

Gobernanza y participación social en el desarrollo de programas contra
la mortalidad materna en Guatemala

Luis M. López D.
Armando Arredondo L.
Emanuel Orozco N.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Dirección General de Investigación



Gobernanza y participación social en el desarrollo de programas contra
la mortalidad materna en Guatemala





Directorio

Universidad de San Carlos de Guatemala

Dr. Estuardo Gálvez Barrios

Rector Magnífico

Dr. Carlos Alvarado Cerezo

Secretario General

Dirección General de Investigación

Dr. Jorge Luis De León Arana

Director General de Investigación

Ing. Agr. MARN Julio Rufino Salazar Pérez

Coordinador Académico y Coordinador General de Programas

M Sc. Bessie Abigail Orozco

Coordinadora Administrativa

Unidad de Publicaciones y Divulgación

M.A. Marlene Pawlova Pérez Muñoz

Jefa Unidad de Publicaciones y Divulgación

Licda. Dara Sucl Higueros Pellecer

Centro de Información y Documentación -CINDIGI-

Mynor Alexander Alegría Monterroso

Diseño y Diagramación

Marco Vinicio Chavarría Trejo

Ronald Adrian Barrios Méndez

Impresores

Gobernanza y participación social en el desarrollo de programas contra
la mortalidad materna en Guatemala



Luis M. López D.
Armando Arredondo L.
Emanuel Orozco N.

Guatemala, 2014

614.44

L864 López Dávila, Luis Manuel

Gobernanza y participación social en el desarrollo de programas contra la mortalidad materna en Guatemala / Luis Manuel López Dávila, Armando Arredondo López y Emanuel Orozco Núñez. - - Guatemala : Universidad de San Carlos de Guatemala, Dirección General de Investigación, Unidad de Publicaciones, 2014.

281 p. : il. ; 22 cm.

ISBN 978-9929-620-04-9

1. Bienestar materno 2. Mortalidad materna 3. Políticas Públicas de Salud 4. Programas de Gobierno I. Luis Manuel López Dávila II. Armando Arredondo López III. Emanuel Orozco Núñez IV. Título

Índice

Presentación.....	11
Sobre los autores.....	13
Agradecimiento.....	15
Resumen.....	17
Siglas.....	19
Introducción.....	21
2. Antecedentes.....	25
2.1 Contexto social.....	25
2.2 Marco normativo de la reforma del sistema de salud.....	28
2.3 Salud materna.....	29
2.4 Interculturalidad y situación de la mujer indígena.....	32
2.5 Sitios de estudio.....	37
2.5.1 Municipio A.....	39
2.5.2 Municipio B.....	40
2.5.3 Municipio C.....	40
2.6 Problema, objetivos y expectativas.....	42
2.6.1 Pregunta del problema.....	42
2.6.2 Objetivos.....	42
2.6.2.1 General.....	42
2.6.2.2 Específicos.....	42
2.6.3 Expectativas empíricas.....	43

3. Marco conceptual.....	45
3.1 Conceptos básicos de gobernanza en salud.....	45
3.2 La gobernanza en sistemas de salud.....	47
3.3 Participación social en salud.....	54
3.4 Género como eje transversal.....	60
3.5 Categorías de análisis.....	63
4. Metodología	67
4.1 Materiales y métodos.....	67
4.1.1 Tipo de diseño general del estudio	67
4.1.2 Selección de la población	68
4.1.2.1 Fase I análisis de políticas en salud.	68
4.1.2.2 Fase II estudio de caso	69
4.1.2.3 Técnicas de obtención de información	71
4.1.3 Trabajo de campo.	75
4.1.4 Manejo y análisis de datos.....	77
5. Resultados	81
Evolución de la política de salud materna	81
5.1 Gobierno de 1996-2000.....	81
5.2 Gobierno de 2000-2004.....	83
5.3 Gobierno de 2004-2008.....	86
5.4 Gobierno de 2008-2012.....	89
5.5 El modelo de extensión de cobertura.....	95
5.6 Género e incidencia política en los programas contra la mortalidad materna.....	101

5.7 Nuevos actores y procesos en la entrega de servicios.....	104
5.8 Marcos normativo con relación al programa de atención materna.....	109
5.9 La interculturalidad y los retos del sistema de salud.....	114
5.10 Sistema de salud y el papel de la participación social bases para la atención materna.....	117
5.11 El tema de género, marco legislativo y participación social.....	121
6. Resultados	
Análisis de la política de mortalidad materna.....	125
6.1 La política.....	125
6.1.1 Ampliar la cobertura y calidad del saneamiento básico.....	127
6.1.2 Extender la cobertura y mejorar la calidad.....	128
6.1.3 Fortalecer el desarrollo del recurso humano en salud.....	133
6.1.4 Fortalecer el MSPAS para la atención de la salud reproductiva	138
6.2 Actores de la salud materna en Guatemala.....	147
6.2.1 Interrelaciones entre actores de la atención materna	153
6.3. Consecuencias, intereses, oportunidades y obstáculos.....	162
6.3.1 Caracterización de consecuencias.....	163
6.3.2 Caracterización de intereses.....	172
6.3.3 Caracterización de oportunidades y obstáculos	178
6.3.4 Posición de los actores respecto de las metas, mecanismos y coaliciones.....	185
7. Resultados	
Análisis de gobernanza y participación social	189
7.1 Planeación y formulación de políticas.....	190

7.2 Legislación sectorial.....	191
7.3 Capacidad operativa del gobierno.....	194
7.4 Habilidad directiva.....	195
7.5 Estabilidad política y conflictiva sectorial.....	196
7.6 Transparencia en la gestión.....	198
7.7 Tipo de interacción y transacción entre actores.....	200
7.7.1 Tipo de interacción entre actores.....	201
7.7.2 Tipo de transacción.....	207
7.8 Participación social.....	213
7.9 Participación directa en salud.....	216
8. Discusión, conclusiones y recomendaciones.....	223
8.1 Discusión.....	224
8.1.1 Agenda de acuerdos de paz y agenda política de la salud materna.....	225
8.1.2 Los retos del sistema de salud.....	228
8.2 Conclusiones y recomendaciones.....	234
9. Bibliografía.....	247
9.1 Bibliografía complementaria.....	270
Anexos.....	273
Glosario de términos.....	273
Otros.....	275
Datos sobre mortalidad materna en Guatemala.....	278

Presentación

La fase final de toda investigación lo constituye la divulgación de los resultados alcanzados, a la comunidad científica y a la sociedad en su conjunto. En la Dirección General de Investigación tenemos muy claro la importancia de este proceso, y para promoverlo apoyamos la publicación en nuestra editorial de obras científicas, como en el presente caso. Esta investigación denominada Gobernanza y participación



social en el desarrollo de programas contra la mortalidad materna en Guatemala, constituye la tesis doctoral del médico y cirujano Luis Manuel López Dávila, destacado investigador y profesional de la salud guatemalteco.

La relevancia e innovación de esta investigación radica en el hecho de que realizó con el propósito de reducir la mortalidad materna a través del uso de indicadores de gobernanza y participación social, los cuales permitieron evaluar las políticas de salud implementadas a partir de la reforma del Sistema de Salud Nacional de 1995.

En este estudio se seleccionaron tres municipios del departamento de Huehuetenango, donde la problemática estudiada se presenta en forma aguda. Entre los aspectos estudiados se pueden mencionar: mortalidad materna, diversidad étnica, presencia de equipos básicos de salud, comadronas registradas, gobernanza en la descentralización de programas, entre otros.

En la metodología utilizada también constituye un aporte a los procesos investigativos, ya que se utilizan tanto técnicas de investigación cualitativa como manejo de datos cualitativos, a través de revisión de bases de datos de registros epidemiológicos, demográficos, informes de labores y aplicación de

instrumentos para recabar información. En la fase de la sistematización de la información se utilizó software especializado para investigación científica.

Finalmente dentro de los resultados y recomendaciones alcanzadas vale la pena mencionar la importancia que el autor le da a la organización social que mejore la precaria atención materna comunitaria. Esperamos que esta publicación constituya un recurso e insumo para autoridades, funcionarios, profesionales y trabajadores relacionados con el sector de salud de nuestro país.

Dr. Jorge Luis De León Arana
Director General de Investigación

Sobre los autores

Luis Manuel López Dávila es profesor-investigador titular en el Centro de investigaciones de las ciencias de la salud -CICS- de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, médico y cirujano, con maestría en población, máster en bioética y derecho, y doctor en salud pública.

Armando Arredondo López es profesor-investigador titular en políticas y sistemas de salud del INSP, médico cirujano, máster en sistemas de salud, con doctorado y posdoctorado en sistemas de salud, políticas y economía.

Emanuel Orozco Núñez es subdirector de apoyo académico del Centro de investigación en sistemas de salud del INSP, maestro en antropología social y experto en análisis político aplicado e investigación cualitativa en sistemas de salud.

Agradecimiento

A la administración del Dr. Jesús Oliva Leal Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC.

