

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

INFORME FINAL

**“LA REFORMA DE SALUD EN GUATEMALA
INFLUENCIADA POR LA EMPRESARIALIDAD”**

Estudio Descriptivo Transversal sobre las Características de Empresariedad de Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud dentro del Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública en el Departamento de Chiquimula

Presentado por:

CARLOS IVAN ARRIOLA MONASTERIO

Chiquimula, febrero de 2011



INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

El Director de Estudios de Postgrado del Instituto Nacional de Administración Pública -INAP-

C E R T I F I C A:

Primero: Haber tenido a la vista el examen de graduación que copiada literalmente dice: -----

“En la ciudad de Guatemala siendo las **once horas con quince minutos** del día viernes veinticuatro de febrero del año dos mil seis, reunidos en la sede del Instituto Nacional de Administración Pública -INAP- los Miembros del Tribunal Examinador Licda. Sandra Leticia Jiménez, Secretaria; Revisor del Trabajo de Investigación Lic. Luis Ismael Ariza Solís; Examinadores Lic. Nery Roberto Díaz Gómez y Lic. Héctor Hugo Vásquez Barreda para practicar el examen del estudiante **Carlos Iván Arriola Monasterio** sobre la investigación que realizó titulada **“La Reforma de Salud en Guatemala influenciada por la Empresarialidad”**: *Estudio Descriptivo Transversal sobre las Características de Empresarialidad de Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud dentro del Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud en el Departamento de Chiquimula.* **PRIMERO:** Los Miembros del Tribunal Examinador interrogaron en forma individual al postulante sobre el contenido de su investigación. **SEGUNDO:** Que habiendo contestado satisfactoriamente a los cuestionamientos que le fueron planteados al sustentante, fue **aprobado** por **unanimidad** de votos. **TERCERO:** El trabajo de investigación del sustentante aprueba **con correcciones**. **CUARTO:** La Secretaria del Tribunal Examinador ratificó lo anterior al postulante y declaró concluido el examen. **QUINTO:** No habiendo más que hacer constar y siendo las doce horas con veinte minutos se da por concluida la presente, en el mismo lugar y fecha de su inicio, firmando los que en ella intervinieron.-----





INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Y para los usos legales que al interesado **Carlos Iván Arriola Monasterio**, convengan extendiendo, firmo y sello la presente certificación en dos hojas de papel membretado del Instituto Nacional de Administración Pública, haciendo constar que no existen trámites o recursos pendientes de resolver en la ciudad de Guatemala a los catorce días del mes de febrero de dos mil once.

Vo. Bo.

Dr. Luis Alfonso Beteta Vásquez
Director de Estudios de Postgrado



ACTO QUE DEDICO

- A DIOS: Como fuente inagotable de bendiciones en mi vida, que me ha permitido cumplir cada una de las metas trazadas
- A MIS PADRES: Por haber forjado en mi personalidad los principios y valores morales del amor, del trabajo, la dedicación, el esfuerzo y el amor al prójimo.
- A MIS HERMANOS: Bata, Wales y Memo quienes en los tiempos adversos como en los fructíferos siempre me han tendido la mano para caminar con seguridad.
- A MI ESPOSA: Dilia, quien con amor, paciencia y sabiduría ha compartido cada uno de mis sueños y ha tenido el coraje de caminar a mi lado para alcanzarlos.
- A MIS HIJOS: Carlos Fernando, María Mercedes y Javier Antonio por ser los regalos más lindos que Dios me ha prestado y que ahora son la inspiración y motivación en mi vida para luchar y superar.
- A MIS TIAS: Celi y Chiqui, por ser ejemplo de fortaleza y amor, quienes en silencio piden bendiciones por mi hogar.
- A MI PATRIA: Porque sueño que un día sus verdaderos hijos resurjan y que todos unidos trabajemos por alcanzar la paz y el bienestar de todos los guatemaltecos.

INDICE

CAPÍTULO	CONTENIDO	PÁGINA
	INTRODUCCIÓN	i
I	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
	1.1 ANTECEDENTES	1
	1.2 DEFINICION DEL PROBLEMA	2
	1.3 DELIMITACIONES DEL ESTUDIO	3
II	JUSTIFICACIÓN	5
III	MARCO CONCEPTUAL	7
	3.1 OBJETIVOS	7
	3.2 HIPOTESIS	8
	3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	8
IV	MARCO TEORICO	10
	4.1 LA EMPRESARIALIDAD	10
	4.2 DEFINICIÓN DE ESTADO	15
	4.3 OBLIGACIONES DEL ESTADO GUATEMALTECO EN SALUD	17
	4.4 EL CONTEXTO DE LA REFORMA EN AMÉRICA LATINA	18
	4.5 DESARROLLO DE LA REFORMA EN GUATEMALA	19
V	MARCO METODOLÓGICO	27
VI	PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
	6.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	31
	6.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS	38
VII	CONCLUSIONES	41
VIII	PROPUESTA	42
IX	BIBLIOGRAFÍA	50
X	ANEXOS	55

INTRODUCCIÓN

La Empresarialidad es uno de los elementos de suma importancia dentro de las nuevas teorías administrativas y económicas, ya que lo que lleva implícito es una visión de rentabilidad y sostenibilidad dentro del marco de la libre competencia, otorgada por el mercado.

En los últimos años, la salud se ha considerado como una mercancía, de la cual tienen acceso todas aquellas personas que puedan pagar, olvidando y dejando por un lado todos aquellos preceptos históricos y constitucionales que dieron vida al “Derecho a la Salud”, en donde las personas verdaderamente gozaban de una calidad de vida, otorgada por las condiciones favorables de desarrollo humano, es decir, una actividad laboral adecuada y bien remunerada, recreación, satisfacción de las necesidades, etc. lo cual permitía al ser humano vivir con dignidad.

Con la finalidad de aumentar la cobertura a lugares lejanos y que nunca han gozado de atención médica, el Ministerio de Salud en el año de 1997 inició el Programa de Extensión de Cobertura, denominado Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS); para ejecutarlo comienza a desarrollar convenios con organizaciones no gubernamentales, llamadas Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud, justificando esta acción a través del discurso que lo privado es más eficaz que lo público.

En el presente estudio se hizo una caracterización de las Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud, con el fin de identificar los elementos de Empresarialidad de cada una de ellas, donde se pudo plasmar que el 85 % de estas superan el 65 % de dichos elementos, con lo cual podría considerarse que son óptimas dentro de la lógica de mercado para garantizar las acciones en salud.

Esta investigación se estructuró en base a los elementos de empresariedad encontrados en las diferentes organizaciones y sobre el desarrollo de los modelos económicos neoliberales, sumado a los elementos generales que se describen en cada uno de los capítulos, donde se parte de la conformación del sector salud en Guatemala y del contexto histórico que ha marcado el camino de la salud en el país, hasta los conceptos fundamentales del Estado y las diferentes teorías que analizan la salud como un bien, enlazado en una construcción metodológica de concepción estructural funcionalista que le dan forma a dicha investigación. Se finaliza en una propuesta que toma como base precisamente esos elementos de empresariedad, pero orientados a la construcción de un Estado de bienestar sólido, que a través del desarrollo de sus acciones permita recobrar la legitimidad de éste.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 ANTECEDENTES

El sector salud está conformado por instituciones del ámbito público, privado, militar, autónomas y organizaciones no gubernamentales y un importantísimo sector de medicina tradicional sobreviviente de la cultura maya, que aún se practica principalmente a nivel rural e indígena.

La cobertura poblacional que brindan las instituciones a nivel nacional es la siguiente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 35%; Instituto Guatemalteco de Seguridad Social 17%; Sanidad Militar 2.5%; organizaciones no gubernamentales, 4% y sector privado, 10%.(16)

La sumatoria institucional llega a un 58.5 % de cobertura, lo cual haría pensar sin lugar a dudas que más de un 40 % de la población no tiene servicios de atención, el problema que la estimación de un 10 % de atención privada no se puede definir con certeza, ya que estos no dan a conocer sus estadísticas; así mismo considerar que el sistema de medicina tradicional en el país es muy fuerte, en donde como menciona Menéndez, se convierte verdaderamente en el primer nivel de atención sin posibilidades de cuantificar. (16)

Es importante mencionar que en la historia de Guatemala el gasto público destinado a la salud ha sido insuficiente y aún más, este reducido gasto ha sido orientado a los aspectos curativos, a la red hospitalaria y muy poco a la Salud Pública en sus aspectos preventivos, lo cual genera condiciones de insalubridad alarmantes, mismas que se pueden apreciar con las altas tasas de infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica, parasitismo intestinal, etc. las dos primeras ocupando las principales causas de morbi mortalidad nacional.

1.2 DEFINICION DEL PROBLEMA

En el año de 1993 el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) publica su informe titulado "Invertir en Salud", donde comienza a dar lineamientos para la implementación de la Reforma del Sector Salud en América Latina. Dicha reforma contempla básicamente como argumentos, que los servicios públicos han sido y serán ineficientes, que el Estado debe dedicar su atención a los sectores más pobres y a otro tipo de acciones reguladoras, más que ejecutoras y que el sector privado es capaz de manejar el tema de salud de forma eficaz y eficiente. (6)

Para desarrollar la reforma, el discurso del BID afirma que se deben aumentar las coberturas, reducir la mortalidad materna infantil y llevar un servicio a las poblaciones postergadas, principalmente del área rural, principios técnicos aceptados, además necesarios, pero lo que no se dijo, que era a través de la contratación de servicios privados por medio de un paquete básico y un gasto por persona estimado de 5 dólares por año. (6)

Con estos lineamientos de libre mercado y de tinte neoliberal, la reforma se va gestando en diferentes países de América Latina. En Guatemala no se lograba implementar debido a la inestabilidad política y social que se vivía a causa del conflicto armado interno, lo cual era prioridad de agenda nacional la Defensa y no así la salud.(38)

En diciembre de 1996 se firman los Acuerdos de Paz en Guatemala entre el Gobierno y la Guerrilla, obteniéndose como producto un conjunto de normas que se convirtieron en la agenda de gobierno de turno para consolidar la paz y con esto obtener el apoyo de la comunidad internacional para construir el desarrollo del país.

Y es dentro del marco legal de los Acuerdos de Paz que se logra implementar la Reforma del Sector Salud en Guatemala, aprovechando la coyuntura del gobierno de turno, con claras tendencias económicas neoliberales.

En marzo de 1997 se firma en Guatemala el primer Convenio entre el Ministerio de Salud Pública y una Organización no Gubernamental localizada en Alta Verapaz de carácter eminentemente religioso, - aquí es preciso recordar que han sido las diferentes iglesias quienes históricamente han tenido un papel preponderante en la salud del país, pero que además tienen un firme compromiso con la sociedad-, con lo cual se comenzaba a evidenciar el objetivo final de la reforma, es decir, garantizar la sostenibilidad, ya que muchas de las organizaciones realizaban acciones de gestión de fondos fuera del convenio con el fin de prestar un mejor servicio, lo que se traducía en reducción de gastos por parte del sector gubernamental.

Pero con las coberturas tan bajas en la prestación de servicios en el país, el gobierno realizó más de 100 convenios con diferentes organizaciones incluyendo cooperativas de ahorro y crédito, iglesias, ONG's con carácter lucrativo, etc. con lo que los objetivos de la Reforma se comienzan a poner en duda, y es entonces, cuando surge la interrogante ¿Si las diferentes organizaciones con las que el Ministerio de Salud Pública efectúa convenios tienen características de Empresarialidad que les permita desarrollar sus acciones dentro del mismo marco de la Reforma de Salud en Guatemala y los mandatos de la Salud Pública y Promoción de la Salud?

