerio depende de la cooperación internacional, los proyectos funcionan

bien mientras se cuenta con este financiamiento, pero al finalizar ya no se tiene la disponibilidad presupuestaria para continuar con dichas acciones”, señala.

Maldonado considera que desde una perspectiva empírica, “la cooperación de USAID ha contribuido a reducir los indicadores negativos de salud” en el país, pero advierte que, por medio de estudios precisos, “habrá que investigar si el impacto ha sido significativo”, lo cual no dependería solo del sector salud sino de una coordinación intersectorial a nivel de país.

Respecto a la participación de las ONG en el programa de extensión de cobertura, la funcionaria destaca que la misma “es necesaria” y lo será hasta que el Ministerio de Salud “tenga la estructura y el personal capacitados para asumir la prestación de servicios” a nivel nacional.

La cooperación de la USAID, concluye Maldonado, contribuye a mejorar el nivel de vida de los beneficiarios directos del proyecto de extensión de cobertura, porque gracias a ello “los niños y mujeres son atendidos en los procesos de morbilidad y acciones preventivas”, lo cual mejora sus condiciones de salud y productividad.

Jorge Solórzano (2011), quien coordinó el proyecto financiado por la USAID, también comparte los criterios sobre la dependencia que genera la cooperación internacional hacia el Estado guatemalteco en el cumplimiento de sus obligaciones, en este caso, la prestación de los servicios básicos de salud. Para revertir esa situación, anota, es indispensable que el Estado aporte los recursos propios suficientes al presupuesto del sistema de salud.

Sin embargo, reconoce, el apoyo financiero y técnico proporcionado por USAID en proyectos anteriores, ha contribuido a la reducción de los índices negativos de salud en el país, aunque debido a que la ayuda financiera internacional en esta materia no sobrepasa el 3% de los gastos anuales de salud, el impacto no ha sido substancial.

4.2 VALORACIONES TÉCNICAS

Por aparte, una evaluación técnica sobre el impacto del proyecto de ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud a nivel nacional financiado por USAID, la cual fue realizada por una firma privada (Vox Latina, 2009), destaca los logros parciales alcanzados en los diversos ejes de acción trazados en la implementación de esa iniciativa.

El estudio fue realizado a solicitud del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ente administrador de los fondos aportados por USAID y el MSPAS, con el objetivo de “proveer de información concreta y exacta sobre los efectos en la población beneficiaria de la extensión de cobertura”, para relacionar la situación inicial de la prestación de los servicios básicos de salud con la situación generada luego de la implementación del proyecto, basado en los indicadores de salud materno-infantil y de participación comunitaria.

“A nivel general se concluye que las intervenciones llevadas a cabo en el Proyecto han tenido un impacto positivo en los diversos ejes de acción. Con respecto a la salud de la niñez los mayores logros se han realizado en el aumento del uso del carné, aumento de coberturas de inmunizaciones, vitamina A y desparasitante, mejoramiento del tratamiento en casa de la diarrea y mantenimiento de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad”, señala el informe,

A nivel de salud de la mujer, agrega, “se pueden evidenciar logros y mejoras en la tenencia de un carné de control prenatal, en un aumento del reconocimiento de señales de peligro y aumento del uso de métodos anticonceptivos. De momento, no es posible evidenciar diferencias grandes entre logros de los dos modelos de PEC que se han implementado a través de la Fase II del Proyecto, posiblemente por el corto periodo del proyecto piloto que para algunas intervenciones no fue mayor de 6 meses”.

La evaluación también reflejó que la línea final demuestra que aún hay dificultades por parte de la madre para identificar todos los signos de gravedad, pero hay más madres que ya reconocen alguno de los signos. Sin embargo, independiente de la capacidad de las madres para reconocer y recordar los signos de gravedad en caso de enfermedad, se registró un aumento en lo que respecta a la búsqueda de atención oportuna por personal calificado, por lo que se puede concluir que hay mejoras en lo que respecta al manejo de las enfermedades o complicaciones desde el hogar.

Respecto a las señales de peligro en la mujer durante las tres etapas del embarazo (prenatal, parto y postnatal) se empieza a notar mejoría en la diversificación de las señales identificadas y menos mujeres dicen no saber al respecto. Se hace necesario fortalecer los conocimientos adquiridos y promover otros signos de vital importancia tales como el fuerte dolor de cabeza, fiebres y hemorragia.