Al Dr. Walter Flores PhD. y el Centro de Estudios para la Equidad y la Gobernanza en los Sistemas de Salud –CEGSS- bajo su dirección.

Al personal del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud –CICS-, particularmente a la Licda. María Antonieta Castillo y Dr. Carlos Mazariegos.

Al epidemiólogo Dr. Herbert Ralda.

Al personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala.

A los funcionarios y ex funcionarios de diversas instituciones nacionales, internacionales, sector sindical de salud y ONG's colaboradoras.

A los miembros de COCODES, comadronas, mujeres embarazadas y miembros de comité de salud de la comunidad.

A la MSc. Patricia Véliz E. de López, Andrea Lourdes López V. y Luis Alberto López V.

Al Jurado de defensa de tesis doctoral conformado por el Dr. Jorge Luis De León Arana (Presidente), Dr. Armando Arredondo López (Secretario), Dra. Oliva López (Sinodal), la Dra. María Beatriz Duarte (Sinodal).

Resumen

Con el objeto de contribuir a la reducción de la mortalidad materna con el uso de indicadores de gobernanza en el avance de los programas de mortalidad materna, a partir de la reforma de salud en Guatemala, se propuso un proyecto de investigación evaluativa centrado en el uso y análisis comparativo de indicadores, tendencias y niveles de gobernanza y participación social. Para tal efecto, se tomó como unidad de análisis a los actores sociales que se interrelacionaron en la ejecución de los programas tendientes a disminuir la mortalidad materna en el marco de la política en salud, implementada desde la Reforma del Sistema de Salud –RSS- de 1996. En este proyecto fueron consideradas las formas administrativas de entrega de servicios: el modelo de Provisión de Servicios de Salud en contratos directos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- con ONG’s médicas y el modelo tradicional operado desde el MSPAS. Bajo criterios de factibilidad política, técnica y administrativa, se seleccionaron 3 municipios para el estudio con base en: 1) Mortalidad Materna en los últimos 10 años; 2) Diversidad étnica; 3) Presencia de Equipos Básicos de Salud –EBS- del Programa de Extensión de Cobertura –PEC-; 4) Haber conformado Comisiones de Salud en el año 2010 y; 5) Comadronas registradas en la Coordinación de Distrito Municipal de salud. Las técnicas de recopilación de información se basaron en: a) la revisión de las fuentes documentales, estadísticas y bibliografía del sector salud; b) entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales; c) el trabajo paralelo de un grupo de consulta de expertos, con quienes se estimó y discutió los indicadores de las variables de: a) Gobernanza en la descentralización de programas y; b) Participación Social. Para el análisis cualitativo se utilizó el software ATLAS-ti. El mapeo de actores y desarrollo de estrategias se realizó con la herramienta POLICYMAKER. Los resultados indican: a) el efecto positivo de las Comisiones de Salud integradas en redes locales como estrategia municipal para el abatimiento de la mortalidad materna que requiere movilizar a los actores clave con medios de poder, tendientes a mejorar y promover, las interacciones, entre, los actores sociales de base comunitaria y departamental, empoderados de su participación social en los consejos de

desarrollo; b) la debilidad de la capacidad de respuesta para las necesidades de salud materna en las comunidades donde opera el modelo de Provisión de Servicios de Salud con el PEC, condición que requiere una política que incremente, el acceso a los servicios de salud y por ende la rectoría del MSPAS, en el sistema de salud; c) la RSS en Guatemala, analizada a través de los indicadores de gobernanza y participación social en los programas contra la mortalidad materna, muestran avances limitados en la gestión de las necesidades de atención en salud materna locales y las normativas del nivel central; d) la asignación de recursos desde el nivel central con un mecanismo histórico no da respuesta a las prioridades departamentales; e) la influencia negativa partidista de los diputados en contrataciones de personal sanitario con asignación arbitraria; f) los recursos limitados para la participación social son un reto para el sistema de salud en apoyo a la población indígena del área rural donde se registran el mayor número de muertes maternas; g) se requieren estrategias para la entrega de servicios de salud del modelo tradicional, con criterios incluyentes de interculturalidad y pertinencia cultural; h) el rol de las organizaciones de la sociedad civil feminista de incidencia política les ubica como actores con medios de poder de alto apoyo a la política de reducción de la mortalidad materna.

Siglas

ADMSS= Administradoras del Servicio de Salud
APS= Atención Primaria en Salud
ATLAS.ti= Programa de computadora para el Análisis Cualitativo de Datos
CAP= Centro de Atención Permanente
CAIMI= Centro de Atención Integral Materno Infantil
CEGSS= Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud
COCODE= Consejo Comunitario de Desarrollo
CODEDE= Consejo Departamental de Desarrollo
CONEC= Coordinadora Nacional de Extensión de Cobertura
COMUDE= Consejo Municipal de Desarrollo
CS= Comisión de Salud
CDMS= Coordinador de Distrito Municipal de Salud
CMPMS= Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable
CPR= Comunidades de Población en Resistencia
CTDMS= Consejo Técnico de Distrito Municipal de Salud
DAS= Direcciones de Área de Salud
EBS= Equipo Básico de Salud
ELAM= Escuela Latinoamericana de Medicina
FC= Facilitador Comunitario
FRG= Frente Republicano Guatemalteco
GAN= Gran Alianza Guatemalteca
INCAP= Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
INE= Instituto Nacional de Estadística
ISS= Investigación en Servicios de Salud
MIDD= Mesas Intersectoriales de Discusión Departamental
MSPAS= Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ODM= Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG's= Organizaciones No Gubernamentales
OMS= Organización Mundial de la Salud
OPS= Organización Panamericana de la Salud

OSAR= Observatorio en Salud Reproductiva
PAN= Partido de Avanzada Nacional
PBS= Paquete Básico de Salud
PDM= Planes de Desarrollo Municipal
PEC= Programa de Extensión de Cobertura
PET= Planes Estratégicos Territoriales
PF= Planificación Familiar
POLICYMAKER= Análisis Político Asistido por Computadora
ProCONE= Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales
PSS= Provisión de Servicios de Salud
RSS= Reforma del Sistema de Salud
SEGEPLAN= Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SEPREM= Secretaria Presidencial de la Mujer
SIAS= Sistema Integrado de Atención en Salud
SIGSA= Sistema de Información Gerencial de Salud
SNTSG= Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud de Guatemala
TSR= Técnico en Salud Rural
TR= Trabajador(a) Social
UNE= Unidad Nacional de la Esperanza
USAC= Universidad de San Carlos De Guatemala
UTD= Unidad Técnica Departamental

Introducción

El presente informe de tesis doctoral plantea como problema abordar a través de los indicadores de gobernanza y participación social, la evaluación de las políticas públicas relacionadas a los programas contra la mortalidad materna a partir de la reforma del sistema de salud en Guatemala. Para ello se realizó un estudio de investigación que comparó el comportamiento de los resultados de los indicadores en tres municipios de Guatemala. El producto del estudio permitió la presentación del análisis de resultados. La discusión de los resultados relevantes que permitieron derivar en las conclusiones y recomendaciones para el fortalecimiento de la gobernanza y participación social en los programas para la reducción de la muerte materna.

El sistema de salud en Guatemala se caracteriza por ser fragmentado y segmentado (1). Un monitoreo realizado al proceso de la reforma del sistema de salud en Guatemala, no presentó evidencia de los avances en materia de garantías de los Derechos ciudadanos (2). La presente investigación se centró en la comparación de dos modelos de entrega de prestación de servicios de salud que fueron incorporados en la reforma del sistema de salud y ampliación de la cobertura de los servicios de salud, en poblaciones indígenas de las regiones postergadas al desarrollo económico, ubicadas en el occidente del país. Por un lado, el modelo directo de la Provisión de Servicios de Salud por medio de contrataciones de ONG's médicas, también llamado modelo del Programa de Extensión de Cobertura –PEC-, y por otro lado, el modelo tradicional del Ministerio de Salud (1).

El informe de tesis presenta en los antecedentes el desarrollo de aspectos sociales. La reforma del sistema de salud introduce temas sensibles a la cultura, el género, la salud materna y datos de los sitios de estudio. El marco conceptual desarrolla: conceptos básicos de gobernanza en salud, la gobernanza en sistemas de salud, la participación social en salud y las categorías de análisis. La metodología utiliza técnicas de investigación cualitativa (3) (4). El plan de análisis consideró los aspectos del manejo de datos cualitativos y la

interpretación por medio de la técnica de saturación, además se revisó bases de datos de registros epidemiológicos, demográficos, informes de labores y los instrumentos de autopsias verbales. Para la sistematización de los datos cualitativos se utilizaron dos software: por un lado el ATLAS.ti en la organización de la información de las entrevistas y; el PolicyMaker para el mapeo de actores y generación de recomendaciones, con el apoyo de expertos para la discusión de resultados.