1.3 DELIMITACION DEL ESTUDIO

1.3.1 Delimitación Teórica

Para el desarrollo de este estudio se partió de un fundamento teórico de carácter eminentemente político y económico, a manera de entender los cambios de actualidad que se promulgan a nivel mundial por medio de la globalización y la

corriente neoliberal. El entender las características políticas que lleva implícita la Reforma del Sector Salud y sus repercusiones económicas en el bolsillo de los usuarios hace también imperante analizar desde el punto de vista social el comportamiento de esta, y estar preparado para enfrentar los diferentes retos que se originarán de dicha Reforma.

1.3.2 Delimitación Geográfica

El área de estudio comprende los municipios de Chiquimula, Ipala, San José La Arada, San Jacinto, Quezaltepeque, Concepción las Minas, Esquipulas, Olopa, San Juan Ermita, Jocotán y Camotán del Departamento de Chiquimula.

1.3.3 Delimitación Institucional

Todas aquellas organizaciones no gubernamentales con las cuales el Ministerio de Salud efectuó convenio para el año 2005 para Administrar y/o Prestar Servicios de Salud dentro del primer nivel de Atención. Dichas organizaciones son ADISO, ACODERJE, ADDICA, PARROQUIA SANTIAGO JOCOTAN, ATRIDES, ASODENO, ACODEROL.

1.3.4 Delimitación Personal

Para lograr el objetivo se hicieron entrevistas de campo con el personal administrativo responsable de la conducción y toma de decisiones de las diferentes organizaciones Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud, con el fin de tener la información de las personas que son estratégicas dentro de la institución.

1.3.5 Delimitación Temporal

Esto se refiere al límite de tiempo en el cual se desarrolló la investigación la que corresponde a los meses de abril y mayo del año 2005, tomando en cuenta que los convenios que se efectúan con el Ministerio de Salud tienen vigencia un año, pero son

evaluados y confirmados en el mes de marzo, y de acuerdo a dicha evaluación se finalizará el convenio hasta diciembre.

CAPITULO II

JUSTIFICACIÓN

Para poder desarrollar en Guatemala el nuevo modelo de atención en salud se fundamentó bajo los marcos legales de la Constitución Política de la República¹, la Ley de Desarrollo Social² y los Acuerdos de Paz³, y para ejecutarlo el Ministerio de Salud Pública efectuó convenios con organizaciones no gubernamentales, muchas de las cuales sin ninguna experiencia en salud del primer nivel, pero sí con la bandera política de ampliar la cobertura, brindar un paquete básico de atención y cubrir las necesidades de las poblaciones postergadas, principalmente las del área rural. (6,30,39,40)

Dentro de la lógica de la Reforma del Sector Salud y en respuesta a sus principios neoliberales, en donde se plasma al “Mercado” como el mejor satisfactor de las necesidades, se busca a través de la contratación de dichas organizaciones no gubernamentales hacer un buen uso de los recursos, es decir, hacer más eficientes las acciones, lo que como consecuencia esperada generará la prestación de mejores servicios y por ende la satisfacción del usuario. (30)

Y es precisamente por la urgencia de efectuar convenios y comenzar a realizar acciones que justifiquen la Reforma que el Ministerio de Salud efectuó múltiples convenios con organizaciones de diferentes características, algunos convenios con

¹ Constitución Política de la República, Art. 3º. Derecho a la Vida, Art. 93 Derecho a la Salud, Art. 94 Obligación del Estado sobre salud y asistencia social, Art. 95 La Salud, bien Público

² Ley de Desarrollo Social, Art. 9 Descentralización, Art. 10 Obligación del Estado,

³ Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria, Cáp. II Desarrollo Social, Inciso b) Salud

iglesias, otros con ONG's de carácter lucrativo, cooperativas de ahorro, etc., en donde a través de la aplicación de un instrumento administrativo llamado HACYA (habilitación, adjudicación, certificación y acreditación) le permitió al Ministerio de Salud la capacidad de decidir sí efectuaba o no el convenio.

Pero dicho instrumento -HACYA- no evalúa características empresariales, aspecto que para el cumplimiento de la lógica de mercado es esencial, contrario a esto evalúa una serie de características técnico administrativas, tales como sus antecedentes laborales, su capacidad financiera, su estructura organizacional y recursos físicos con que cuenta, así como su constitución legal y cuentadancia que le permitan a la organización tener la capacidad administrativa y formal de manejar fondos del Estado y cumplir la serie de metas que el Programa establece.

Es por esta razón que luego de transcurridos los años y observando que las diferentes autoridades del sector salud cancelan y efectúan nuevos convenios, es que se justifica investigar, si este tipo de convenios obedece precisamente a la lógica de mercado, en aras de favorecer la sostenibilidad y para ello identificar si las organizaciones cuentan con los elementos de Empresarialidad que les permitan desarrollar sus objetivos y los del mismo Ministerio de Salud dentro del marco de Extensión de Cobertura.

CAPITULO III

MARCO CONCEPTUAL

3.1 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de Empresarialidad que tienen las Organizaciones Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud que efectuaron convenio con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Primer Nivel de Atención en el Departamento de Chiquimula en el año 2005.

3.2 ESPECIFICOS

- 3.2.1 Identificar los porcentajes de elementos de Empresarialidad que poseen las organizaciones Administradora y Prestadoras de Servicios de Salud.
- 3.2.2 Determinar el Espíritu Empresarial de las organizaciones que prestan los servicios de Salud.
- 3.2.3 Conocer la Visión de las Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud que trabajan en el departamento de Chiquimula.
- 3.2.4 Establecer la Capacidad Empresarial que poseen la Organizaciones que tienen convenio con el Ministerio de salud para la prestación de servicios.
- 3.2.5 Identificar los principios de Ética Empresarial que poseen las administradoras y prestadoras de salud en el Departamento de Chiquimula.

3.2 HIPOTESIS

3.2.1 HIPOTESIS

Las Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud que efectuaron convenio con el Ministerio de Salud para el año 2005 en el Departamento de Chiquimula no poseen características de Empresarialidad.

3.2.2 DEFINICION DE VARIABLES

- a. Variable Independiente: Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud
- b. Variable Interviniente: Empresarialidad
- c. Variable Dependiente: Espíritu Empresarial, Visión Empresarial, Capacidad Empresarial y Ética Empresarial

3.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable Independiente	Definición Conceptual	Indicadores	Fuente	Técnica
Administradoras y Prestadoras de Servicios de Salud	Organizaciones legal y jurídicamente establecidas con las que el Ministerio de Salud efectúa convenio para brindar servicios de salud		Primaria	
Variable interviniente				
Empresarialidad	Empresarialidad, sinónimo de competitividad, la cual tiene como		Primaria	*.Guía de entrevistas *. Fichas

	objetivo fundamental la obtención de ganancias, ya que esto llevará al desarrollo económico.			
Variable Dependiente				
1. Espíritu Empresarial	Espíritu empresarial, es lo que da ánimo y estimula a cumplir los objetivos dentro de la institución	a. Oportunismo, b. Emprendimiento, iniciativa c. Asumir riesgos d. Persistencia	Primaria	*.Guía de entrevistas *. Fichas
2. Visión Empresarial	Es como se visualiza la empresa en el tiempo	a. Verse como empresario b. Visión de rentabilidad c. Visión de calidad d. Visión social	Primaria	*.Guía de entrevistas *. Fichas
3. Capacidad Empresarial	Es contar con todos los elementos que favorecen el crecimiento de la empresa	a. Mercadeo y comercialización b. Producción c. Administración Finanzas	Primaria	*.Guía de entrevistas *. Fichas
4.Ética Empresarial	El conjunto de valores que hace crecer la Institución sin dañar a terceros	a. Valores b. Equidad c. Cultura Organizacional	Primaria	*.Guía de entrevistas *. Fichas

Se utiliza la variable interviniente “Empresarialidad” ya que es el medio que por definición le da vida a cada uno de los preceptos que la constituyen, y que para fines de este estudio, estos elementos de empresarialidad son los fundamentales a descubrir en cada organización.

CAPITULO IV

4. MARCO TEORICO

4.1 LA EMPRESARIALIDAD

Hablar hoy día de empresarialidad es como el sinónimo de que se tilde de capitalista, de neoliberal y sobre todo de agente anti Estado. Y no es casualidad esta serie de adjetivos, sino es producto de la herencia de las diferentes corrientes económicas, que llegaron a conceptualizar que el mercado es el único medio capaz de generar riqueza, dejando con esto a un lado al Estado.

Más aún en una tesis de Maestría, en una Institución que se dedica a la formación de servidores públicos y por ende a fortalecer el Estado, causa mucho escozor el hecho de abordar dicho tema, ya que se puede interpretar que se le está dando crédito a dicha función económica y de respaldarla como alternativa salvadora de la debilidad de nuestros países.

Se debe de tener claro que, se esté de acuerdo o no, por la debilidad histórica de nuestras sociedades, las posiciones políticas y económicas que desarrollen agencias multilaterales y organismos internacionales financiadores,- que luego son impuestas a nuestros gobiernos-, va a ser el denominador común a seguir, hasta que verdaderamente nuestros Estados estén fortalecidos y se construya un aparato público capaz, eficiente y sobre todo legitimado por sus acciones a favor de la población.

Ante esta coyuntura, es que se desarrolla el tema de “empresarialidad”, con el único fin de obtener los fundamentos principales de este tema para luego aplicarlos a una futura propuesta y que las debilidades que pueda tener nuestro andamiaje público

puedan ser solventadas por la misma teoría económica, pero con aras a fortalecer el Estado y mejorar la distribución de la riqueza y no hacer rico a un grupo que tiene posibilidades de créditos, tecnología y otras condiciones que hacen de un empresario una persona individual de éxito.

Antes de iniciar a describir las características de la empresarialidad, es conveniente hacer un paréntesis histórico y explicar algunas situaciones que no son nuevas pero que le dan la respectiva orientación teórica al tema.

En los últimos años se han publicado una gran cantidad de obras contrarias al enfoque de la economía, unas que parten desde el contexto no histórico y otros que llegan a mezclarla con la sociología. Y es por ello que los diferentes autores repiten una y otra vez que el hombre, tal como verdaderamente es y actúa, no solo se esfuerza por conseguir más comodidades materiales, sino que tiene además metas cada vez más elevadas, es decir, necesidades ilimitadas en una sociedad donde los recursos son más limitados.

Y de este concepto de economía, es que se va fundamentando a través del tiempo los diferentes conceptos de la oferta y la demanda. Conceptos que ya comienzan hacer hincapié en la situación normal del mercado, designándole su papel central como principal satisfactor de las necesidades de las personas.

Es importante observar de acuerdo a los diferentes autores cómo se van sumando a los conceptos económicos otros elementos y ya no solo la oferta y la demanda, tal y como los describe Kirzner en su artículo "El Empresario", donde manifiesta que en la actividad economizante el hombre se puede considerar ciertamente como distribuidor de cantidades estimadas, de medios entre diversos proyectos alternativos; y que por lo tanto la actividad económica no debe de visualizarse como un acto mecánico y pasivo, sino al

contrario, toda acción económica humana debe de ser activa, creativa y humana, es decir actuar con impulso y perspicacia.

Estos conceptos tuvieron mucho enfrentamiento con los economistas tradicionales, tal como lo señala José Luís Tapia, “muchos economistas se resisten a utilizar estos elementos modernizadores de la teoría económica e insisten en perfeccionar determinados instrumentos de análisis de equilibrio de precios y cantidades. Sobre este particular, debe señalarse que a finales del siglo XIX, durante el clásico debate del *Methodenstreit* se puso en evidencia, por primera vez, el profundo desacuerdo que existía en la profesión, por validar el uso de elementos dinámicos dentro de la metodología económica, como lo había propuesto la Escuela Austriaca.