“Al comparar los indicadores básicos de evaluación entre los dos modelos de PEC que participaron en el estudio de línea final, se hizo notable que empiezan a registrarse cambios positivos para dos indicadores: la prevalencia de enfermedades respiratorias que se redujo en 3 puntos porcentuales y las madres que tienen carné de control que aumentó en 8.9 puntos porcentuales. Se consideró necesario contar con mayor información y tiempo para conocer más a fondo cual será la evolución de todos los indicadores cuando haya mayor grado de avance en las metas y las intervenciones estén completamente implementadas y consolidadas de las intervenciones”.

4.3 PERCEPCIONES DE LA COMUNIDAD BENEFICIADA

Por medio de la técnica del grupo focal fue posible medir la percepción que ocho mujeres de entre 18 y 27 años de edad, madres de hijos en etapa de lactancia, habitantes de las comunidades de Nahualá y usuarias de los servicios de salud, tiene respecto al programa de extensión de cobertura en ese lugar, así

como del conocimiento que tienen respecto a la cooperación financiera que la USAID otorga para esos fines.

Durante la discusión dirigida, se evidenció que las mujeres, en su totalidad, desconocen qué es la USAID, aunque reconocen haber observado los emblemas y logotipos de ésta en varios lugares de su comunidad, y por lo tanto desconocen también el aporte financiero que ésta agencia otorga para la financiación del programa de extensión de cobertura de que son beneficiarias.

La mitad de las participantes se mostraron seguras en que es la Organización Vivamos Mejor la que financia los servicios de salud que presta en la comunidad, pero indicaron que desconocían de dónde obtiene ésta esos recursos. En tanto que la otra mitad de las mujeres dijeron “creer” que es el Gobierno de Guatemala, por medio del MSPAS el que otorga los recursos para financiar los servicios de salud que reciben ellas y sus familias.

Hubo total consenso respecto a que los servicios sanitarios son “insuficientes” debido a que no satisfacen las mínimas necesidades de salud de la población, debido a que no tienen acceso directo e inmediato a médicos, enfermeras o técnicos en salud, así como que las medinas a que tienen acceso son limitadas, de mala calidad e inadecuadas para las enfermedades que padecen en la comunidad.

Sin embargo, también hubo consenso entre las mujeres participantes respecto a que a partir de 2006, cuando se empezó a contar con el apoyo financiero de la USAID en el programa de extensión de cobertura, se ha observado una importante reducción en las muertes de niños de cero a cinco años, así como de mujeres durante y después de los seis meses del parto. Ello implica que a pesar de que desconocen que las leves mejoras que han tenido en materia de salud en esa comunidad se deben, en parte, a la contribución de la cooperación financiera de los Estados Unidos, el resultado de la misma, en términos cualitativos y de percepción de las beneficiadas, ha sido positivo y esperanzador, aunque insuficiente para cubrir sus necesidades básicas.

4.4 VALORACIONES FINALES

Las apreciaciones de los expertos entrevistados coinciden en señalar los aspectos positivos de la cooperación estadounidense para la salud de los pobladores de Nahualá. Sin embargo, es preciso destacar que esa ayuda, aunque importante, no es suficiente para resolver los problemas estructurales de pobreza y exclusión que sufre más de la mitad de los guatemaltecos, por tratarse de un paliativo que no solo está condicionado a la agenda de intereses del Gobierno de los Estados Unidos, sino que incrementa la dependencia del país hacia esos intereses.

La cooperación que Estados Unidos ofrece a los países en vías de desarrollo, principalmente a naciones como Guatemala donde tienen intereses estratégicos de seguridad, comercio y política exterior, forma parte de sus planes de expansión, control y dominación política y económica hacia América Latina. Ello se deduce al comparar los niveles de apoyo financiero que otorga a otras regiones del mundo tan o más subdesarrolladas como África, en donde la ayuda financiera se reduce sustancialmente.

Pese a ello, la debilidad de Guatemala en el contexto internacional, su subdesarrollo económico y social, y la falta de un proyecto de nación con definidas estrategias de desarrollo y combate a la pobreza, obliga al Estado a depender de la cooperación internacional para cumplir con sus obligaciones de dotar de los servicios básicos indispensable a sus ciudadanos.

En ese contexto se puede concluir que la cooperación estadounidense en Guatemala es un mal necesario, porque por un lado fomenta la dependencia del país y vulnera su soberanía, pero también, aunque de forma mínima, contribuye a paliar las necesidades más sentidas de las poblaciones más pobres y desprotegidas del país.