Los resultados se presentan en tres capítulos: en el número 5 se desarrolla el contexto de la evolución de la política en diversos escenarios de gobierno con las variaciones en los programas de atención materna, donde se tuvo como ejes transversales del análisis el tema de género e interculturalidad, ambos relacionados con el sistema de salud, marco legislativo y la participación social en torno a los programas de reducción de la mortalidad materna; en el capítulo 6 se desarrolla el análisis de contenido de la política de reducción de la mortalidad materna y; finalmente, en el capítulo 7 se presentan los resultados del análisis de procesos con el desarrollo de los indicadores de gobernanza y participación social en torno a los programas de mortalidad materna. El último capítulo cierra con la discusión, conclusiones y recomendaciones.

En el proceso de aprobación del proyecto se tuvo el dictamen favorable de tres comités de ética en investigación: a) Instituto Nacional de Salud Pública de México; b) Universidad de San Carlos de Guatemala y; c) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala. El trabajo requirió la afinación de instrumentos en un estudio piloto que permitió ajustar los temas y preguntas para las guías de entrevista. El desarrollo de la metodología conllevó dos fase: la primera para el tratamiento de la búsqueda de información de fuentes secundaria y; la segunda para el trabajo de campo con recursos de observación, diario de campo, entrevista individual y grupal.

Las limitaciones del estudio en cuanto a los alcances esperados no superan la expectativa prevista que la metodología previno básicamente en la generalización de los hallazgos. Entre las instituciones colaboradoras para el desarrollo de trabajo de campo se contó con el apoyo de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos para el desarrollo de

dos estudios de caso; la investigación alcanzó un tercer estudio de caso con el apoyo económico del Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza en los Sistemas de Salud –CEGSS- con sede en la ciudad de Guatemala.

Los hallazgos y recomendaciones fundamentales del trabajo apoyan la estrategia de promover la conformación de redes sociales de apoyo local para la atención materna, así como movilizar a los actores clave con medios de poder para el impulso de estrategias municipales, tendentes a mejorar y promover, las interacciones que fortalezcan la densidad y transacciones, entre, los actores sociales de base comunitaria y departamental, con el consecuente empoderamiento de su participación social en los consejos de desarrollo. Cabe resaltar la debilidad del sistema de salud en la entrega de servicios maternos en las comunidades donde opera el modelo de Provisión de Servicios de Salud del Programa de Extensión de Cobertura, situación que demanda una intervención del papel del Estado guatemalteco de su mandato constitucional para garantizar la salud de la mujer y por ende construir la rectoría del sistema de salud en el marco de sus responsabilidades sociales.

La reforma del sistema de salud en Guatemala, analizado a través de los indicadores de gobernanza y participación social en los programas contra la mortalidad materna, muestran avances limitados en la gestión que se establece entre las necesidades de atención en salud materna locales y las normativas del nivel central. La asignación de recursos desde el nivel central con un mecanismo histórico no permite dar respuesta a las prioridades departamentales, este efecto se muestra en los escasos insumos y baja respuesta a la demanda de atención materna. Entre otros aspectos la influencia partidista del tráfico de influencia de los diputados para hacer contrataciones de personal sanitario con asignación arbitraria.

Los recursos limitados para la participación social son un reto para el sistema de salud, en una sociedad caracterizada por el número importante de muertes maternas en la población indígena del área rural, se requiere estrategias que permitan el abordaje de la entrega de servicios de salud del modelo tradicional, con criterios incluyentes de interculturalidad y pertinencia cultural. El rol que tienen las organizaciones de la sociedad civil feminista, eclosionó el marco

legislativo en torno a la atención de las necesidad de salud materna, con logros fundamentales de la incidencia política que permite ubicarles como actores con medios de poder de alto apoyo a la política de reducción de la mortalidad materna.

2. Antecedentes

Los antecedentes del estudio se desarrollan en seis apartados que por su importancia muestran los niveles de aplicación en los cuales la gobernanza y participación social como marco teórico de análisis en la política de salud se consideró como una herramienta innovadora: a) Contexto social; b) Marco normativo de la Reforma del Sistema de Salud c) Interculturalidad situación de la mujer indígena d) Salud materna e) Sitios de estudio.

2.1 Contexto social

La República de Guatemala se encuentra en la región mesoamericana, conformada por 24 grupos lingüísticos, en su mayoría de origen maya y en minoría el Xinka y Garífuna, este último de población afro descendiente (5). Para el año 2009 de acuerdo a proyecciones del INE la pirámide poblacional es de base ancha y la esperanza de vida al nacer en promedio es de 70.5 años (1). El 41% de la población es indígena; 51% del total vive por debajo de la línea de pobreza y 15.2 % en pobreza extrema (6). Los indicadores de salud de Guatemala, se encontraron entre los más preocupantes de la región de América Latina (1). De acuerdo a la proyección del INE para el año 2011 Guatemala tuvo 14, 713,763 de habitantes con una distribución de 48.76 % de hombres y 51.24 % de mujeres (7).

En la historia política y social reciente de Guatemala, la Comisión para el Esclarecimiento Histórico, documentó que: “durante el período más violento y sanguinario de todo el enfrentamiento armado (1978-1985) los operativos militares se concentraron en Quiché, Huehuetenango, Chimaltenango, Alta y Baja Verapaz, en la Costa Sur y la capital. Las víctimas fueron mayoritariamente población Maya y en menor proporción ladinos. En el último período (1986-1996) las acciones represivas tuvieron un carácter selectivo, afectando casi por igual a población Maya y ladina. Las Comunidades de Población en Resistencia -CPR- constituyeron un objetivo prioritario de las operaciones militares en el área rural.” (8). Así mismo registró a 42,275 víctimas, incluyendo

hombres, mujeres y niños, de las cuales, 23,671 consistieron en víctimas de ejecuciones arbitrarias y 6,159 a víctimas de desaparición forzada (8). Entre las víctimas identificadas, en su mayoría de origen maya (83%) y el resto ladinos (17%) (8).

Se encontró documentado que los frentes guerrilleros contaron a favor con la incorporación de los indígenas (9). La insurgencia realizó acciones político-militares para lograr una mayor confiabilidad y reclutar a los indígenas. Por su parte, la contrainsurgencia reprimió brutalmente a la población campesina para evitar el apoyo y crecimiento de la guerrilla. En este escenario migraron a la zona fronteriza de Guatemala y Chiapas en busca de trabajo y refugio (10).

El movimiento guerrillero se replegó a las zonas rurales, lo cual trajo como consecuencia que el ejército ocupara las principales poblaciones. Los campesinos indígenas, para no sufrir las consecuencias de la represión, abandonaron municipios, aldeas, caseríos y cantones del Quiché, San Marcos, Huehuetenango y El Petén (departamentos fronterizos con Chiapas), así como Baja Verapaz y Chimaltenango (11).

Las condiciones sociales y políticas del país propiciaron el despoblamiento y la ruptura del tejido social de las tierras de la población indígena y campesina, debido a la violencia armada, la cual formó parte de un plan estratégico del Estado en su política contrainsurgente que implantó el terror institucionalizado a través del ejército. El siguiente texto describe la intensidad y la orientación de los gobiernos militares durante el periodo de guerra: “La clave del Estado contrainsurgente guatemalteco durante su fase más complicada al principio de los años ochenta fue la lucha del ejército por mantener o restablecer su relación tradicional con la población indígena... [...]” (12). Se estimó que el efecto del clima de violencia obligó a dejar sus lugares de residencia a un millón doscientos mil personas (13).

Desde 1985, después de varios gobiernos de corte militar, se inició la era política democrática con una nueva constitución del país. Aunque para miles de guatemaltecos quienes se encontraron refugiados en el territorio mejicano,

ocho años después, se inició el proceso de retorno bajo el embate de la guerra contra insurgente (14). Fue hasta en 1996 cuando se firmaron los Acuerdos de Paz (15). Entre los efectos de la guerra se tiene: a) la fragmentación de la convivencia de los grupos étnicos; b) la pérdida de las organizaciones campesinas y populares; c) la ideologización con el pensamiento militar en la vida civil a través de las Patrullas de Autodefensa Civil –PAC-, en las comunidades más afectadas (16).

La ruptura de las prácticas ancestrales de la participación social, de las comunidades indígenas que incidían en la promoción del desarrollo local y la organización social que reposaba en la figura de los ancianos, se subordinaron a la estructura de poder militar de las PAC (16). Dos elementos no favorables para promover la participación social se identificaron en el contexto rural: por un lado, el resabio de la opresión y continua impunidad, de los hechos de violencia que socavaron la convivencia étnica e interétnica, en las regiones de alta concentración de población indígena (8); y por el otro lado, el clima de desconfianza de los ciudadano depositado en las instituciones políticas y sociales (17).

Las formas de participación social en sociedades postconflicto armado, tienen procesos de organización social cuyas características son desconocidas en diversas aplicaciones de marcos legislativos (18). Los estudios sobre la participación social en esos grupos, evidenciaron la existencia de efectos sobre las formas de organización social en cuanto se aplican los marcos legislativos que regulan la participación ciudadana, a través, de representantes que antes no existían como el caso de los Consejos Comunitarios de Desarrollo –COCODES-, los cuales en muchas ocasiones fueron arbitrarios a las formas ancestrales de organización social como el Consejo de Ancianos, situación que generó poderes paralelos (16). Estas disyuntivas sociales, presentes durante el conflicto y posconflicto, fueron el escenario en el cual cobró vigencia las leyes que apoyaron la descentralización y participación ciudadana (16).