Este rechazo se debió principalmente como se mencionó anteriormente a considerar a la economía como una actividad pasiva, estática, que respondía únicamente a la relación de maximización y de eficiencia, a la cual Kirzner le adjunta el elemento empresarial, innovador para que pueda tener una interrelación de mercadotecnia.

Una mercadotecnia que permita al empresario desarrollar una serie de actividades que le permitan generar riqueza, pero una riqueza sobre un sistema económico donde habitan las personas, dándole así un carácter subjetivo y cualitativo a la economía.

Ante esto señala José Luís Tapia: El profesor Kirzner sostiene que un individuo no es sólo maximizador y asignador de recursos, como aparece en casi todos los textos de economía, sino que en toda acción humana “.....está presente un elemento que, aunque es crucial para la actividad economizante en general no se puede analizar en términos de economía, maximización o de eficiencia. Calificaré a este elemento, por razones de las que daré cuenta, como elemento empresarial”. Más adelante señala que “Un mercado que conste exclusivamente de individuos que actúa economizando y maximizando no da lugar al proceso de mercado que queremos comprender”.

Pero Kirzner fue muy modesto en señalar que sus ideas no tenían nada de originales y que solamente integró los conceptos de empresarialidad de Mises y de competencia de Hayek. Es preciso subrayar que, gracias a los importantes aportes del profesor Kirzner la economía ha sabido superar la estrechez conceptual del permanente equilibrio con que la escuela neoclásica pretende interpretar al mercado. Más aún, si consideramos que cualquier economista puede tomar partido por tal o cual teoría, el análisis correcto lleva a considerar, en todos los casos, que el empresario es un creador de riqueza motivado a partir del descubrimiento de oportunidades de ganancias que aún no han sido aprovechadas por otros.

Estos últimos elementos sin duda deben de interpretarse con mucha precaución, ya que es precisamente de este discurso que se han ido vendiendo en los diferentes países de América Latina los intentos de Reforma, ya que se pinta un rostro humano del mercado, con grandes beneficios, que no desmeritan el esfuerzo de su aplicación, pero que en realidad va a depender de quien lo ejecute, para que se pueda sentir el impacto en el desarrollo de los países postergados.

Y como parte de este esfuerzo de introducir la Empresarialidad, el mismo Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha promovido en diferentes países del área programas innovadores de empresarialidad, a través de la incubación de pequeñas empresas. Pero estas pretenden comenzar desde la reforma del sistema educativo, para que dentro del pensum normal de estudios se pueda introducir elementos empresariales, que permita a los niños desde sus primeros pasos ir adaptando de manera natural el sistema económico. Prueba de ello son esfuerzos que se han hecho en Perú, Chile y Argentina, tal como el mismo Banco lo publicó en su documento "El BID y la Promoción de la Empresarialidad"

Los diferentes intentos de Reforma tanto en el sector salud como educación en Guatemala han ido aportando de manera muy solapada elementos de

empresarialidad, a través de un discurso social de incrementar cobertura y prestar servicios a poblaciones postergadas, con la diferencia que los organismos e instituciones encargados de operativizarlos no poseen ideológicamente estos conceptos, por lo cual no se visualiza como un todo empresarial cada una de las acciones, lo cual incluso ha permitido a los gobiernos utilizar como slogan este vacío diciendo, “el rostro humano del cambio”.

Con todo lo anteriormente expuesto podemos entonces hacer una descripción más técnica de lo que es la Empresarialidad y señalar sus características que serán utilizadas en la propuesta final.

Y para ello comenzar diciendo que empresarialidad se entiende como sinónimo de competitividad, la cual tiene como objetivo fundamental la obtención de ganancias, ya que esto llevará al desarrollo económico. (21)

La Empresarialidad como tal, según los fundamentos teóricos de Mises y Hayek y modificados a través de la incorporación del empresario de Kirzner, se considera que está formado de los siguientes cuatro elementos: (21, 37)

- a) Espíritu empresarial, es lo que da ánimo a la empresa y al empresario, y se visualiza por cuatro características:
 - a. Oportunismo, es decir, la capacidad para ver oportunidades
 - b. Emprendimiento, iniciativa
 - c. Asumir riesgos
 - d. Persistencia

- b) Visión Empresarial, que representa:
 - a. Verse como empresario
 - b. Visión de rentabilidad

- c. Visión de Calidad, como satisfactor del consumidor, como resultado de este proceso, ganancia económica
 - d. Visión Social
- c) Capacidad Empresarial, Dominio de las cuatro funciones empresariales:
- a. Mercadeo y comercialización
 - b. Producción
 - c. Administración
 - d. Finanzas
- d) Ética Empresarial, relacionada con la conducta moral del empresario:
- a. Valores
 - b. Equidad
 - c. Cultura Organizacional

Con la incorporación de estos elementos a un sistema económico tradicional se le da el énfasis de subjetividad a la economía lo cual hace ver, sin lugar a dudas, que a través de una actitud positiva y una serie de herramientas administrativas se pueden moldear las empresas y convertirlas en verdaderas empresas de éxito.

Este fundamento teórico es el que precisamente se utilizará en la propuesta final, pero basado en los diferentes contextos de la Reforma y amparado en las bases legales que rigen nuestro país.

4.2 DEFINICIÓN DE ESTADO

Siendo muchos los elementos que se toman en cuenta para distinguir las formas de Estado, especialmente en referencia a las relaciones entre la organización política y la sociedad, y como ambas han sido parte crítica y constructora del mismo, es

importante mencionar la tipología histórica más común y que hace mención a como ha sido su secuencia, así: Estado feudal, Estado Estamental, Estado Absoluto y Estado Representativo.

Todo este camino histórico ha llevado al Estado a diferentes concepciones, desde calificarlo de un mal necesario, hasta promulgar su desaparición por el marxismo. Pero a pesar de todo este recorrido histórico el Estado continúa teniendo un papel de suma importancia en nuestra sociedad, mismo que definió Weber, en uno de sus escritos, así: “El Estado desde una perspectiva institucional y oficial, es el orden apoyado en y por todo el aparato legal que constituyen las leyes y la misma Constitución y cuyos preceptos, mandatos y ordenaciones pueden cambiarse. Dicho orden aspira a ser válido, no únicamente frente a los miembros que lo conforman como asociación y los cuadros administrativos que ayudan y controlan su funcionamiento, sino hacia todos los que habiten en el territorio comprendido por su poder.

Estas asociaciones buscan el principio de la acción asociativa, es decir que tiene por fin, propiciar lo que posteriormente Parsons llamó “la integración” dentro de su sistema funcionalista estructural. Esta integración, no es más que el andar unido de las diferentes estructuras, basándose en las diferentes funciones que cumplen en el sistema social, lo que hace que los actores sociales guíen sus acciones en aras de los papeles – expectativas que les corresponden, en buscar una mejor cohesión entre los diferentes niveles y clases sociales y por ende un mejor funcionamiento del Estado como órgano rector, aglutinador, emisor de políticas y poseedor legal de los poderes del país. (42)

Esta definición de Weber ha inspirado a diferentes autores a la construcción de muchas más, pero cada una de ellas va a depender de su corriente filosófica, y es por

esta razón que la propuesta lleva un carácter más estructural funcionalista y se recoge una definición más resumida:

“Estado es la organización política soberana de una sociedad humana establecida en un territorio determinado, bajo un régimen jurídico, con independencia y determinación, con órganos de gobierno y administración que persiguen determinados fines mediante actividades concretas.” (41)

En función de estas definiciones los Estados se han organizado para poder atender a esa sociedad humana con actividades concretas, y en Guatemala según la Constitución Política de la República se puede resumir así:

4.3 OBLIGACIONES DEL ESTADO GUATEMALTECO EN SALUD

Art. 1º. Protección a la persona. El Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia; su fin supremo es la realización del bien común.

Art. 2º. Es deber del Estado garantizarle a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona.

Art. 3º. El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.

Art. 93. Derecho a la Salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Art. 94. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos su habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Art. 95. La Salud bien público. La salud de los habitantes de la nación es un bien público. Todas las personas e instituciones están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.

Art. 98. Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

En las líneas siguientes se podrá apreciar como todos estos mandatos constitucionales se han utilizado como presentación para el desarrollo de la Reforma, pero utilizados desde un punto de vista mercantil, que es justamente donde se rompen los preceptos del Derecho a la Salud.

4.4 EL CONTEXTO DE LA REFORMA EN AMÉRICA LATINA

Para poder ir comprendiendo los contextos sobre los cuales las Reformas del Sector Salud se fueron gestando por toda América Latina, es importante hacer referencias básicamente a las condiciones de los Estados del istmo, tales como, optimismo desmedido en la política, diagnóstico negativo en la economía, democracia limitada por doquier y serios problemas económicos con impactos negativos en los acontecimientos sociales.

Todos estos elementos generaron condiciones necesarias para comenzar un discurso en contra del Estado, calificándolo de ineficaz, ineficiente y por sobre todo con altos índices de corrupción. Haciendo ver que este ya no es más aquel espacio aglutinador de fuerzas políticas con miras al desarrollo social, sino más bien su papel debe ser ahora solo regulador, dejando todo su actuar histórico en manos del sector privado.

Pero estos eventos provocaron tensiones en los Estados Latinoamericanos, incluyendo graves amenazas a la ruptura del orden institucional, que a la vez era cada vez más fuerte con las medidas económicas de endurecimiento que los Estados Unidos generaron en el área. Y esto se fue haciendo más fuerte en Centro América debido a los conflictos armados internos, principalmente en el Salvador, Guatemala y Nicaragua, que con el slogan de combatir el comunismo intervienen las decisiones

políticas de los países centroamericanos financiando guerras internas por años con lo cual provocaron desarticulación social y enfrentamiento.

Los Estados latinoamericanos tienen que invertir sus recursos a la guerra interna, no siendo prioridad de las agendas los servicios sociales.

Toda esta situación es bien manejada ya en la década de los noventa por el Banco Mundial (BM), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), donde paulatinamente los Estados de la región van solventando sus crisis internas y comienzan a obedecer una política de reconstrucción basada en las prioridades para los más pobres.

Y es justamente en el año de 1993, donde el BID publica su documento “Invertir en Salud”, donde esconde a través de un discurso social y no lejano de la realidad y de las necesidades de las poblaciones su nueva estrategia de intromisión en los Estados Latinoamericanos.

Pero esta vez su estrategia viene ya partiendo de la plataforma de los Estados débiles, en donde estos tienen tanto que atender que no lo pueden hacer, y solamente el libre mercado lo puede garantizar, afirmado que lo privado es más eficiente que lo público y que el Estado únicamente debe preocuparse de las personas más pobres y las que tienen posibilidades que paguen por los servicios. (6)

4.5 DESARROLLO DE LA REFORMA EN GUATEMALA

4.5.1 Historia de la Implementación de la Reforma

En Guatemala, al igual que el resto de países de América Latina, el Estado destinó muchos recursos para el conflicto armado interno, no siendo prioridad de la agenda

las actividades de tipo social, lo cual se evidenció en el reducido gasto en salud que se realizó por mucho tiempo.

Por la misma situación de transición política que vivió el país, no había condiciones óptimas para que la Reforma de Salud articulara con las políticas de los diferentes gobiernos. Es importante recordar, que el régimen democrático se comienza a consolidar con el gobierno de la Democracia Cristiana en los años de 1986 a 1990, pero que luego el presidente Jorge Serrano Elías en 1993 realiza el autogolpe de Estado, con lo cual vuelve a desequilibrar el andamiaje democrático que recién se estaba consolidando. Las agendas políticas de estos gobiernos iban más encaminadas a fortalecer la democracia, más que a implementar programas.