CONCLUSIONES

El Estado de Guatemala, por razones de tipo estructural que no se analizan en esta tesis, carece de suficientes recursos económicos y financieros para satisfacer las necesidades básicas de la población, lo cual le impide ser eficiente y eficaz en el cumplimiento de sus obligaciones constitucionales. Hasta el momento, a pesar de los esfuerzos realizados, el país necesita del apoyo de la cooperación internacional para satisfacer esas necesidades, principalmente las relacionadas con la salud y educación, de las cuales depende el desarrollo de su población.

A partir de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, los países desarrollados reorientaron la cooperación hacia los países en vías de desarrollo hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales tienen como principal objetivo reducir los altos niveles de pobreza, desigualdad y marginación en que viven más de la mitad de los habitantes del planeta para el año 2015.

La cooperación para el desarrollo de los países en vías de desarrollo que ofrece el Gobierno de los Estados Unidos por medio de la USAID, se ubica dentro del paradigma de la sociedad mundial en las relaciones internacionales, debido a que el mismo tiene como objetivo disminuir los índices de desigualdad y pobreza que padecen países como Guatemala, en donde el 52% de la población vive en condiciones de pobreza.

La cooperación que el Gobierno de los Estados Unidos brinda a Guatemala por medio de la USAID, se otorga a través de las modalidades: económica-financiera, por medio de créditos blandos para financiar proyectos de largo plazo e impacto social; técnica, por medio de asistencia especializada dirigida al fortalecimiento de instituciones y procesos que tengan como objetivo mejorar las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables; no rembolsable, por medio de donaciones, financieras o en especie, para favorecer proyectos específicos de beneficio social.

La cooperación que otorga el Gobierno de los Estados Unidos a Guatemala por medio de la USAID, cumple con los lineamientos generales establecidos en su política de cooperación para el desarrollo de los países del tercer mundo, principalmente en lo relacionado a la promoción de “el crecimiento económico, proteger la salud humana, proporcionar ayuda humanitaria de emergencia y mejorar la democracia”, así como “mejorar la vida de millones de personas” en países como Guatemala, y contribuir al cumplimiento de los ODM.

El apoyo financiero otorgado por el Gobierno de los Estados Unidos al Estado de Guatemala, por medio de una donación financiera de USAID al MSPAS, para apoyar el programa de ampliación de cobertura de los servicios básicos de salud en las comunidades más pobres del país, especialmente en Nahualá, comunidad objeto de estudio de esta tesis, en términos cualitativos, ha sido positivo, toda vez que según los principales actores involucrados en este proceso, ha impactado en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población beneficiada. Por consiguiente, desde una perspectiva empírica basada en la observación y el análisis de caso, se considera que la cooperación ha contribuido tanto a avanzar en el cumplimiento de los ODM en el país, como a reducir los índices negativos que en materia de salud padece la población guatemalteca.

RECOMENDACIONES

Para avanzar en el cumplimiento de los ODM, reducir los niveles de pobreza y desigualdad que padece más de la mitad de los guatemaltecos, el Estado requiere del apoyo de la cooperación internacional. Sin embargo, es urgente e imprescindible que para que el Estado deje de depender de la cooperación internacional para cumplir con sus obligaciones de satisfacer las necesidades de la población, impulse medidas fiscales que le permitan agenciarse de recursos propios.

El cumplimiento de los ODM, como lo establece la Declaración del Milenio de la ONU, es la hoja de ruta que países pobres como Guatemala, deben seguir para lograr el desarrollo económico y social para sus ciudadanos por medio de la reducción de la pobreza y la desigualdad. Para ello, el Estado debe de garantizar que tanto sus propios recursos, como los que provienen de la cooperación internacional se inviertan en esos esfuerzos de manera eficaz y transparente.

Las organizaciones de la sociedad civil guatemalteca, para garantizar que los recursos que aporta la cooperación internacional no se desvíen ni desvirtúen hacia proyectos o programas que no son los prioritarios para el Estado, debe fiscalizar la administración y ejecución de los mismos, de manera coordinada con los países o agencias internacionales de cooperación.