2.2 Marco normativo de la reforma del sistema de salud

La presente tesis doctoral de Servicios de Salud se inscribió en uno de los episodios de la Reforma del Sistema de Salud –RSS- en Guatemala, iniciado en 1996 (19). La RSS incorporó diversas modalidades de atención conformando un sistema de salud, caracterizado por la fragmentación y segmentación de la atención en salud (1) (20). La RSS desde el año 1995 integró en su modelo de atención en salud diversos actores, quienes desde el sector internacional apoyaron con financiación, y en el plano local con la participación de ONG's para la provisión de entrega de servicios en el primer nivel de atención (19) (21). La RSS de este periodo logró integrar acontecimientos sociales fundamentales en el orden político, social y legislativo (15) (22) (23). Entre ellos, la firma de los Acuerdos de Paz que dieron fin al enfrentamiento armado entre la guerrilla y el ejército, que con una agenda de salud, integró el papel del Código de Salud –Decreto número 90-97- (23), la Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural -Decreto número 11-2002-, la Ley General de Descentralización –Decreto número 14-2002- y el Código Municipal -Decreto número 12-2002- (22).

Los Acuerdos de Paz firmados en 1996, fueron el marco general para el cumplimiento de una agenda de Estado que persiguió resolver la problemática social de los grupos más desposeídos (15). En el año 2005, fue aprobada la Ley Marco de los Acuerdos de Paz por medio del Decreto Número 52-2005. (15). A la intrincada trama de los subsistemas de salud en Guatemala, se adhirió la reforma del sistema de salud con la incorporación de políticas económicas y sociales del llamado modelo neoliberal (2) (20) (24). Desde los Acuerdos de Paz, se priorizó la necesidad de “Implementar programas racionales de salud integral para la mujer, lo cual implicó el acceso a servicios apropiados de información, prevención y atención médica.” (15).

El marco legal por el cual se construyó la dinámica de los actores sociales, se encontró referenciado en el Decreto número 11-2002 de la “Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural”, en el cual la participación de los sectores civiles es fundamental, sin embargo de dicha herramienta legal no

se identificaron, estudios sistematizados de sus efectos en la dinámica de toma de decisiones a nivel local (22). Otro marco legal, que afectó las interrelaciones, de los actores sociales en salud y que se relacionó con la gestión jurídica, en el nivel municipal para los Planes de Ordenamiento Territorial, fue el Decreto número 12-2002 sobre el “Código Municipal” (22). Este marco legal, quince años después, hizo acopio a la participación de los Consejos de Desarrollo; es decir articuló el ejercicio de las autoridades municipales con los representantes de las comunidades, para la toma de decisiones en la ejecución de proyectos aprobados a nivel local. Otro marco legal impulsado en la reforma del sistema de salud fue el Decreto No. 14-2002 referente a la “Ley General de Descentralización” (22).

2.3 Salud materna

En Guatemala la razón de mortalidad materna, ocupó el segundo lugar en la región mesoamericana (25) y el cuarto de América Latina (26). Es importante resaltar que el problema de acceso a los servicios para la atención materna fue una necesidad de la comunidad, donde el número alto de partos atendidos en los hogares es un indicador que pone en relieve las formas de resolución y atención que operaban en el ámbito comunitario. (Ver en anexo la Tabla No. 2). Un trabajo reciente pone en evidencia que “el compromiso reiterado por Gobiernos sucesivos de combatir la mortalidad materna como prioridad nacional no se representó en avances significativos debido a que los programas y servicios son inadecuados para atender las necesidades de las mujeres indígenas y pobres del área rural, que representan la gran mayoría de las muertes maternas en Guatemala” (27).

La mortalidad materna como indicador de desarrollo social colocó a Guatemala entre los países de más bajo nivel en la región de América Latina (26). Algunos autores resaltaron la innovación de tener un modelo radicado en la contratación de ONG’s para la entrega de servicios, como un reflejo de una sociedad abierta (28). Sin embargo, no se observaron cambios importantes en el comportamiento de los problemas de salud asociados a la pobreza, tampoco los determinantes de la salud fueron abordados desde un proyecto de Estado, con planificación en la salud pública (29). La rectoría (30) del

Ministerio de Salud fue limitada por la fragmentación del sistema de salud (1) (20), en la cohesión de políticas públicas de Estado, también mostró un débil impacto en el avance de los programas de atención materna y por ende, en la disminución de la mortalidad en dicho grupo poblacional (27) (31) (32).

La atención oportuna para evitar la mortalidad materna favorece la estabilidad familiar y el cuidado en condiciones dignas para la mujer, la salud reproductiva como programa que priorizó la atención materna, se constituyó en Guatemala como una urgencia nacional (27). La salud pública tuvo un papel preponderante en la orientación de la política pública en salud y de las estrategias apropiadas en contextos donde la desigualdad social exige una mayor atención de la gestión pública (33). Las comunidades indígenas se encontraron postergadas a las oportunidades de desarrollo y protección social (34). Desde este argumento, los estudios de gobernanza en salud mostraron una mayor aproximación y comprensión de los hechos sociales, dando como resultado conocimiento para la toma de decisiones (4) (35) (36) (37).

Es importante señalar el sub-registro (44 por ciento Método de las hermanas) de la razón de la Mortalidad Materna (190 por 100,000) revelado por la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1995 (38) y la Línea Basal de Mortalidad Materna –LBMM- del año 2000 que evidencio (153 por 100,000) (44 por ciento de sub-registro Método Ramos) (39) con respecto a los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística en ese periodo (Ver en anexo gráfica 2).

En 1995 se reportó la tasa global de fecundidad en 6.8 para la mujer indígena y de 5.1 para la población general (38). En el año 1995 aumento a 45 por ciento la atención de parto por médico. La región metropolitana tuvo mayor cantidad de la atención del parto por médico en un 72 por ciento (38). La aplicación del toxoide tetánico aumento a un 17 por ciento en las mujeres embarazadas (38). En cuanto a la atención de parto en la casa en la región Nor-Occidente del país llegó a 93 por ciento y con 81 por ciento en la región Norte, este alto porcentaje recae en la atención que brinda la comadrona (38). Para 1995 se tuvo un descenso de la atención del parto por comadrona en la mujer indígena de 5 puntos porcentuales en la región Nor-Occidente (38). Se tuvo que el 8 por ciento fue atendido por parientes y que a nivel nacional el 55 por ciento

fue atendido por comadrona, mientras que 3 de cada 10 recibieron atención médica durante el parto y 3 por ciento fueron atendida por enfermera (38).

En el año 1998-99 la ENSMI presentó un ligero descenso en la tasa global de fecundidad en el área rural a 5.8 mientras que la atención de parto por personal profesional se incrementó a 40.6 y el parto en establecimiento de salud fue de 40.4 por ciento (40).

De acuerdo a la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 –ENSMI- en el área rural se registró una tasa global de fecundidad de 4.2, con respecto a la atención prenatal, no mostró cambios importantes en los últimos 5 años y en el oriente del país se registraron las menores coberturas, mientras que en Zacapa y Chiquimula, el resto de departamentos tuvo más del 90 por ciento de atención de las mujeres embarazadas (41). Sin embargo se reportaron diferencias importantes en la atención materna entre el primer y tercer trimestre del embarazo. En cuanto al lugar de la atención del parto los atendidos en el hogar de la embarazada o la comadrona, representaron la mitad; en segundo lugar fueron atendidos en la red del Ministerio de Salud, mientras que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- únicamente atendió el 8.4 por ciento y en las clínicas privadas el 7.9 por ciento (41).

La inequidad estuvo presente en el menor porcentaje de atención institucional en la mujer indígena o las mujeres sin ningún nivel de educación (41). Otro hallazgo indicó que a mayor número de embarazos disminuye la atención institucional; en primíparas fue del 45.9 por ciento, mientras que con más de 6 partos el porcentaje es de 22.2 (41). En el área rural los partos fueron resueltos en uno de cada diez por la vía de cesarí, mientras que en el área urbana es una cuarta parte del total atendido (41). También se encontró que a menor nivel educativo de la mujer, quien atendió el parto tuvo menos oportunidad de que su parto fuera atendido por enfermera o médico, como fue el caso de la mujer del área rural e indígena (41). Únicamente la cuarta parte del total de partos atendidos recibió atención postparto y en menos proporción en el área rural, fueron los departamentos de San Marcos y Huehuetenango los que tuvieron la menor proporción de atención postparto (41).