Luego Ramiro de León Carpio (1993-1996) tiene una agenda de transición, ya que tiene como mandato volver a encausar la direccionalidad de los gobiernos a los procesos democráticos. Y es justamente al tomar posesión el Gobierno del Partido de Avanzada Nacional (PAN) en el año de 1996, que la Reforma del Sector Salud comienza a articularse con las políticas de gobierno y amparadas en el mandato legal de los Acuerdos de Paz, lo cual hace permeable su incorporación como agenda nacional.

Con todo un marco legal plasmado en los Acuerdos de Paz, que respondía a suprimir las causas que dieron origen al conflicto armado interno, llegando a satisfacer las necesidades de la población postergada y con metas bien definidas, tales como reducir la tasa de mortalidad materna infantil, aumentar el gasto en salud, etc. el gobierno del PAN impulsa la Reforma y la va consolidado conforme va efectuando convenios con las diferentes organizaciones, que en un principio fueron de iglesia, tal es el caso de Talita Kumi en Cobán, Alta Verapaz y Parroquia de Jocotán en Chiquimula, quienes gozaban de la credibilidad de su accionar en sus sitios de

trabajo, lo cual favorecía la implementación de las acciones, sirviendo de modelo para el desarrollo del Programa de Extensión de Cobertura.⁴

Con el gobierno del PAN se sientan las bases para dar continuidad a la Reforma, luego ocurre nuevamente el cambio de gobierno, correspondiendo en esta oportunidad al gobierno del Frente Republicano Guatemalteco (FRG), durante el período 2000-2004, un gobierno de centro derecha, controversial y de mala imagen, quien a través de un discurso populista y confrontativo logra llegar al poder, pero llega sin planes de trabajo bien definidos, y por lo tanto, continúa la Reforma como única propuesta, sin cambios sustanciales en su estructura.

4.5.2. Estrategias de la Reforma y su Impacto en la Equidad del Sistema de Salud

Las políticas y estrategias de la Reforma de Salud abarcan al Ministerio de Salud, al IGSS y a los servicios privados con o sin fines de lucro. Asimismo, éstas son justificadas por una serie de argumentos técnicos como la búsqueda de la equidad, calidad, eficiencia y eficacia en los servicios de salud; y en caso particular de la seguridad social, se reforma a la transición demográfica y epidemiológica que ocurren en el país de acuerdo al criterio de los impulsores de la reforma. (39)

No obstante, en pocas ocasiones se pueden encontrar explicaciones que den cuenta de la lógica a la que obedecen y del cuerpo doctrinario sobre el que se basan estas políticas y estrategias. Para ello hay que diferenciar dos niveles de análisis. El primero, relacionado con las estrategias esenciales que le dan la lógica a todo el proceso de transformación del sector; y, la segunda que es la que generalmente se presentan en los documentos de gobierno, que permiten entender cuál será la

⁴ Población de bajos recursos. Crear las condiciones para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad a la población de bajos recursos. El gobierno se compromete a aumentar los recursos destinados a la salud. Como mínimo, el gobierno se propone que el gasto público ejecutado en salud con relación al PIB, para el año 2000, sea incrementado en 50 % respecto al gasto ejecutado en 1995

configuración futura del sector, su relación con campos de actividad económica importantes en salud y su impacto en la equidad.(40)

La esencia del proceso de reforma se puede ubicar en seis de las estrategias fundamentales e implícitas en el discurso del BID y de los diferentes gobiernos.

- a. Estimular la demanda por servicios privados: la forma como se ha generado una mayor demanda de servicios sociales privados por parte de la población, es a través de la reducción del gasto social dirigido a mantener una provisión pública de servicios. En el caso de la salud, una tendencia clásica es abandonar el gasto de atención curativa (bien privado), especialmente la hospitalaria, que es la que preferentemente interesa ser mercantilizada y por ello ser ofertada por privados con fines lucrativos. En Guatemala, aunque con una institucionalidad pública crónicamente en crisis y ya desprestigiada, esto se observó a partir del año 1987, con el abandono de la inversión hospitalaria. No obstante hay que señalar que los escasos estudios del desarrollo del sistema de salud y de lo público-privado en Guatemala, han concluido que el sistema ha favorecido al sector privado de salud y que la gran proliferación de organizaciones no gubernamentales que prestan servicios de salud puede ser considerada como una privatización por desgaste de acuerdo a la definición de Starr. (6, 7, 38, 39)
- b. Desarrollar formas estables de financiamiento: la demanda de servicios de salud debe hacerse efectiva, es decir, que la población tenga capacidad de pago para la compra de dichos servicios. Para ello se deben buscar formas estables de financiamiento, dado el reconocimiento del alto costo de los servicios de salud y la imposibilidad de mantener su financiamiento sostenido por medio del pago directo del bolsillo.

En las reformas existen dos mecanismos para esos fines. El primero de ellos, y el menos importante por lo bajo del gasto público de salud, es a través de la compra de servicios privados por parte del Estado. El segundo y determinante para consolidar una reforma que logre ampliar el mercado de salud, es por medio de la reforma de la seguridad social. La desmonopolización en este caso del IGSS, y la proliferación de los seguros privados de salud aseguran la capacidad de pago de la población. De esa forma se deja un esquema solidario y redistributivo; por otro, que brinda atención en salud de acuerdo a la situación económica y social particular de las personas. (38, 39, 40)

- c. Diferenciar lo rentable de lo no rentable: el objetivo de ampliar el mercado de la salud es evidentemente para que este sea un buen negocio. Por ello, los seguros privados tienen la posibilidad de seleccionar a la población que tiene bajo riesgo de enfermar e ingresos suficientes, con el fin de establecer aseguramientos rentables. (39)
- d. Promover la capacidad de los privados de ofertar servicios: ante un aumento de demanda efectiva, debe existir la suficiente oferta de servicios privados. De ahí, que el Estado subsidie inicialmente esta oferta a través de, por ejemplo: la compra de servicios con fondos públicos y mecanismos de exención fiscal, como el caso de las empresas que, además del IGSS, contratan un seguro privado y cuyo gasto es deducible de impuestos. (20,21)
- e. En los últimos tres años se ha dado un incremento en la compra de servicios privados por parte del Ministerio de Salud y del IGSS. En el caso del IGSS, esta etapa de contrataciones, previa a los cambios en su Ley Orgánica, puede ser entendida con un doble objetivo: el primero, acostumbrar a la población afiliada a ser atendida en servicios privados; y el segundo, como un subsidio para que determinadas áreas de especialización médica adquieran la

capacidad de una provisión mayor de servicios en el momento que se de un crecimiento del aseguramiento privado.(38,39)

- f. Incorporar la lógica de mercado en todo el sector: con esos fines, medidas como la descentralización cobran importancia dado que es el mecanismo a través del cual se justifican asignaciones presupuestarias por desempeño (productividad), la proliferación de mezclas público-privadas como relaciones contractuales y la flexibilización laboral.(20, 21, 38)

- g. Reducir o limitar el papel redistributivo del Estado: mediante la provisión de servicios básicos localizados en la población más pobre. Como se ha explicado anteriormente, hay razones claras por las que se decide apoyar a la población pobre con servicios de salud. Para ello se define una intervención estatal en salud muy plasmada en paquetes básicos y en el caso del primer nivel de atención, en un masivo voluntariado para ejecutar los servicios del SIAS. Todo esto contribuye, además, a una creciente demanda por servicios privados, dado el bajo contenido de los programas de salud estatales. (6, 7, 20, 21, 39)

En Guatemala esta propuesta de reestructuración del sector ha sido explícita en los documentos de gobierno (MSPAS, 1996 y MSPAS, 1997) y refuerza las condiciones para expandir al menos tres ámbitos de interés del mercado, que son: la administración de los fondos de salud por instituciones financieras (igualmente por el fondo de pensiones), la prestación de servicios; y la provisión de insumos para el funcionamiento del sistema como tecnología médica (terapéutica y diagnóstico) y medicamentos. (28, 39)

La versión más avanzada de esta seguridad pública sería el actual Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) de primer nivel de atención. Este se basa en la contratación de organizaciones privadas para ejecutar un modelo de atención que

incluye un paquete básico de servicios de salud y un modelo organizativo a nivel comunitario. Sin embargo, en él se han encontrado diferentes fuentes de inequidad relacionadas con las estrategias de la reforma y son las siguientes:

- a. Ante la implementación de un paquete básico carente de integridad, universalidad y cobertura apropiada, las organizaciones que trabajan bajo convenio, instrumentan diversos mecanismos, como el pago directo, la autogestión o la captación de fondos de cooperación externa, para asegurar una cobertura más completa. No obstante esto depende del tipo de organización, su experiencia y naturaleza, por lo que dicho proceso se da de una manera muy heterogénea, en las diferentes prestadoras privadas. (40)
- b. La contratación privada sin una debida acreditación y supervisión que asegure mínimos de homogenización en la calidad de la prestación de servicios, facilita que la gran diversidad de capacidades y naturalezas de las organizaciones privadas sean fuentes de inequidad en la prestación del SIAS. Lo observado, en las prestadoras SIAS, es que muchas veces no llegan a ejecutar ni el paquete básico por las que son contratadas por el Ministerio de Salud.
- c. Responsabilizar a las comunidades de aspectos del modelo de atención que difícilmente pueden cubrir y que son claves para el éxito de la prestación de servicios del SIAS. Ello determina que para varias acciones del SIAS no existen las condiciones mínimas para su realización. De esa manera, el modelo del SIAS es altamente dependiente de las desiguales capacidades comunitarias, por ejemplo: las instalaciones de los centros de convergencia o la posibilidad de trabajar de manera voluntaria para el sistema. En la actualidad más del 90% del personal que interviene en el primer nivel de atención, es voluntario (promotores de salud y comadronas). (20)

- d. Un modelo de atención en salud formulado a nivel central, que no es posible negociar para adecuarlo a las características locales. No se toman en cuenta los factores locales como los diferentes grados de dispersión comunitaria, ampliamente reconocida en el ámbito rural guatemalteco, que pueden afectar directamente la ejecución del modelo. En términos de equidad, no hay un modelo diferente para situaciones diferentes, que homogenice las condiciones de acceso a las medidas y servicios de salud. Es decir, que no se plantea una metodología que conduzca los diferentes grados de exclusión de la población a un mínimo de prestación de servicios; sino al revés, se busca calzar una metodología rígida que al no adaptarse a las particularidades locales, es fuente de inequidad y no logra llevar ni la prestación mínima planificada.(39,40)

En síntesis, el modelo pretende que las debilidades que este presenta sean subsanadas por las diferentes organizaciones, tal como lo demostró el estudio de Verdugo (21) sobre tres prestadoras de servicios de salud, en donde se evidencia claramente el enorme subsidio que dichas organizaciones hacen para la realización del paquete básico, subsidio que de manera errónea no se visualiza, si no que más bien por la misma mística y filosofía de las organizaciones se cumple con los objetivos de llevar al servicio donde más se necesita.

Esto claramente responde a la gestión constante de fondos para suplir el déficit presupuestario del Ministerio, lo cual tiene como resultado una clara diferencia de prestación de servicios entre organizaciones que tienen mayor capacidad de gestión.