Las instituciones académicas deben promover la investigación científica sobre los efectos e impactos de la cooperación internacional en el país, así como generar políticas y propuestas de reformulación e implementación cuando lo consideren necesario, para que la ayuda se canalice hacia el cumplimiento de los ODM.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdos de Paz. (1996) Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. Guatemala: SEPAZ. Presidencia de la República.
- Avances. (s/f) Extensión de Cobertura Primer Nivel de Atención en Salud. Guatemala: La experiencia exitosa de la extensión de cobertura. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Documento interno.
- Barbé, E. (1995) Relaciones Internacionales. Madrid: Editorial Tecnos.
- Barillas, E. (2004) Experiencias de Descentralización en Salud en América Latina: Descentralización y reformas del Sistema de Salud en Guatemala. Guatemala: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Cardona, D. (2005) Los instrumentos de inserción internacional y la política exterior: hacia una diplomacia integral. Colombia: Fescol, Cerec.
- Comisión para el Esclarecimiento Histórico. (1999) Guatemala Memoria del Silencio. Guatemala: Comisión para el Esclarecimiento Histórico.
- Del Arenal, C. (1990) Introducción a las Relaciones Internacionales. España: Editorial Tecnos.
- Diccionario Municipal de Guatemala. (2001) Biblioteca sobre Descentralización y Democracia. Guatemala: Cívica-Comodes
- Documento de Proyecto. (2006) Apoyo a la Administración de la Donación de USAID para la Provisión de Servicios Básicos de Salud por PSS y ASS. Guatemala: Gobierno de Guatemala-Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. (2002) Guatemala: Instituto Nacional de Estadística.
- Flores, W. (2008) El Sistema de Salud en Guatemala 4. ¿Así... funcionamos? Guatemala: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Jiménez, C. (2003) Las teorías de la cooperación internacional dentro de las relaciones internacionales. Revista POLIS – Investigación y análisis

- sociopolítico y psicosocial. Número 03. Año 03. Volumen 02 México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- García, M. (1993) Cooperación internacional y recursos humanos: el caso de Colombia. Colombia: Universidad de los Andes.
 - Maldonado, I. Coordinadora del Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Entrevista realizada el 03/08/2011.
 - MSPAS. (2005) Situación de la Salud y su Financiamiento. Período 1993-2003. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
 - MSPAS. (2008) Declaración de Antigua II: Informe de la Mesa Sectorial de Salud. Compromisos mutuos del Gobierno de Guatemala y G13 en el sector de Salud. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)
 - Morales, H. (2007) ¿Por qué tanta frustración? La cooperación internacional en la década de la agenda de la paz. En www.cdhhg.org, consultado el 18 de agosto de 2011.
 - Morales, H. (2010) Mirada crítica desde los sujetos políticos regionales. Cooperación internacional en Centroamérica. Guatemala: Tzukkim-pop.
 - Mux, D. (2001) La Cooperación Internacional en Guatemala. Actores, Estructuras y Experiencias del G13. Guatemala: Secretaría Permanente del Grupo de Coordinación de la Cooperación.
 - OPS. (2008) Cooperación Internacional en Salud en Guatemala. Situación y antecedentes en el trabajo conjunto y mapeo actualizado. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud (OPS)
 - Padilla, L. (1992) Teoría de las Relaciones Internacionales, La investigación para la Paz y el Conflicto. Instituto de Relaciones Internacionales e Investigación para la Paz. Guatemala: Serviprensa Centroamericana.
 - Pearson, F. y Rochester, M. (2003) Relaciones Internacionales: Situación Global en el Siglo XXI. Colombia: Graw Hill Ediciones.
 - Ripoll, A. (2007) La cooperación internacional: Alternativa interestatal en el Siglo XXI. Revista de Relaciones Internacionales, Estrategias y Seguridad.

- Enero-Junio 2007. Vol. 2. Número 01. Colombia: Universidad Militar Nueva Granada.
- Roberts, M. (2004) *Getting Health Reform Right: A guide to improving performance and equity*. Oxford University Press, New York, USA.
 - Salomón, M. (2001) *La Teoría de las Relaciones Internacionales en los Albores del Siglo XXI: Diálogo, Disidencia, Aproximaciones*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
 - Segeplan (2011) *Primer Informe Nacional Sobre Cooperación Internacional para el Desarrollo y Eficacia de la Ayuda en Guatemala Año 2008-2010*. Guatemala: Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia.
 - Solórzano, J. Coordinador de Proyecto PNUD-USAID. Entrevista realizada el 06/08/2011.
 - Truyol S. (1974) *La Sociedad Internacional*, Madrid, Alianza, 1974.
 - Vox Latina. (2009) *Informe de Impacto Proyecto PNUD GUA/05/027. 2005-2009*
 - Valladares, Ricardo. (2010) *Situación y tendencias del financiamiento de la salud en Guatemala*. Guatemala: USAID, PHRplus.
 - Zuñiga, M. Administrador de la Asociación Vivamos Mejor. Entrevista realizada el 12/07/2011.
 - _____ (2008) *Manual sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio con enfoque de Derechos Humanos*. Guatemala: Sistema de las Naciones Unidas en Guatemala.
 - _____ (2006) *Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF) Guatemala 2005-2009*. Guatemala: Sistema de las Naciones Unidas.