2.4 Interculturalidad y situación de la mujer indígena

Una característica en la región bajo estudio fue el componente de relaciones interétnicas estas definidas por la convivencia entre culturas que se ligan por valores y vínculos comunes, así como las relaciones necesarias entre ellas en un marco de diferencias culturales, lingüísticas de género, dado por los sucesos históricos, económicos y sociales que los grupos vivieron para coexistir en un ambiente geográfico y político que les ubicó bajo la atención de los prestadores de salud de una misma jurisdicción (18) (42). Definir la Interculturalidad fue importante para el estudio de acuerdo al siguiente enunciado: “Para ejercer el principio de la participación social apoyado por la reforma del sector de la salud, la aplicación del enfoque intercultural de la salud debe basarse en los principios de diálogo, respeto por la diversidad, la democracia y la participación con interacción cultural, consulta, consenso y colaboración de objetivos” (42).

En el contexto internacional, la reivindicación de los derechos de los pueblos indígenas tuvo preponderancia para el desarrollo de leyes acordes al reconocimiento de la existencia cultural, económica, política y social de los grupos étnicos que coexistieron en el sistema sociopolítico en el cual fueron discriminados (43). La realidad en la cual confluyen diversas etnias supone el encuentro de conocimientos, por un lado el que deviene de los pueblos originarios y por el otro, el occidental, en este sentido a finales de los noventa se propuso la “Epidemiología Intercultural” como herramienta de apoyo para la comprensión del estudio de enfermedades en poblaciones de diferentes culturas (44). Desde la interculturalidad en salud discutida en Chile se propuso el desarrollo del modelo de Salud Intercultural, el cual se definió como el desarrollo de relaciones horizontales entre los proveedores de servicios de salud, al referirse a los servicios del sistema oficial y los propios de los pueblos originarios (45).

De acuerdo con las condiciones de desigualdad social (46) y de barreras al acceso imperantes en las comunidades indígenas (42), un enfoque basado en la satisfacción de necesidades es una forma de transformar las condiciones de salud para lograr una mayor equidad. Con base a esta premisa, se sabe que el

concepto de condiciones de salud es neutral, mientras que el de necesidades, implica valores y políticas sociales (33). De ahí que el concepto de necesidades en salud empieza a incluir la forma de la respuesta social organizada, toda vez que la primera respuesta social se orienta a seleccionar cuáles entre los diversos procesos de salud y enfermedad fueron considerados necesidades (33). Los programas verticales del MSPAS priorizados, entregados en Paquetes Básicos por las ONG's en comunidades indígenas, no lograron establecer el vínculo entre las necesidades de salud, condiciones y respuestas (47).

El siguiente texto desarrollado en los años 90 para el contexto de México, describe la situación de la población indígena en Guatemala: “—usualmente los menos privilegiados— pueden no demandar los servicios respectivos, sea por falta de conocimientos y de recursos propios o por una percepción inadecuada sobre la importancia de la condición. Ello es particularmente claro en el caso de la prevención de enfermedades, aunque también se observó en muchos servicios curativos” (33). La participación social no logró articular las necesidades reales en el esquema de los programas verticales, es decir que el avance de la apertura de un sistema mixto es relativo en un proceso de reestructuración integral (48), pues la idiosincrasia del contexto social requiere un especial tratamiento para identificar mecanismos que protejan la reivindicación de sus necesidades en torno al acceso de tipo cultural “que se refiere a la distancia entre los prestadores y los usuarios potenciales en aspectos tan cruciales como el idioma o las creencias sobre la salud” (33). El analfabetismo en la etnia maya representó un 36.09 por ciento para las mujeres del área rural (5), dato que indica una condición de inequidad en cuanto al acceso a la educación y el efecto subsecuente de asimetría de conocimiento (37).

Las comunidades indígenas construyeron formas autóctonas de resolución, ante las necesidades de atención materna, frente a la desprotección histórica del Estado en materia de política pública que atendieran sus necesidades (49). Para el desarrollo de política en salud acorde al contexto socio cultural de Huehuetenango, no se consideró las formas de participación social que las comunidades desarrollaban para evitar que las políticas en salud fueran un factor de choque cultural (50). Se tuvo a la vista evidencia científica que

confirmó la importancia de hacer investigación para generar estrategias de impacto local en la disminución de mortalidad materna a nivel de la política de cohesión de la comunidad (50).

Se identificó información sobre la necesidad de apoyar modelos de atención de salud autóctonos (51) (52) así como estrategias culturalmente apropiadas para las mujeres en el tema de política pública (53) (54), que busca reivindicar la pertinencia social, cultural y ética del reconocimiento de estos modelos, que fueron efectivos para la resolución de la atención en salud. Desde la equidad, interculturalidad y derechos ciudadanos (55), las propuestas de indicadores para el análisis de gobernanza integró a los actores sociales, su entorno y la política en salud. (56)

En el contexto político, económico, social y cultural generado desde los Acuerdos de Paz en Guatemala sobre identidad y derecho de los pueblos indígenas y sobre aspectos socioeconómicos y agrarios (15), se encontraron las bases para conformar una transformación del Estado, se incluyó la “Agenda Pública hacia los Pueblos Indígenas (57). La agenda definió tres principios de interculturalidad que fueron básicos para comprender el desarrollo institucional del MSPAS en materia de política pública en salud de la población indígena, los cuales se resumen de la siguiente forma: el principio de ciudadanía que es propio de pluralismo cultural, que se refiere a la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades. Este principio contiene la idea liberal de igualdad en equidad de condiciones. El segundo principio considera el derecho a la diferencia, o ciudadanía diferenciada, y propone el respeto a la identidad y derechos de los pueblos; el tercero que hizo referencia a la unidad en la diversidad en tanto es factible unir las diferencias en torno a proyectos donde la identidad de los pueblos se puedan respetar (57).

El enfoque de pertinencia cultural se asoció con el principio de derecho a la diferencia y se debió interpretar en el sentido de adecuar a la cultura (57). En una lectura de la entrega de servicios del sector público, se pretendió la conceptualización, organización con base a los valores de la cosmovisión de los pueblos originarios (57). La aplicación del enfoque de pertinencia cultural en la entrega de servicios públicos requirió tres dimensiones: la conceptualización, la

organización y la implementación del servicio (57). Desde la conceptualización se sabe que los tres pueblos indígenas: Maya, Garífuna y Xinka tuvieron en común los valores de búsqueda de armonía con la naturaleza, la generación de equidad social, a partir de la vida en comunidad y la búsqueda del equilibrio espiritual (57).

La organización de servicios desde la pertinencia cultural requiere tomar en cuenta las dimensiones de tipo: geográfica, política, social y lingüística; la concepción sobre el tiempo, en tanto debe considerarse los ciclos cotidianos, productivos, festivos y espirituales; la utilización del espacio y las ideas de estética de los pueblos que recibieron la atención (57). La implementación debe reproducir y recrear la concepción de: persona, familia, comunidad, relación entre lo local y lo universal en los pueblos de entrega de servicios (57). El documento de Agenda Pública hacia los Pueblos Indígenas en el Marco de los Acuerdos de Paz 2005-2012, desarrolló ejes estratégicos generales y lineamientos priorizados para las acciones estratégicas, entre ellos cabe citar el “Lineamiento prioritario No. 2 Reforma del Estado” orientado a “Transformar y fortalecer el Estado para que institucionalmente refleje la composición multiétnica, pluricultural y multilingüe del país, de tal forma que responda al desarrollo integral de los pueblos Maya, Garífuna y Xinka.” (57).

En el lineamiento prioritario No. 5: sobre “Servicios Públicos” indicó “ampliar la cobertura y garantizar el acceso de los pueblos: Maya, Garífuna y Xinka, a los servicios públicos de calidad con pertinencia cultural y lingüística. De acuerdo a los ejes articuladores o transversales de las acciones estratégicas se indicó los siguientes puntos: reforma del Estado; servicios públicos y lucha contra la discriminación y el racismo (57). Los acuerdos de esta Agenda Pública tuvieron un efecto positivo en el MSPAS dado que en el año 2009 se publicó el Acuerdo Ministerial No. 1632-2009 sobre “Crear la unidad de atención de salud de los pueblos indígenas e interculturalidad en Guatemala” (58) la cual tuvo por objetivos: “El desarrollo de la salud de los Pueblos Indígenas en Guatemala; La valoración, reconocimiento y prácticas de los sistemas de salud de los pueblos indígenas en Guatemala; La modificación y evaluación de los actuales servicios de salud para que sean adecuados a la cultura de los

pueblos, que no agrede sus forma de vida y cosmovisión; El fortalecimiento y promoción de las prácticas de salud indígena, intencionado estudios e investigación, sensibilización de la red del sistema nacional de salud, sobre la lógica de los sistemas de salud indígenas; Propiciar la pertinencia cultural en salud a nivel nacional, entre los cuatro pueblos: Maya, Garífuna, Xinka y No Indígena (58).

Derivado del Acuerdo Ministerial 1632-2009, al año siguiente cobró vigencia el Acuerdo Ministerial No.8-2010 que contuvo el “Reglamento Interno de la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala” (59). En materia de Organización se indicó la formación de la Asamblea de Salud de los Pueblos Indígenas en el nivel central para el nivel Distrito de Salud indicó que se debe formar su Asamblea de Salud Indígena Municipal y cada Dirección de Área debe formar su Asamblea de Salud Indígena Departamental (59). Además debe formarse el Consejo de Salud de los Pueblos Indígenas el cual se constituyó como un órgano asesor de la Unidad, la estructura indica el papel del Director de la Unidad en el nivel Central, asimismo la coordinación en los diferentes niveles de atención en cada dirección de área de salud, los procedimientos de aprobación de los planes, programas y proyectos fue por medio del Despacho Ministerial como producto del consenso de la Asamblea y el Consejo de Salud de los Pueblos Indígenas (59).