CAPITULO V

5. MARCO METODOLOGICO

a. TIPO DE ESTUDIO

Observacional Descriptivo Transversal

b. AREA DE ESTUDIO

Departamento de Chiquimula

c. UNIVERSO

Siete organizaciones no gubernamentales que efectuaron convenio para el período del 2005 con el Ministerio de Salud Pública para Administrar y/o Prestar los Servicios de Extensión de Cobertura en el Departamento de Chiquimula. Dichas organizaciones son las siguientes:

No.	ORGANIZACIÓN	ACTIVIDADES SEGÚN MANDATO
1	ACODERJE	Asociación para la Coordinación del Desarrollo Rural de San Juan Ermita
2	ACODEROL	Asociación para la Coordinación del Desarrollo Rural de Olopa
3	ADICCA	Asociación para el Desarrollo integral de las comunidades Camotecas
4	ADISO	Asociación para el Desarrollo Integral Sostenible de Oriente
5	ASODENO	Avocación del Desarrollo Nuevo Oriente
6	ATRIDEST	Avocación del Trifinio para el Desarrollo Sostenible
7	PSJ	Parroquia Santiago Jocotán, Desarrollo de actividades dentro de la Pastoral Social de la Iglesia Católica

d. CRITERIOS DE INCLUSION

- d.1 Organizaciones no gubernamentales que efectuaron convenio con el Ministerio de Salud en el año 2005.
- d.2 Organizaciones con sede en el departamento de Chiquimula.

e. CRITERIOS DE EXCLUSION

- e.1 Organizaciones que no posean convenio con el Ministerio de Salud.
- e.2 Organizaciones que no tengan sede en el departamento de Chiquimula.

f. ESCALA DE MEDICION DE VARIABLES (Índice)

Con la finalidad de hacer lo más objetivamente posible la información recabada, se presenta un índice que permite ponderar cada una de las preguntas.

Por no contar con estándares previos se elaboró uno de acuerdo a la idoneidad que debería de tener cada organización que administra fondos públicos y que tiene convenio con el Ministerio de Salud en el Departamento de Chiquimula, usando para esto los criterios de empresariedad.

Es importante mencionar que de estos cuatro elementos el que corresponde a espíritu empresarial y a ética empresarial, son de carácter subjetivo, por lo cual en el momento de su interpretación debe de considerarse, ya que de alguna forma favorecerá o perjudicará la ponderación final y no por esto, calificar de adecuada o inadecuada empresariedad.

No.	Indicador	Porcentaje	Valor Ideal	Valor Obtenido
1	Espíritu Empresarial	20 %	20	
2	Visión Empresarial	20 %	20	
3	Capacidad Empresarial	45 %	45	
4	Ética Empresarial	15 %	15	
	TOTAL	100 %	100	

Al finalizar la encuesta, los datos serán introducidos en una matriz que recoja los elementos y porcentajes descritos.

g. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el trabajo de campo se diseñó una encuesta, esta se estructuró a través de la revisión bibliográfica, donde se extrajo los cuatro principales elementos de empresarialidad, lo que constituyó en el estudio la variable dependiente. Esta encuesta se practicó a través de una entrevista estructurada con preguntas cerradas, esto con el fin primordial de evaluar si los gerentes tenían claros dichos elementos y que las respuestas no se perdieran en discursos o para- fraseos innecesarios.

Previo a la aplicación del instrumento a las organizaciones a estudiar, la encuesta fue validada con el Gerente General de Cooperativa El Recuerdo en San Pedro Pinula, Jalapa, organización que desde el año de 1998 lleva a cabo convenio con el Ministerio de Salud para ejecutar el Programa de Extensión de Cobertura. Esta validación permitió hacer las adecuaciones necesarias y corregir términos y vocabulario para su mejor entendimiento.

A través de citas telefónicas se fijaron fechas para visitar cada una de las organizaciones, ajustando los tiempos a las posibilidades de atención de cada uno de los gerentes.

h. ANALISIS ESTADISTICO

Por las características del estudio, el universo reducido y la encuesta cerrada se hicieron análisis porcentuales descriptivos a través de tablas que permitieron el ordenamiento sencillo de la información.

Así mismo para la ponderación de los resultados se utilizó la siguiente tabla la cual permitió calificar con objetividad los resultados.

No.	Indicador	Valor Real	Interpretación
1	Espíritu empresarial	20	0-10 inadecuado 11-15 regular 16-20 adecuado
2	Visión Empresarial	20	0-10 inadecuado 11-15 regular 16-20 adecuado
3	Capacidad Empresarial	45	0-20 inadecuado 21-35 regular 36-45 adecuado
4	Ética Empresarial	15	0-5 inadecuado 6-10 regular 11-15 adecuado

i. PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

Se contó con un permiso oficial de la dirección de cada organización, además con un aval de la Universidad de San Carlos de Guatemala que justifique el estudio y que esto permita la cooperación de los informantes.

Es importante mencionar que la encuesta no incluye el nombre del informante por razones de secretividad.

CAPITULO VI

PRESENTACION, ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO 1

DISTRIBUCIÓN DE PRINCIPALES OBJETIVOS ESTRATÉGICOS QUE DESARROLLA CADA ASS Y PSS EN EL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA PARA EL PERÍODO 2005

No	ORGANIZACIÓN	SALUD	EDUCACION	CREDITO	PRODUCCION	DESARROLLO ECONOMICO
1	ACODERJE	SI	SI	SI	NO	NO
2	ACODEROL	SI	SI	SI	SI	SI
3	ADICCA	SI	SI	NO	NO	SI
4	ADISO	SI	SI	NO	NO	NO
5	ASODENO	SI	SI	SI	NO	SI
6	ATRIDEST	SI	SI	SI	SI	SI
7	PSJ	SI	SI	NO	NO	NO
	TOTAL	7	7	4	2	4

Fuente: Boleta de recolección de datos

INTERPRETACION

Este cuadro se presenta con la intención de visualizar objetivamente las principales actividades que realiza cada una de las organizaciones participantes del estudio. Es importante incluirlo, ya que de alguna manera comienza a tener correspondencia con los elementos del mercado, tal como, la producción.

Como se menciona en la descripción de las organizaciones (pagina 20) seis de estas, del total de siete son organizaciones de desarrollo, y más aún de desarrollo integral, más sin embargo, es interesante cruzar la información y apreciar que a pesar de su mandato únicamente dos realizan actividades de producción, es entonces válido cuestionarse ¿de qué manera realizan este desarrollo?

CUADRO 2

PORCENTAJE GENERAL DE ELEMENTOS DE EMPRESARIALIDAD CON QUE CUENTAN LAS ASS Y PSS EN EL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA QUE EFECTUARON CONVENIO CON EL MSPAS PARA EL PERÍODO 2005

No.	ORGANIZACIÓN	ELEMENTOS DE EMPRESARIALIDAD
1	ACODERJE	30 %
2	ACODEROL	100 %
3	ADICCA	65 %
4	ADISO	70 %
5	ASODENO	80 %
6	ATRIDEST	90 %
7	PSJ	65 %

Fuente: Boleta de recolección de datos

INTERPRETACION

Se puede observar que todas las organizaciones tienen elementos de empresarialidad, aunque claramente unas en mayor porcentaje que otras. Pero en general, 6 de 7 organizaciones, lo que representa el 85%, poseen 65% de elementos de Empresarialidad y dos de ellas (ACODEROL Y ATRIDEST) tienen un porcentaje mayor de 90%, lo cual es casi directamente proporcional al desarrollo de uno de sus objetivos estratégicos, la producción. Tal es el caso de ACODEROL, que expresamente trabaja con la producción y comercialización del café.

Es también importante mencionar que todas estas organizaciones llevan varios años de trabajar en la región, antes de efectuar convenio con el MSPAS, lo cual no debe de interpretarse como que es a raíz de este convenio que desarrollan sus habilidades empresariales.

CUADRO 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE EMPRESARIALIDAD QUE EVIDENCIÓ CADA UNA DE LAS ASS Y PPS EFECTUARON CONVENIO CON EL MSPAS PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

ORGANIZACIÓN	ESPIRITU 20	VISION 20	CAPACIDAD 45	ETICA 15	TOTAL 100
ACODERJE	10	0	20	0	30
ACODEROL	20	20	45	15	100
ADICCA	20	10	25	10	65
ADISO	20	10	30	10	70
ASODENO	20	15	30	15	80
ATRIDEST	15	15	45	15	90
PSJ	20	10	30	5	65

Fuente: Boleta de recolección de datos

INTERPRETACION

Este cuadro presenta el punteo porcentual de cada organización en relación a cada uno de los elementos de empresarialidad incluidos en este estudio.

Es importante hacer la interpretación por variable, ya que a excepción de ACODEROL y ATRIDEST que tienen su capacidad empresarial total, lo cual vuelve a marcar la relación entre su objetivo estratégico de producción y su alto nivel de empresarialidad, las restantes cinco organizaciones obtienen una ponderación aceptable pero sobre una sumatoria de factores subjetivos tales como el Espíritu y la Ética empresarial, que además tiene alta asociación con el carecer de objetivos de producción y ser más organizaciones de carácter social y que destinan sus recursos en actividades de salud y educación.

CUADRO 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE ESPÍRITU EMPRESARIAL DE LAS ASS Y PSS DENTRO DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

ORGANIZACIÓN	PORCENTAJE DE CARACTERÍSTICA DE ESPIRITU EMPRESARIAL	PONDERACION
ACODERJE	10/20	INADECUADO
ACODEROL	20/20	ADECUADO
ADICCA	20/20	ADECUADO
ADISO	20/20	ADECUADO
ASODENO	20/20	ADECUADO
ATRIDEST	15/20	REGULAR
PSJ	20/20	ADECUADO

Fuente: Boleta de recolección de datos

INTERPRETACION

El espíritu empresarial definido como el aspecto que da ánimo, donde la organización se debe de ver exitosa, claramente una apreciación subjetiva, pero válida e importante, donde el 71 % de las organizaciones considera estar adecuado. Este mismo porcentaje de organizaciones manifiesta dicho espíritu en aras de contribuir al desarrollo integral de las personas y comunidades postergadas, en la búsqueda constante de oportunidades de beneficio social y no tanto como empresa lucrativa.

CUADRO 5

DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE VISIÓN EMPRESARIAL DE LAS ASS Y PSS DENTRO DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

ORGANIZACIÓN	PORCENTAJE DE CARACTERÍSTICA DE VISION EMPRESARIAL	PONDERACION
ACODERJE	0/20	INADECUADO
ACODEROL	20/20	ADECUADO
ADICCA	10/20	INADECUADO
ADISO	10/20	INADECUADO
ASODENO	15/20	REGULAR
ATRIDEST	15/20	REGULAR
PSJ	10/20	INADECUADO

Fuente: Boleta de recolección de datos

INTERPRETACIÓN

Es interesante observar este cuadro muy contrario al anterior, donde el Espíritu Empresarial es adecuado, mientras que aquí la Visión Empresarial es en el 57% de las organizaciones inadecuado, un 28% es regular y solamente una organización que representa el 14% es adecuado, esto obedece precisamente a que no está dentro de su mandato ni mucho menos dentro de sus objetivos la rentabilidad, sino más bien las actividades están orientadas a favorecer el desarrollo integral, talvez no económico, ya que no hay rentabilidad, si no un desarrollo más pausado a través de ir fortaleciendo la salud y la educación, con lo cual el otro pilar del desarrollo no interviene y por lo tanto la mesa estará coja.

CUADRO 6

DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE CAPACIDAD EMPRESARIAL DE LAS ASS Y PSS DENTRO DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

ORGANIZACIÓN	PORCENTAJE DE CARACTERÍSTICA DE CAPACIDAD EMPRESARIAL	PONDERACION
ACODERJE	20/45	REGULAR
ACODEROL	45/45	ADECUADO
ADICCA	25/45	REGULAR
ADISO	30/45	REGULAR
ASODENO	30/45	REGULAR
ATRIDEST	45/45	ADECUADO
PSJ	30/45	REGULAR

Fuente: Boleta de recolección de datos

INTERPRETACION

La Capacidad Empresarial es el principal eje dentro de una empresa, ya que precisamente está relacionada con todas aquellas actividades de producción, de mercadeo y comercialización, lo cual sin lugar a dudas comienza a generar ganancias, y estas ganancias bien administradas comienzan a cerrar el círculo del negocio y por ende de participación en el mercado. Es decir no basta con tener Espíritu ni Visión Empresarial sino se cuenta con elementos como la productividad.