CONSULTAS WEB

- <http://www.oecd.org>,
- <http://semarnat.gob.mx>,
- <http://www.segeplan.gob.gt>
- <http://www.usaid.gov/gt.espanol/overview.htm>
- <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/20032/art/art5.pdf>
- <http://datos.bancomundial.org/pais/guatemala>

GLOSARIO

| | |
|-------|--|
| AOD | Ayuda Oficial al Desarrollo |
| ASS | Administradoras de Servicios de Salud |
| BCIE | Banco Interamericano de Integración Económica |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| BM | Banco Mundial |
| EA | Enfermero (a) Ambulatorio (a) |
| EE.UU | Estados Unidos |
| FAO | Organización para la Alimentación y la Agricultura |
| FMI | Fondo Monetario Internacional |
| IGSS | Instituto Guatemalteco de Seguridad Social |
| MA | Médico (a) Ambulatorio |
| MSPAS | Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social |
| ODM | Objetivos de Desarrollo del Milenio |
| OEA | Organización de Estados Americanos |
| OFID | Fondo para el Desarrollo Internacional |

| | |
|----------|---|
| OIM | Organización Internacional para las Migraciones |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organizaciones No Gubernamentales |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| ONUDI | Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PAP | Papanicolau |
| PIB | Producto Interno Bruto |
| PMA | Programa Mundial de Alimentos |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| PSS | Prestadoras de Servicios de Salud |
| SBS | Servicios Básicos de Salud |
| SEGEPLAN | Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia |
| SIAS | Sistema Integral de Atención en Salud |
| SRO | Suero de Rehidratación Oral |

| | |
|--------|--|
| UNESCO | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura |
| UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| USAID | Agencia Internacional para el Desarrollo del Pueblo de los Estados Unidos de América |

ANEXOS

- Guía de entrevistas

ENTREVISTA

“El resultado de la cooperación internacional en la ampliación de cobertura de salud en las comunidades más desprotegidas de Guatemala. El aporte de USAID en Nahualá, Sololá”

Datos del entrevistado:

Nombre: _____

Institución: _____

Cargo: _____

1. ¿Considera usted que los niveles de atención de servicios de salud de las comunidades vulnerables se mantienen igual, se han reducido o han mejorado, desde la implementación del Programa de Extensión de Cobertura?
2. ¿Por qué es importante la cooperación internacional para el mejoramiento de los servicios de salud en Guatemala?
3. ¿Cómo ha contribuido la cooperación financiera de USAID en la ampliación de los servicios de cobertura de salud en Guatemala?
4. ¿Qué implicaciones tiene para el Estado guatemalteco depender de la cooperación internacional para cumplir con los Objetivos del Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, principalmente las relacionadas con la salud?

5. ¿Ha sido eficiente la cooperación de la USAID en la reducción de los indicadores negativos de salud en Guatemala?
6. ¿Qué criterios utiliza USAID para financiar los proyectos de combate a la pobreza en Guatemala, especialmente los relacionados con el tema de salud?
7. ¿Es necesaria y eficiente la participación de las ONG en el logro de los objetivos del Programa de Extensión de Cobertura?
8. ¿Considera usted que Guatemala podría, sin el apoyo de la cooperación internacional, reducir los índices negativos en materia de salud?
9. ¿En términos generales, considera usted que con la cooperación financiera de USAID, mejora el nivel de vida de los beneficiarios directos? ¿Por qué?

- Instrumento guía generado de discusión en el grupo focal

“El resultado de la cooperación internacional en la ampliación de cobertura de salud en las comunidades más desprotegidas de Guatemala. El aporte de USAID en Nahualá, Sololá”

Participantes: Ocho mujeres de entre 18 y 27 años de edad, madres de hijos en etapa de lactancia, habitantes de las comunidades del municipio de Nahualá, Sololá, usuarias de los servicios de salud de extensión de cobertura.

Preguntas generadoras:

- 1) ¿Cómo califican ustedes los servicios de salud que reciben por medio de la ONG Vivamos Mejor?
- 2) ¿Saben ustedes quién o quiénes aportan los recursos para financiar los servicios de salud en esta comunidad?
- 3) ¿Han escuchado ustedes hablar de la USAID (se muestra su logotipo)?
- 4) ¿Están satisfechas con los servicios de salud que reciben en esta población ustedes, sus hijos pequeños, y sus familiares en general?
- 5) ¿Considera usted que los niveles de atención de servicios de salud de las comunidades pobres se mantienen igual, se han reducido o han mejorado, desde la implementación del Programa de Extensión de Cobertura y la donación que USAID hace para la prestación de los servicios?