La evidencia sobre la interculturalidad en salud en el contexto guatemalteco se reforzó con el estudio “Empoderamiento de las mujeres indígenas y garífunas para su incidencia a través de políticas públicas y acceso de salud materna con enfoque intercultural” (60), el estudio utilizó metodología cualitativa, con entrevista semi estructurada en 5 grupos de población (60). Entre sus conclusiones se encontró un avance en el rol que la comadrona tuvo en los servicios sanitarios del MSPAS, con o sin el apoyo institucional, existió una delimitación de funciones y aceptación de su función en el sistema de salud por parte del personal de enfermería, se requirió la sensibilización del recurso sanitario para que reconozca el papel de la comadrona como prestadora de servicios (60). Entre las prácticas se tuvo, servicios de salud donde se respeta el derecho de la usuaria para escoger la posición en que desea tener

el parto, presencia de la comadrona en los servicios de salud, quienes pueden acompañar, comunicar en su idioma, atender el parto, dar bebidas calientes y entregar la placenta a los familiares (60).

2.5 Sitios de estudio

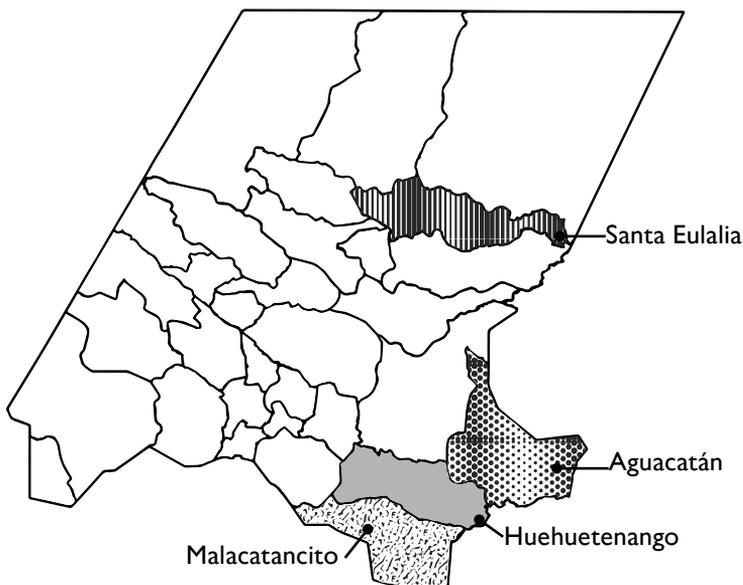
Entre los criterios de selección de los tres sitios se incluyeron los siguientes: a) registro de mayor número de muertes maternas en el municipio a nivel nacional sucedidos en el hogar en el año 2010; b) registro en los últimos 5 años de la mortalidad materna en cero, con composición étnica donde el balance fuera de mayor peso ladina, con mayor proximidad a la cabecera departamental; c) registro epidemiológico de muerte materna caracterizado por un descenso de muerte a cero en el mismo periodo de estudio después del año 2010, con una composición multiétnica y plurilingüe. En los tres sitios se tuvo la presencia del modelo tradicional y el modelo del Programa de Extensión de Cobertura para la entrega de servicios de salud.

Guatemala se divide geográfica y políticamente por departamentos, cuenta con 22 de los cuales Huehuetenango fue el segundo departamento más poblado con un 1,143,887 habitantes equivalente al 7.77 por ciento de la población total de Guatemala (61) del total de la población del departamento el 53 por ciento fueron mujeres. El gobierno de los departamentos se ejerce desde el Gobernador, puesto que es designado por el Presidente de la República; cada departamento se conformó por municipios en los cuales la máxima autoridad es el alcalde municipal y una corporación municipal donde ambos se eligen cada 4 años en el mismo proceso electoral donde se definieron la presidencia del país y los diputados al congreso de la República. El departamento cuenta con un Consejo Departamental integrado por los alcaldes del total de municipios y presidido por el Gobernador (62). Este departamento hace frontera con México y colinda con los departamentos de San Marcos, Quiché y Totonicapán (63), todos ellos con la característica que su composición poblacional posee diversidad étnica.

Huehuetenango contó con una participación de 10 diputados en el Congreso de la República (64). Se conforma por 32 municipios, entre ellos 9 grupos

étnicos que conformaban el 65 por ciento de población (65) de las etnias: Mam, Q'anjob'al, Popt' (Jakalteco), Chuj, Akateko, K'iché, Awakateko, Tekit-teko y Chalchiteko (66). El departamento se encontró en el puesto 12º con mayor índices de pobreza total de la cual el 50.91 por ciento fue pobreza no extrema y el 9.59 por ciento pobreza extrema (67).

Mapa No. 1
Departamento de Huehuetenango



Fuente: Modificado con base al elaborado por el departamento de epidemiología de la DAS de Huehuetenango para este proyecto. 2013

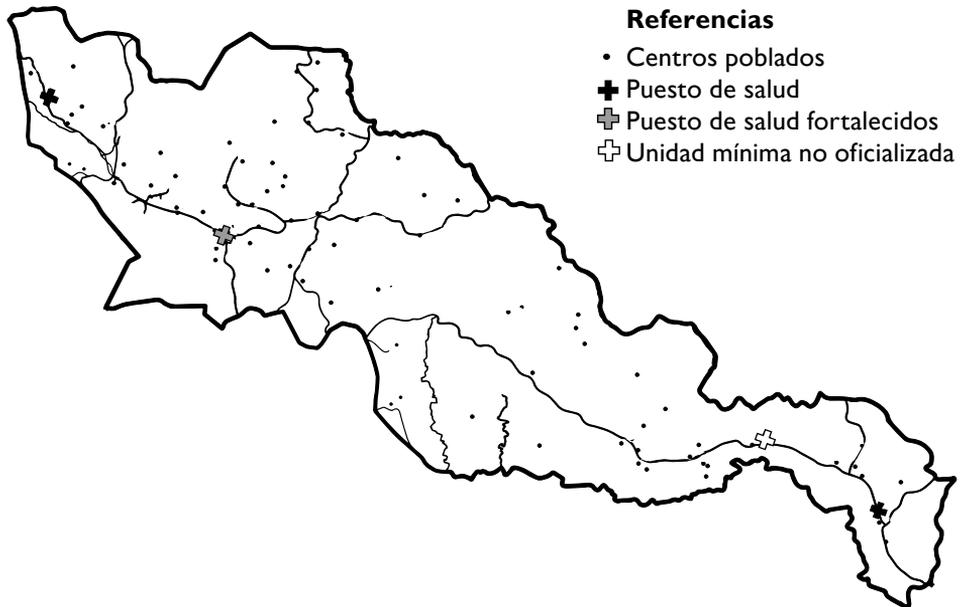
En el mapa 1 se observan los municipios bajo estudio,  Malacatancito municipio (A),  Santa Eulalia (B) y  Aguatán municipio (C). De acuerdo a las proyecciones de población del INE se tuvo los siguientes volúmenes de población para el: municipio A 21,128; municipio B 46,885 y; municipio C 53,740 (68). La densidad poblacional en el año 2011 fue de 156 hab/km² superior a los 135 hab/km² del promedio nacional (67).

La mortalidad materna en Huehuetenango representó una de las razones más altas del país en los últimos 10 años. Para el año 2011 ocupó el primer lugar de muertes maternas.

2.5.1 Municipio A

El municipio de Santa Eulalia, de acuerdo a registros del Distrito Municipal de Salud del año 2010 tuvo una población de 43,711 habitantes, distribuidos en 87 comunidades (Ver Mapa No. 2). Las mujeres fueron el 52 por ciento y el 33 por ciento de ellas se encontró en el rango de edad reproductiva (de 10 - 54 años de edad) del total de la población. Se tuvo que el 80 por ciento fue rural y en su mayoría (99 por ciento), población indígena de idioma Q'anjob'al (69).