Nuevamente se puede observar que únicamente el 28 % de las organizaciones tienen una adecuada capacidad empresarial el restante 72 % la tienen de manera regular. Es precisamente en esta ponderación donde ese 72 % de las organizaciones baja su calificación y que precisamente tiene correspondencia con una falta de visión a lo empresarial, sino que sigue evidenciado una proyección más de tipo social, pero que debe de cuidarse para no caer en el asistencialismo destructivo.

CUADRO 7

DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE ETICA EMPRESARIAL DE LAS ASS Y PSS DENTRO DEL PROGRAMA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA DEL DEPARTAMENTO DE CHIQUIMULA

ORGANIZACIÓN	PORCENTAJE DE CARACTERISTICA DE ETICA EMPRESARIAL	PONDERACION
ACODERJE	0/15	INADECUADO
ACODEROL	15/15	ADECUADO
ADICCA	10/15	REGULAR
ADISO	10/15	REGULAR
ASODENO	15/15	ADECUADO
ATRIDEST	15/15	ADECUADO
PSJ	5/15	INADECUADO

Fuente: Boleta de recolección de datos

INTERPRETACION

En este cuadro llama mucho la atención como se pueden dar ponderaciones de inadecuado en el 28 % de las organizaciones, 28 % de regular y 44 % de adecuado, cuando casi debería de ser un tema inherente a todos. Sin embargo, vale la pena interpretar que es cada día más las organizaciones encaminan todos sus esfuerzos a la Capacidad Productiva, sin considerar que si el recurso humano desarrolla sus actividades dentro de un ambiente ético como resultado lógico obtendrá beneficios económicos.

Es un llamado de atención en un mundo globalizado, como estos elementos éticos se irán desvaneciendo y que pueden enmascarse en beneficios monetarios, con lo cual se corre el riesgo de perder una serie de valores morales que han permitido a muchas organizaciones crecer y mantenerse en el tiempo, sin olvidar lo productivo.

6.2 ANALISIS DE RESULTADOS

Con los resultados obtenidos se puede dejar plasmado que la Hipótesis de Investigación es refutada, ya que el 85% de las organizaciones con las que el Ministerio de Salud efectuó convenio para la Administración y Prestación de Servicios de Salud en el Departamento de Chiquimula cuentan con un 65% de elementos de empresariedad.

Este resultado dentro de la lógica mercantil es importante, porque podría interpretarse como una posible subvención futura de las acciones en salud por parte de las organizaciones, lo cual permitiría al Estado disminuir su gasto público y aumentar la participación de la sociedad civil, con lo cual los preceptos del neoliberalismo estarían manifestándose a plenitud.

Pero más que un análisis dentro de la lógica del neoliberalismo, es conveniente hacer una reflexión desde las condiciones sociales de Guatemala. Primero recordar que muchas de estas organizaciones de desarrollo han nacido como una alternativa de suplir la ausencia del Estado y la mayoría de éstas con financiamiento internacional que deben responder a los objetivos de las agencias, objetivos a veces fuera de los contextos locales.

Luego considerar que estas organizaciones nacen con un mandato de desarrollo integral, pero que como se evidenció dentro de los objetivos estratégicos de estas, la producción no está definida. Sin este aspecto se corre el riesgo de que las acciones de las diferentes organizaciones caigan en el error del asistencialismo, de mantener actividades que no propicien el desarrollo, y que al final ellas mismas lleguen a declinar y que busquen como una alternativa de sobrevivir el efectuar convenios con instituciones del Estado.

Además, estas organizaciones han sido calificadas por el Ministerio de Salud, más por sus características administrativas que por sus habilidades técnicas, ya que el 86 % de estas inició a realizar actividades de salud en el momento que efectuaron convenio, lo cual vuelve a evidenciar que se sigue considerando a la salud como una mercancía.

Sería un grave error sostener la tesis que el mercado podrá de alguna manera modificar las causas estructurales que han llevado a nuestro sistema sanitario a condiciones precarias y a la pobreza general en el país. Un mercado que a través de sus políticas y reformas busca en las condiciones más reducidas llevar un paquete de servicios básicos de salud a la población, un paquete limitado que no obedece a perfiles epidemiológicos locales, sino a un modelo que define de antemano las enfermedades a las cuales la población tiene el derecho de enfermarse, ya que es a estas enfermedades a las que se les puede dar respuesta, entonces el usuario es atendido, su demanda satisfecha y por lo tanto la intervención es adecuada, sin olvidar que hay un sin número de factores de riesgo en esas comunidades que favorecen las condiciones de susceptibilidad para que la población se enferme, sin ninguna posibilidad que la política sectorial las atienda, pero si en la lógica, dejando abierto el espacio para que a través de las actividades de mercado, como la prestación de servicios con organizaciones, sean estas las que puedan gestionar recursos y atender estos vacíos, esto cumple doble finalidad, atender a la población necesitada y responder a los mandatos de desarrollo integral con la cual nace la organización.

La mayor parte de las organizaciones efectúan convenio para potenciar sus actividades, ninguna de ellas reflexionando en el fondo preciso del convenio, y mucho menos el considerar que estas acciones si no se definen correctamente pueden debilitar al Estado y volver a caer en la crítica de que lo privado es mejor que lo público.

Y no es el objetivo criticar si la prestación de servicios es adecuada o inadecuada, si la contratación de prestadoras y administradoras es correcta o incorrecta, en Guatemala han habido grandes esfuerzos y en las actividades comunitarias se pueden palpar cambios tanto de tipo cualitativo como cuantitativo, donde existe una participación activa y voluntaria de la población, es precisamente cuando se ve el entusiasmo que consolida los elementos de la definición de la Salud Pública “un esfuerzo organizado de la comunidad para alcanzar un bien.....”.

Y dentro de este esfuerzo organizado recae el papel de las Administradoras y Prestadoras, en donde más que visualizar si tiene elementos de empresarialidad que obedezca a la lógica mercantilista, debería de considerarse, como ahora a estas organizaciones que ya poseen ese elemento que de alguna manera les dará vida para cumplir sus mandatos, se les fortalece en los aspectos del “Derecho a la Salud”, esto con fines de ir reduciendo un paquete básico inadecuado y construir un sistema de salud equitativo, en donde todas las personas gocen de empleo, vivienda, recreación, condiciones sanitarias adecuadas, un mejor ambiente, etc. condiciones que sin lugar a dudas cambiaran las condiciones de vida de los habitantes del país y como resultado lógico volver a los preceptos de mercado, tener una población sana que permita desarrollar al máximo su capacidad productiva.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

1. La hipótesis del estudio fue refutada, ya que el 85 % de las Administradoras y Prestadoras del Departamento de Chiquimula tienen por arriba del 65 por ciento de elementos de Empresarialidad.
2. El espíritu empresarial de las organizaciones que prestan servicios de salud pueden caer en el asistencialismo ya que no logran definir bien su carácter de productividad y por lo tanto de sostenibilidad.
3. Solo el 28% de las Organizaciones de Desarrollo Integral que efectuaron convenio con el Ministerio de Salud en el año 2005 en el Departamento de Chiquimula tiene dentro de sus objetivos estratégicos realizar actividades de producción.
4. Al realizar la caracterización individual de cada uno de los componentes de Empresarialidad, se obtuvo que únicamente dos organizaciones de siete tienen una adecuada Visión y Capacidad Empresarial, elemento directamente relacionado con la producción y la rentabilidad.
5. Solamente el 54 % de las organizaciones tiene una adecuada característica de ética.
6. Se puede inferir que el 86 % de las organizaciones han visto que el hacer convenio con el Ministerio de Salud es una oportunidad de mantener ingresos económicos, ya que estas organizaciones antes del convenio, no habían realizado acciones en salud.

CAPITULO VIII

PROPUESTA

Es necesario antes que nada dejar plasmado, que la Empresarialidad no debe de verse como un aspecto negativo dentro del desarrollo de una organización, institución, etc. sino al contrario, debe de concebirse como una característica fundamental que deberían de tener todas y cada una de ellas, ya que estas características le permitirán satisfacer sus necesidades, cubrir sus objetivos propuestos y disponer de un remanente que debe redistribuirse.

El error cae precisamente cuando se mezclan dos procesos diferentes, en este caso, la salud con el mercado. Dos actividades totalmente diferentes, máxime si se quiere concebir una salud integral, de acceso a los más pobres y sobre todo de calidad. Y se remarca error, porque la palabra mercado se asocia con privatización, lo cual genera una percepción de compra y venta de la salud, donde un gran porcentaje de la población guatemalteca sin lugar a dudas no tendrá oportunidad de acceder, entonces este término genera casi por definición poca accesibilidad.

Pero es precisamente de ese error que se ha cometido, que se pretende hacer un aporte y cambiar esas concepciones tradicionales, muchas veces de ideologías cerradas, a una oportunidad de contextos y de corrientes económicas del momento y convertirlas en herramientas para fortalecer al Estado.

Para comprender hacia dónde va encaminada la presente propuesta, es necesario aclarar algunos términos y definiciones universalmente aceptadas, de carácter más técnico, pero con una serie de elementos políticos inmersos, que han pasado por alto, con el fin que permitan facilitar precisamente esa integración política, y que se entienda que la suma de los dos puede proporcionar una alternativa de implementación basada en el mismo objetivo, el “bien común”.

a. Promoción de la Salud

Conjunto de acciones que tiende a conseguir el ideal de la salud, es decir, el completo estado de bienestar físico, social, mental y espiritual, a través de garantizar el acceso a la alimentación, vivienda, educación, empleo, condiciones económicas, recreación, descanso, cultura, y no solo la ausencia de enfermedad.

b. Atención a la Salud

Fundamento de diversas estrategias que se aplican para la atención médica, y que incluyen: aplicación de actividades preventivas, curativas y de rehabilitación; la atención de problemas físicos, mentales y sociales, el cuidado de todo el grupo familiar, el trabajo en equipo, el saneamiento ambiental y la proyección hacia la comunidad.

c. Derecho a la Salud

Partiendo de los artículos 93, 94 y 95 de la Constitución Política de la República de Guatemala, se puede decir:

“Es todo aquel derecho que goza todo guatemalteco de alcanzar el completo estado de bienestar físico, social y mental, a través de que el Estado garantice y facilite los medios mínimos para que las personas puedan acceder al trabajo, la vivienda, la alimentación, el vestido, la recreación, en donde a través del cumplimiento de lo anterior todas las personas e instituciones correspondan a velar por su conservación y restablecimiento con un alto nivel de responsabilidad.”

d. Atención Primaria en Salud

Estrategia basada en las resoluciones de la Conferencia de Alma Ata, para alcanzar la “Salud para todos en el año 2000”, con la participación de una gran cantidad de países del mundo, incluido Guatemala, la cual incluye aspectos tales como: Promoción de la salud, incremento de acciones preventivas, atención a los

padecimientos más frecuentes y endémicos, suministro de alimentos y medicamentos, salud materno infantil y planificación familiar, adiestramiento y capacitación al personal, trabajo en equipo y participación activa de la comunidad, tecnología adecuada y de bajo costo, ampliación de la cobertura e integración de los servicios de salud, así como de saneamiento ambiental básico.

Si se analiza con detalle cada una de las definiciones anteriores, se verá que en todas y cada una de ellas lleva implícita la presencia del Estado, así mismo el esfuerzo unido de la población tanto en su planificación como en su ejecución, y que desde esa base legal que proporciona la Constitución Política de la República, enfocando a la salud como un Derecho, es que se elabora la siguiente propuesta:

Para dar inicio es necesario partir de la premisa que el Estado debe de seguir siendo la Estructura Político Administrativa máxima del país, que debe desarrollar todas sus funciones que le corresponden por mandato constitucional y no únicamente relegarlo a una función puramente reguladora.