Mapa No. 2
Santa Eulalia, Departamento de Huehuetenango

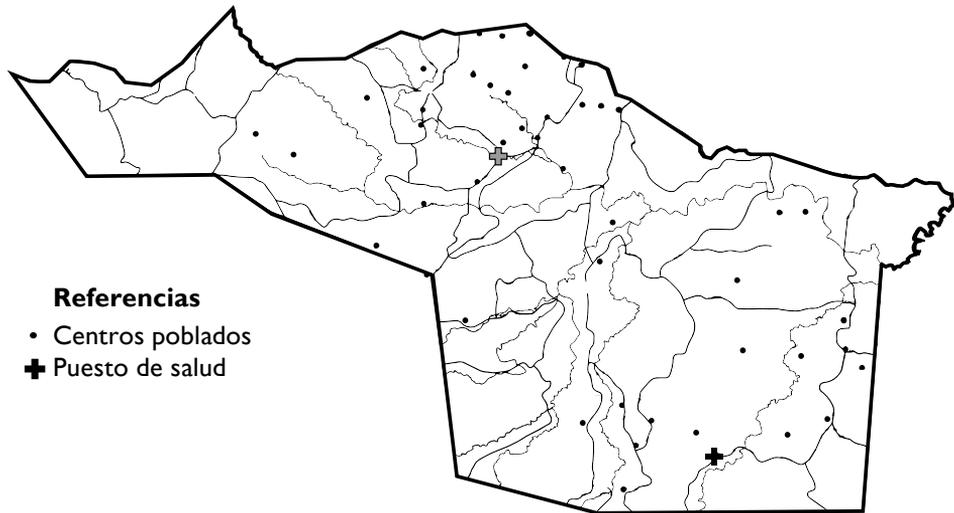


Fuente: Modificado con base al elaborado por el departamento de epidemiología de la DAS de Huehuetenango para este proyecto. 2013

2.5.2 Municipio B

El municipio de Malacatancito, de acuerdo a registros del Distrito Municipal de Salud del año 2010 tuvo una población de 20,145 habitantes distribuidos en 54 comunidades (Ver Mapa No. 3), las mujeres fueron el 53 por ciento y el 22.21 por ciento de ellas se encontró en el rango de edad reproductiva (de 10 - 54 años de edad) del total de la población. En su mayoría (el 89 por ciento) de la población fue rural con una composición de dos grupos étnicos: a) K'iché 31.85 por ciento y; b) Ladino 67.73 por ciento (70).

Mapa No. 3
Malacatancito, Departamento de Huehuetenango



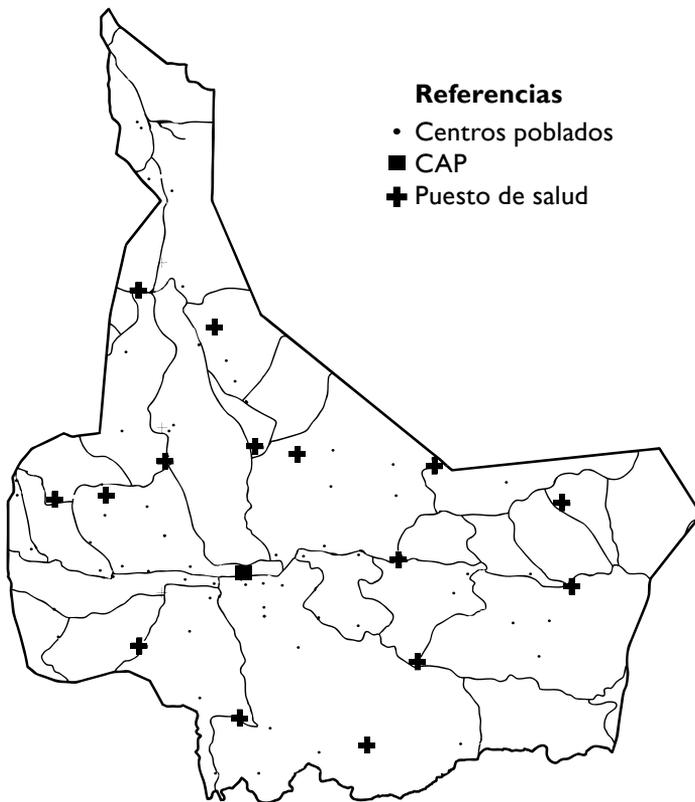
Fuente: Modificado con base al elaborado por el departamento de epidemiología de la DAS de Huehuetenango para este proyecto. 2013

2.5.3 Municipio C

El municipio de Aguacatán, de acuerdo a proyecciones del INE, según el censo de población del año 2002, tuvo una población de 51,687 habitantes distribuidos en 74 comunidades (Ver Mapa No. 4). Las mujeres fueron el 57.5

por ciento del total de la población, de las cuales el 34.74 por ciento se encontraron en edad reproductiva (de 10 - 54 años de edad). En su mayoría (el 88 por ciento) la población fue rural e indígena (el 84.32 por ciento) con una composición de cinco grupos étnicos: a) población indígena 84.32 por ciento (Grupos étnicos: Awakatekos, Chalhiteco, K'iché y Mam, y; b) Ladino 15.18 por ciento, con predominio del idioma K'iché (71).

Mapa No. 4
Aguacatán, Departamento de Huehuetenango



Fuente: Modificado con base al elaborado por el departamento de epidemiología de la DAS de Huehuetenango para este proyecto. 2013

2.6 Problema, objetivos y expectativas

Esta sección se construyó con los aspectos que permitieron el desarrollo metodológico de la investigación en sistemas de salud la cual: a) respondió a la pregunta del planteamiento del problema; b) estructuró el método con base a los objetivos y; c) sometió a prueba las expectativas empíricas.

2.6.1 Pregunta del problema

Con los antecedentes planteados, en el capítulo 2, el problema de estudio de esta tesis respondió a la pregunta siguiente:

¿Cuáles son los indicadores de gobernanza y participación social que permiten evaluar el efecto de las políticas públicas en los programas contra la mortalidad materna a partir de la reforma del sistema de salud en Guatemala?

2.6.2 Objetivos

La investigación utilizó dos tipos de objetivos para su desarrollo. En un sentido el objetivo general que articulo recursos teóricos, técnicos y metodológicos en sistema de salud para el abordaje de la pregunta de investigación. Por su parte los objetivos específicos que permitieron la construcción lógica y secuencial del proceso de investigación.

2.6.2.1 General

Contribuir a la reducción de la mortalidad materna mediante el uso de indicadores de gobernanza, relacionados con los programas contra la mortalidad materna desarrollados a partir de la Reforma del Sistema de Salud en Guatemala, en tres municipios.

2.6.2.2 Específicos

1. Recolectar información de los indicadores de gobernanza y participación social pertinentes para la evaluación de los niveles de gobernanza y participación social en las políticas y los programas de mortalidad materna implementados durante el periodo 1996-2012.

2. Caracterizar las respuestas de los indicadores de gobernanza y participación social, en torno a las políticas y programas de mortalidad materna, en tres municipios seleccionados.
3. Elaborar recomendaciones de política en salud con criterios de aceptabilidad política, género, interculturalidad y ética que permitan fortalecer la gobernanza y participación social, en las políticas y los programas de mortalidad materna.

2.6.3 Expectativas empíricas

Se consideró dos niveles de expectativas empíricas, de acuerdo a las variables de estudio, a través de las cuales los actores sociales fueron el eje fundamental articulador de acciones en torno a la atención materna que a través de los programas contra la mortalidad fueron susceptibles de cambio.

Los indicadores de Gobernanza en el ámbito de los programas de abatimiento de la mortalidad materna, permiten identificar factores que fortalecen el desarrollo de las capacidades de respuesta social y de los servicio de salud ante la mortalidad materna.

Los indicadores de Participación Social permiten la identificación de los nodos de la interacción de los actores sociales, de sus roles y reglas tendentes a fortalecer las recomendaciones de alta factibilidad para el avance de los programas de abatimiento de la mortalidad materna.

3. Marco conceptual

El marco conceptual para este proyecto planteo cuatro niveles de aproximación. El primero, se refirió al abordaje de los conceptos básicos de gobernanza en salud; el segundo a la definición de gobernanza en el ámbito de los sistemas de salud; el tercero, planteó los elementos centrales para el estudio de participación social; y finalmente el cuarto nivel de aproximación planteó las principales, categorías de análisis, involucradas en el estudio. El tema de etnia y género fue un eje transversal en este marco conceptual.

3.1 Conceptos básicos de gobernanza en salud

Entre los conceptos básicos cabe diferenciar la definición de gobernabilidad la cual el Banco Mundial la define como: “el conjunto de tradiciones que determinan cómo se ejerce la autoridad en un país; esta comprende: 1) el proceso de selección, supervisión y sustitución de los gobiernos, y sus mecanismos de rendición de cuentas (...) al público en general; 2) la capacidad del gobierno para administrar los recursos públicos de forma eficaz y elaborar, poner en marcha y ejecutar políticas y leyes adecuadas para el desarrollo del país y el bien común, y 3) el respeto, por parte de los ciudadanos y del Estado, de las instituciones que rigen sus relaciones económicas y sociales” (72). Por su parte el PNUD define a la gobernabilidad como “el ejercicio de la autoridad política, económica y administrativa en la gestión de asuntos de un país en todos los planos. La gobernabilidad abarca los complejos mecanismos, procesos e instituciones por conducto de los cuales los ciudadanos y los grupos expresan sus intereses, ejercen funciones de mediación respecto de sus diferencias y ejercitan sus derechos y obligaciones jurídicas” (72).