Ese punto de partida, debe de fortalecer y devolver al Estado por parte de la población la confianza y la credibilidad, a través de sus acciones y proyecciones de carácter público y con esto construir un Estado legítimo y legitimado.

Esa estructura del Estado, no es algo virtual, es la esencia, la estructura y el andamiaje del desarrollo del país, y dejar claro que esta estructura es dinamizada por el Recurso Humano, para lo cual en primer momento se deben de realizar tres acciones concretas:

1. Modificación y aprobación de la Ley de Servicio Civil que permita la creación de la Carrera Pública.

2. Esta carrera pública permitirá que se ocupen todos los cargos, principalmente los de dirección por capacidad, es decir por oposición, dejando con esto por un lado el clientelismo y dando paso a la meritocracia.
3. Este fortalecimiento del recurso humano, en una constante dinámica de formación y capacitación, debe de evidenciar su producto en una redefinición de políticas públicas y la creación de políticas sectoriales y municipales pero que lleven la misma visión de Estado.

Esta estructura Administrativa fortalecida y visionaria en todas las dependencias del Estado permitirá:

1. Realizar una mezcla público privada, es decir, la contratación de organizaciones no gubernamentales por parte del Estado para desarrollar diferentes actividades, pero que esta no se entienda como una privatización, sino como una transferencia de bienes del Estado, en donde las organizaciones desarrollen dichas actividades en aras de fortalecer el mismo Estado, que estas acciones se traduzcan en beneficios a la población y que estos beneficios se constituyan en eslabones de legitimación.
2. Para lograr esto, esa mezcla público privada debe de realizarse sobre los fundamentos del Estado y no de las organizaciones y mucho menos del “mercado”, esto para dejar de pensar en la salud como mercancía y devolverle el carácter de “bien público”

El contar con recurso humano calificado y de carrera pública, aunado a una visión amplia, que constitucionalmente permita y faculte al Estado involucrar a todos los sectores para alcanzar sus objetivos, debe de partir de una reestructuración que facilite

hacer esa contratación privada, y para ello utilizar las herramientas que actualmente están vigentes, tales como:

1. Mejorando el instrumento HACyA que actualmente tiene el Ministerio de Salud (Habilitación, Acreditación, Certificación y Adjudicación) para efectuar convenios con organizaciones no gubernamentales, en un instrumento que además de contemplar los requisitos administrativos, incluya los elementos ideológicos y políticos que verdaderamente fortalezcan al Estado, es decir, efectuar convenios con organizaciones que estén en la misma línea.
2. Estos elementos deben de incluir
 - a. Tiempo de constitución y de operación
 - b. Experiencia mínima de 5 años en el área
 - c. Aceptación y reconocimiento por parte de las poblaciones a atender
 - d. Conocimiento claro de su visión, misión y objetivos
 - e. Antecedentes de proyección social en la región
 - f. Entrevistas con cuadros directivos que permitan conocer sus apreciaciones sobre el Estado, el Derecho a la Salud, el Derecho a la Atención
 - g. Calificar si existen propuestas escritas por parte de las organizaciones sobre los diferentes temas de salud
 - h. Tomar en cuenta si pertenecen a una red o grupo de organizaciones que mantengan debate continuo sobre el tema de la salud

Con la valoración de estos elementos, más los puramente administrativos y financieros, que claramente son importantes, el Ministerio de Salud estaría en condiciones de efectuar convenio con alguna organización.

Será función del Ministerio de Salud dar todos los elementos técnicos necesarios para lograr y alcanzar las metas en salud propuestas, aspecto que actualmente se hace de

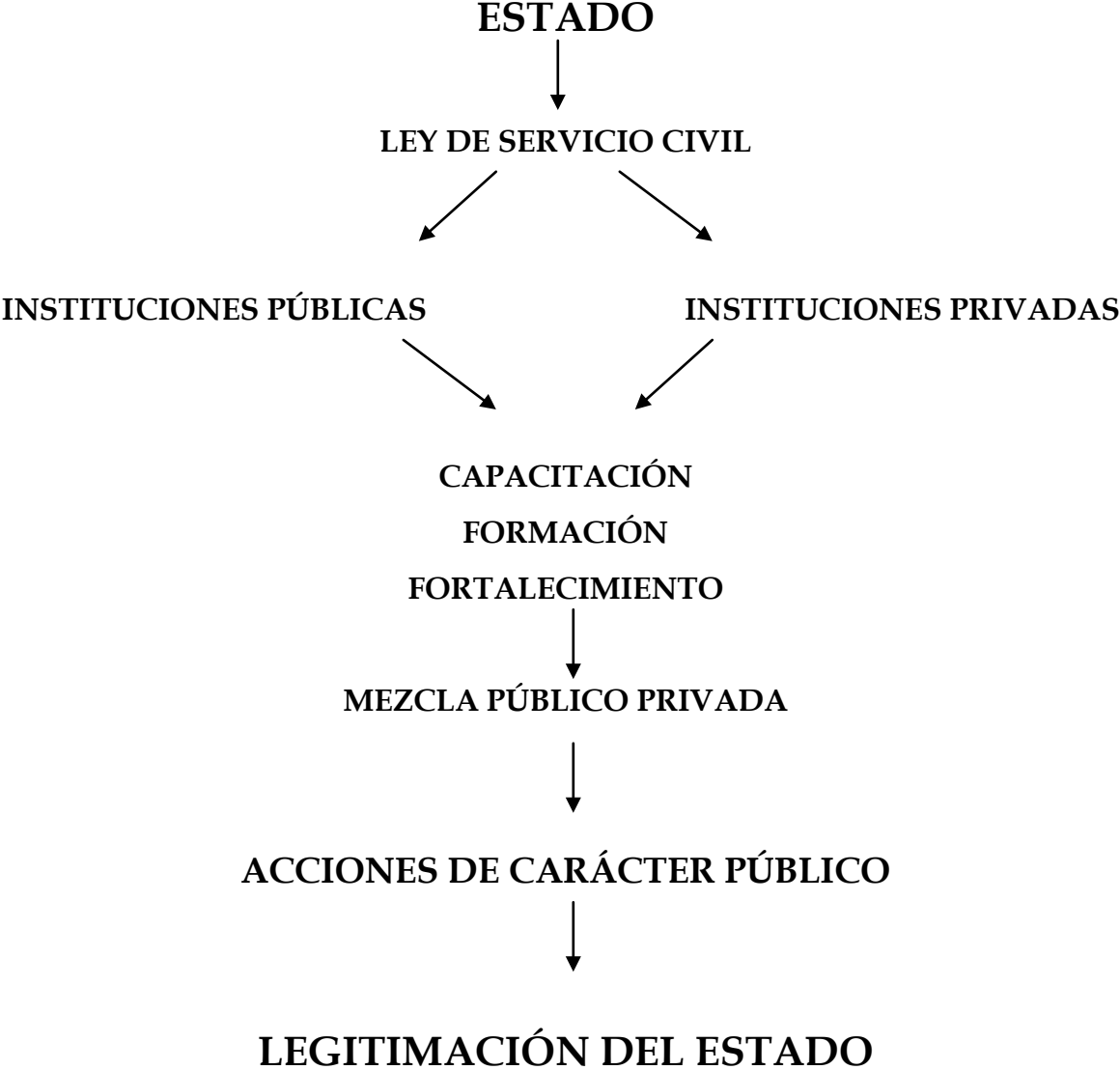
buena manera y que no es el objeto de la propuesta. Pero hay aspectos más políticos y administrativos que se han descuidado y que son a los que la propuesta se enmarca, teniendo claro, que al mejorar estos aspectos, como resultado lógico lo técnico operativo también mejorará:

1. Fortalecer a las diferentes organizaciones en las áreas administrativas y financieras, que incluyan precisamente elementos de empresarialidad, pero principalmente los correspondientes al Espíritu Empresarial y Ética Empresarial, que son los dos elementos subjetivos de la empresarialidad y que tienen relación con las actitudes de las personas y por lo tanto de las organizaciones, que son precisamente las que se pueden modificar o influir en aras de fortalecer al Estado, devolviéndole a éste ese carácter ético y espiritual que ha perdido.
2. Capacitar constantemente al recurso humano de la organización sobre temas como el Estado de Derecho y el Derecho a la Salud, esto con el objetivo que todas las acciones que se desarrollen lleven implícitas esos fundamentos para que le den un carácter integral y como consecuencia lógica de bien público.
3. Desarrollar en los dirigentes de las organizaciones la Capacidad Empresarial, que les permita tener un crecimiento económico y una garantía de permanencia y continuidad. Esto claramente tiene una visión de mercado, pero va en razón del siguiente numeral.
4. Generar en las diferentes organizaciones y que sea una actividad visible también en el mismo Estado, el “papel distributivo de los recursos”, que permita desarrollar un ambiente de solidaridad y no de limosna. A manera de ejemplo: Las grandes empresas generan utilidades considerables, muchas de ellas constituyen sus fundaciones, y operan con el slogan de suplir las

ausencias del Estado y venden a la población una imagen de “proyección social”, cuando lo que hacen es trabajo asistencialista que somete a la población en dependientes de ellos y con esto ellos se legitiman. Pero es precisamente cuando se habla de mejorar el papel distributivo, que los recursos se distribuyan a la población con un sentido solidario, que les permita el crecimiento económico y social y no el “pan para hoy y el hambre para mañana”. Pero este papel distributivo no debe de concebirse como que las instituciones aporten sus ganancias al sistema, sino más bien como esas ganancias permiten que las instituciones aporten en la construcción de lo público.

5. Y en función de esto, poder visualizar la convergencia de las organizaciones con el Estado para:
 - a. Participación en la elaboración, discusión y ejecución de políticas sectoriales, municipales y porque no decirlo, políticas públicas nacionales, que recojan la gran experiencia desde su actividad cotidiana con una misma visión de nación.
 - b. Construir una red de organizaciones privadas con carácter público como medio de fiscalización social de las mismas actividades del Estado.
 - c. Desarrollar constante capacitación y formación sobre gerencia pública en todas las organizaciones, que permitan la participación y la retroalimentación de todo el andamiaje público.
 - d. Formar recurso humano calificado desde las diferentes organizaciones, que les permita acceder al aparato público, y así cerrar el ciclo de personal calificado con visión pública en organizaciones privadas y que esta insume para la consolidación de la carrera de gestión pública.

En resumen, debe de trabajarse en dos líneas paralelas -El Estado y las Organizaciones- pero desde la base de su Recurso Humano, que sea este el que permita el desarrollo de todo lo anteriormente propuesto, que claramente se trata de representar en el siguiente esquema la línea lógica de acción que parta de conocer el Estado, modificando la Ley de Servicio Civil y evitar el clientelismo para que a través de un proceso continuo de capacitación se forme recurso humano garante de trabajar por un bien común y así devolver al Estado su legitimidad, pero sobre la base de la satisfacción de las necesidades de la población.



CAPITULO IX

BIBLIOGRAFÍA

1. Abedis Donabediaan. Una Aproximación a la monitorización de la calidad Asistencial, Primera y Segunda Parte, Editorial Interamericana. 1986.
2. Acuerdos de Paz, Capítulo de Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. Guatemala, 1996.
3. Angelelli, Pablo Javier y Juan José Llisterri. El BID y la promoción de la empresarialidad: Lecciones aprendidas y recomendaciones para nuevos programas, Marzo 2003.
4. Arellano, Rolando. Marketing, Enfoque América Latina, Editorial McGraw Hill, Capitulo 2, México 2002.
5. Asociación Amigos del País. Historia General de Guatemala. Tomo VI, Edición de Biblioteca, Guatemala, 1997.
6. Banco Interamericano de Desarrollo Invertir en Salud. Informe de Desarrollo del año 1993.
7. Banco Interamericano de Desarrollo. Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, Segunda Etapa (PMSS-II) Noviembre 1999.
8. Bilbao Terk, Mirian. Perfiles del Estado emprendedor en el gobierno local. Docente investigadora, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, 1998.

9. Bobbio, Norberto. Estado Gobierno y Sociedad, Por una Teoría general de la Política. Fondo Cultura Económica, México, 1998.
10. Brook y Jacobs. Marco Conceptual del Control de Calidad. Capítulo I, II y III, 2001.
11. Cabrera Marcos, Rudy. El Sistema Integral de Atención en Salud -SIAS-, una evaluación de su contribución al desarrollo social en el Departamento de Sacatepéquez. Tesis de Maestría, Universidad Mariano Gálvez, Noviembre 2003.
12. Canales, Francisca. Metodología de la Investigación, Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud No. 35, Segunda Edición. 1994
13. Código de Salud y su Reforma. Capítulos 1 al 6, Guatemala. 2001.
14. Constitución Política de la República de Guatemala. Asamblea Constituyente, Artículos 93,94 y 95. mayo 1985.
15. De la Cruz Escoto, Jesús. Concepción Metodológica Documento de Revisión, INAP 2002.
16. GSD Consultora, Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Guatemala, Segunda Edición, Guatemala, diciembre 2001.
17. GSD Consultores Asociados. Guatemala 2005, Visión Conjunta de Servicios de Salud y Líneas de Acción Estratégica. Guatemala, Noviembre 1999.
18. Hernández Sampieri, Roberto. Metodología de la Investigación, Tercera Edición, Editorial Mc Graw Hill. México. 2003.

19. H. Vuori, Errare Humanum Est”, Calidad en Salud. Garantía de Calidad en APS. 2000.
20. Instancia Nacional de Salud. Primer Encuentro de Prestadoras, Documento interno, Memoria de noviembre 1999.
21. Instancia Nacional de Salud, MEMISA Holanda. Análisis de la implementación del modelo de Primer nivel de Atención del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). Guatemala, abril 2000.
22. Laurell. Asa Cristina, La Lógica de la Privatización de la Salud. Segundo Seminario Latinoamericano de Políticas Sanitarias. México, 1994.
23. Laurell, Asa Cristina. La Política Social del Neoliberalismo, Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. Fundación Friedrich Ebert. México, 1994.
24. Leal Rodríguez, Juan Francisco. El Gobierno, las Empresas y las Organizaciones de la Sociedad Civil, como actores del diseño de la Sociedad Contemporánea, Consultor, INAP, 2002.
25. Martínez Calvo, Silvia. Modelo formativo capacitante para el Análisis de Situación de Salud. Ciudad de la Habana, Cuba, 1995.
26. Maul, Hugo. Competitividad e Industrialización. Cámara de Industria de Guatemala, julio, 2003.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Habilitación, Adjudicación, Certificación y Acreditación de Prestadoras y Administradoras de Servicios de Salud. Documento del SIAS, octubre 2000.

28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud**, Diario de Centro América. Guatemala. Junio 1999.
29. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. **Programa Sectorial de Salud**. Guatemala, Mayo 1994.
30. Ministerio de Salud de Nicaragua. **Primer Taller sobre Calidad Total**. Managua. junio 1995.
31. Miranda, José. **La Mezcla Público-Privado para la Provisión de Servicios de Salud: Procesos e Implicaciones**. Revista de la Instancia Nacional de Salud, Portadores de Sueños, Año 2 (6): 6-10, Guatemala abril-junio 2003
32. Monzón García, Samuel. **Introducción al Proceso de Instigación Científica**. Tercera Edición, Editorial Oscar de León Palacios, Guatemala, 2003.
33. Organización Panamericana de la Salud. **Lineamientos para la Elaboración de Perfiles de los Sistemas de Servicios de Salud en los países de la región**. Diciembre 1998
34. Organización Panamericana de la Salud. Carol M. Gilmore, **Manual de Gerencia de la Calidad**. Volumen III, 1996.
35. Organización Panamericana de la Salud. **Revisión y Desarrollo de los Modelos de Atención en Salud**. Proyecto Subregional de Consolidación e incremento de la capacidad gerencial de los servicios de Salud en Centroamérica, Guatemala 1995.
36. PNUD. Guatemala, **La Salud, El rostro rural del desarrollo humano**, Capitulo VI, Guatemala, 2002.

37. Pinto, Julio César. **Raíces Históricas del Estado en Centro América**. Edición Universitaria, Colección Textos. Volumen IX. USAC. Guatemala, 1989.
38. Tapia, José Luís. **Consideraciones Acerca de la Empresarialidad**, Instituto de la Libre Empresa, julio, 2002.
39. Verdugo, Juan Carlos. **Los riesgos de la reforma del sector salud y el papel de la sociedad civil en Guatemala**. La Modernización del Estado y la Política de Salud en Guatemala período 1986-1998. Guatemala.
40. Verdugo, Juan Carlos. **La Reforma de la Salud en Guatemala**, Revista de la Instancia Nacional de Salud, Portadores de Sueños. Año 1 número 0:3-12, Guatemala, Agosto 2001.
41. Verdugo, Juan Carlos. **Neoliberalismo e Inequidad en el Primer Nivel del SIAS** Revista de la Instancia Nacional de Salud, Portadores de Sueños. Año 2 número 2: 2-6, Guatemala, Abril-Junio 2002.
42. WWW/ Acosta Romero, Miguel, **Fundamentos de Filosofía Política y Teoría del Estado**. 1997.
43. WWW Medina Delgado, Raúl, **El Pensamiento Clásico Sociológico y sus Interpretaciones del Estado**. 2001.
44. WWW/ Kirzner, Israel M. **Competencia y Empresarialidad**. 2da. Edición, año 1998.

X. ANEXOS

GLOSARIO

1. Administradoras de Servicios de Salud (ASS)

Organizaciones con personalidad jurídica que cuentan con una estructura administrativa y contable apropiada para administrar los fondos transferidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), para apoyar las actividades de prestación de Servicios Básicos de Salud (SBS) por parte de Grupos Organizados y Distritos Municipales de Salud.(24)

2. Prestadoras de Servicios de Salud (PSS)

Organizaciones con personalidad jurídica que tengan la capacidad técnica y experiencia para prestar los Servicios Básicos de Salud de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) que además es necesario además que tengan estructura Administrativa y Contable que se requiere para administrar los fondos transferidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (24)

3. Empresarialidad

Empresarialidad, sinónimo de competitividad, la cual tiene como objetivo fundamental la obtención de ganancias, ya que esto llevará al desarrollo económico. (21)

La Empresarialidad está formada de cuatro elementos fundamentales (21, 37)

A. Espíritu empresarial, es lo que da ánimo y se visualiza por cuatro características:

- I. Oportunismo, es decir, la capacidad para ver oportunidades
- I. Emprendimiento, iniciativa

- II. Asumir riesgos
 - III. Persistencia
- B. Visión Empresarial, que representa:
- I. Verse como empresario
 - II. Visión de rentabilidad
 - III. Visión de Calidad, como satisfactor del consumidor, como resultado de este proceso, ganancia económica
 - IV. Visión Social
- C. Capacidad Empresarial, Dominio de las cuatro funciones empresariales:
- I. Mercadeo y comercialización
 - II. Producción
 - III. Administración
 - IV. Finanzas
- D. Ética Empresarial, relacionada con la conducta moral del empresario:
- I. Valores
 - II. Equidad
 - III. Cultura Organizacional

4. Reforma del Sector Salud

Conjunto de preceptos y lineamientos establecidos por organismos internacionales y adoptados por los gobiernos nacionales con la finalidad de aumentar la cobertura y prestar acceso a las comunidades postergadas, principalmente las del área rural, a través de un paquete básico de atención.

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Cuestionario sobre los conceptos de empresariedad en las organizaciones no gubernamentales que efectúan convenio con el Ministerio de Salud en el Departamento de Chiquimula, para el período 2005.

IDENTIFICACIÓN: La presente encuesta no contiene ninguna identificación personal, recoge información relacionada a la utilización de las diferentes etapas de la Empresariedad en las diferentes organizaciones no gubernamentales que prestan y administran servicios de salud dentro del Programa de Extensión de Cobertura en el Departamento de Chiquimula.

OBJETIVO: Recolectar información para poder elaborar un documento final que permita analizar las diferentes aplicaciones de la Empresariedad en las organizaciones que hacen convenio con el Ministerio de Salud Pública en Chiquimula.

INSTRUCCIONES: La presente encuesta es una entrevista estructurada y dirigida, con la finalidad de poder aclarar alguna duda que al encuestador le genere.

NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN: _____

MUNICIPIO _____

EDAD: _____ PROFESIÓN _____

CARGO QUE DESEMPEÑA: _____

TIEMPO DE OCUPAR EL CARGO: _____

VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN _____

MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN _____

OBJETIVOS ESTRATEGICOS LOS DESARROLLAN EN LAS SIGUIENTES ÁREAS:

SALUD____ EDUCACIÓN____ CRÉDITO____ PRODUCCIÓN____

OTROS:_____

I. ESPÍRITU EMPRESARIAL

Espíritu empresarial, es lo que da ánimo y se visualiza por cuatro características:
Oportunismo, es decir, la capacidad para ver oportunidades, Emprendimiento, iniciativa, Asumir riesgos, Persistencia

1. Se hacen análisis de oportunidades dentro de la Organización:

SI	NO
----	----

2. Se dan oportunidades de desarrollar iniciativas dentro de la Organización:

SI	NO
----	----

3. Hacen análisis de situación de riesgo en las actividades que se tienen previstas realizar:

SI	NO
----	----

4. Cuando se han tenido fracasos se ve persistencia dentro de los equipos de trabajo y las partes directivas

SI	NO
----	----

II EN LO RELATIVO A LA VISIÓN EMPRESARIAL

Verse como empresario, Visión de rentabilidad, Visión de Calidad, como satisfactor del consumidor, como resultado de este proceso, ganancia económica, Visión Social

5. Se realizan talleres para analizar como empresarios a la organización:

SI	NO
----	----

6. Realizan análisis contables donde se pueda evidenciar la rentabilidad de la organización:

SI	NO
----	----

7. Realizan talleres o capacitaciones sobre calidad en aras de buscar la satisfacción de los usuarios:

SI	NO
----	----

8. Además de cumplir los objetivos de la Institución, se realizan actividades con fines sociales:

SI	NO
----	----

II. CAPACIDAD EMPRESARIAL

Mercadeo y comercialización, Producción, Administración, Finanzas

9. Se realizan actividades de mercadeo en la Institución

SI	NO
----	----

10. Realiza la institución actividades de comercialización:

SI	NO
----	----

11. La institución realiza actividades de producción:

SI	NO
----	----

12. Se realizan actividades de Planificación en la Institución:

SI	NO
----	----

13. Se realizan asambleas dentro de la Institución para formar o enseñar la organización:

SI	NO
----	----

14. Se realizan los procedimientos para el reclutamiento del personal:

SI	NO
----	----

15. Se realizan actividades de evaluación en las diferentes áreas de la Institución:

SI	NO
----	----

16. Se realizan mecanismos de control en cada una de las actividades y sectores de la Institución:

SI	NO
----	----

17. Se realizan análisis y evaluaciones financieras dentro de la Institución

SI	NO
----	----

IV. ETICA EMPRESARIAL relacionada con la conducta moral del empresario,
Valores, Equidad, Cultura Organizacional

18. Se realizan talleres de socialización de los valores de la Institución:

SI	NO
----	----

19. Se realizan actividades de promoción de la Equidad dentro de la Institución:

SI	NO
----	----

20. Se desarrollan actividades que fomenten la cultura organizacional de la Institución:

SI	NO
----	----