Al referirse al contexto de América Latina y el Caribe se plantean dificultades en cuanto a la posibilidad de “gobernar sin política” (73). Por su parte la gobernanza tiene como un componente fundamental la toma de decisiones, en distintos niveles interconectados- el hogar, la comunidad, el gobierno local, el gobierno nacional y las instituciones globales (72). El siguiente texto hace

una aproximación a la diferencia entre gobernabilidad y gobernanza: “La gobernabilidad depende de la aptitud de un sistema para regular los conflictos sociales, mientras que la gobernanza supone la coordinación social que nace de la interacción constante entre agentes de todo tipo. La idea de gobernanza deja en un segundo plano el papel del gobierno y del sistema de instituciones públicas en su conjunto. Se niega al sistema político una posición preferente en esa coordinación de redes auto-organizadas. Esto último supone un “gobernar sin política”, lo que en nuestra perspectiva, es básicamente imposible, al menos en nuestras sociedades” (73).

Desde los estudios de gobernanza se consideran fundamentales para el análisis: los actores sociales, las reglas del juego formales y no formales, las interacciones en niveles espaciales y los procesos históricos (31) (56) (74). La participación social es una variable en la cual confluye, la respuesta del proceso de la Reforma del Sistema de Salud a las necesidades ciudadanas en un sistema democrático (75).

El análisis de gobernanza permite identificar los efectos de cómo la norma incide en los actores y cómo las acciones colectivas pueden modificar la norma (74). El periodo bajo estudio permitió construir los procesos de cambio de las normas con respecto a un hecho social concreto como fueron los programas contra la mortalidad materna y los efectos en distintos niveles (56): el nivel central del Ministerio de Salud, el nivel departamental, el nivel municipal, el nivel de dirección de salud y el nivel local. Las reglas del juego se construyeron en la interacción de los actores (31) con los momentos normativos que en el proceso se sucedieron para el presente estudio desde 1996 al 2012. El aporte fundamental en este aspecto del análisis de gobernanza fue la construcción de las normas de acuerdo a los contextos políticos que sucedieron en la reforma.

La necesidad en salud, se concentró en la oferta a la atención en salud materna, conformando en ella los nodos (56) que surgieron en la interacción de actores y reglas del juego, por tanto el análisis de gobernanza apoyó en la identificación de nodos con efectos que apoyaron la toma de decisiones para fortalecer los programas contra la mortalidad materna.

La Reforma del Sistema de Salud enfrentó la problemática de la mortalidad materna como un problema en la agenda de salud pública en Guatemala (27) (31) (32). Desde el análisis de gobernanza se construyó el proceso de cambio en el tiempo, así como los nodos que en el sucedieron con la interacción de actores y normas (74), estos elementos permitieron evaluar la dirección que los programas contra la mortalidad materna tuvieron, se hizo cortes en el tiempo de acuerdo a la promulgación de la norma.

En una sociedad de sistema político democrático y un marco legal que facilita la participación ciudadana (22), el estudio de la participación social es relevante para comprender como se articuló en la dinámica de respuesta social organizada a la demanda de servicios de salud (76), en un tema puntual que afectó el desarrollo de la unidad fundamental de la sociedad “la familia” con la consecuencia de la muerte de la mujer. La exploración de la participación social en contextos específicos permitió avanzar en propuestas que articulaban estrategias de apoyo a la participación social en los programas contra la mortalidad materna, elementos que se tradujeron en insumos para la mejor atención materna.

Se registraron los tres primeros estudios de gobernanza en salud en Guatemala en los últimos tres años, estos abordaron los temas de: a) La participación social en un contexto de violencia política: Implicaciones para la promoción y ejercicio del derecho a la salud en Guatemala, publicado en el año 2009 (17); b) La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder, publicado en el año 2010 (37) y; c) Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud, publicado en el año 2011 (31). La evidencia científica muestra que los estudios de gobernanza en salud en Guatemala tuvieron un desarrollo reciente.

3.2 La gobernanza en sistemas de salud

La definición de sistemas de salud emanada de la OMS en el año 2000, delimitó las características que conformaron el concepto como: “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover,

recuperar y/o mejorar la salud” (77). Esta definición tomó forma en cuanto se aplicó en contextos específicos, de ahí que la idiosincrasia de cada nación o región tuvo estructuras diferenciadas por aspectos históricos, políticos y socio económicas. Además existieron fuerzas políticas y grupos de interés que ejercieron influencia en la forma como ese sistema de salud se conformó. El sistema, desde la óptica de la OPS, tuvo tres funciones principales: “la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud” (78).

Dos conceptos fueron importantes en la caracterización de un sistema de salud como el de Guatemala: el primero, señalado por los ministros de salud de las Américas en Panamá en el año 2007 al comentar las “Tendencias en la Respuesta de los Sistemas de Salud”, donde se indicaron que “no se ha logrado superar su segmentación”, la cual definieron como: “la coexistencia de subsistemas con distintas modalidades de financiamiento, afiliación y provisión, “especializadas” de acuerdo a los diferentes segmentos de la población, que están determinados por su ingreso y posición económica. La segmentación se manifiesta, tanto para la provisión como para el aseguramiento, en un subsistema público orientado a los pobres; en el subsistema de seguridad social, especializado en los trabajadores formales y sus dependientes; y en un subsistema privado con fines de lucro, concentrado en los segmentos más ricos de la población” (79).

El segundo, la fragmentación del sistema de provisión de servicios de salud, definido por la OPS como “la coexistencia de varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red sanitaria asistencial. La presencia de numerosos agentes de salud que operan en forma desintegrada no permite la adecuada normalización de los contenidos, la calidad y el costo de la atención, además de conducir a la formación de redes de provisión de servicios que no funcionan de manera coordinada, coherente o sinérgica, sino que tienden a ignorarse o competir entre sí, lo que genera incrementos en los costos de transacción y promueve una asignación ineficiente de los recursos en el sistema como un todo” (80).

Diversos actores sociales discutieron que la crisis histórica del sistema de salud en Guatemala se debió a la “Fragmentación-Segmentación” (1) (20). Desde el análisis de gobernanza algunos autores postulan que “la gobernanza involucra las interacciones entre estructuras, procesos y tradiciones que determinan cómo se ejerce el poder, cómo se toman las decisiones y cómo participan los actores involucrados. En este proceso, los intereses contradictorios interactúan y pueden llevar a acciones de cooperación, o no producir las” (81). Otros autores sugieren que la gobernanza, en cuanto al desarrollo teórico y metodológico, se apoya en “un contexto sistémico” donde la “presunción de base de estos autores es que los procesos de gobernanza para la efectiva implementación de las nuevas políticas de salud en el Cono Sur estarán influenciados de manera significativa por las condiciones de segmentación y fragmentación preexistentes en cada contexto nacional específico” (82). Los aportes de los estudios de gobernanza al enfocarse en los programas contra la mortalidad materna como un hecho social, requieren hacer la construcción de las interacciones que suceden entre los actores sociales.

Los estudios de gobernanza y salud son considerados como innovadores y se utilizan en la discusión de la política en salud y las prácticas del sistema de salud (83). Trabajos de publicación reciente (84) consideran a la gobernanza como una variable de tipo intermedia utilizada para explicar las características y los resultados de la política de salud, además indican la posibilidad de hacer intervenciones sobre los procesos de gobernanza con el objeto de elevar los niveles de equidad y eficacia del sistema de salud (37) (85) (86) (87). La gobernanza considerada como categoría se puede diferenciar por tres formas: a) para el “desarrollo de un marco analítico de gobernanza como herramienta metodológica para la comprensión de las reglas del juego y normas del sistema de salud” (83); b) “prescriptiva o normativa considera que es importante definir determinadas características de los procesos de gobernanza que se asocian a mejores resultados de las políticas de salud” (83); c) la forma mixta que es ampliamente aceptada y considerada como factible por la mayoría de autores (83).

Desde la gobernanza se propone “un marco analítico para estudiar las innovaciones y la efectividad de los procesos de implementación de la políticas que promueven un proceso de integración de las organizaciones de salud con base en APS” (88). Este tipo de análisis permite una mejor comprensión de los procesos organizacionales, en donde interesa “reconocer los mecanismos horizontales (de cooperación) y o verticales (de jerarquía) de regulación social” (88) los cuales describen los arquetipos que son explicativos en contextos específicos, de tal forma que el estudio de caso se constituye en un herramienta metodológica para construir el arquetipo de gobernanza.

Desde la aplicación de la teoría de “cadenas de valor”, se puede estudiar la asimetría de los diferentes agentes económicos por medio de las estrategias vinculadas con los mecanismos de regulación e integración en los procesos de producción de servicios (88). En este estudio se tomó precisamente como hecho social “a los programas contra la mortalidad materna” fenómeno social en el cual se articularon los elementos de análisis para la gobernanza. Vincular los modelos de entrega de servicios, permitió conocer “las normas burocráticas (integración vertical) o incentivos económicos (contratos)” (88) en el proceso de la reforma del sistema de salud.

Se hacen cuestionamientos en torno a la política pública que permitió a la extensión de cobertura (entrega de servicios básicos por medio de ONG’s médicas) desde el año 1996 hasta el año 2011, seguir vigente (31), en el presupuesto de salud. Estos prestadores de servicios incluyen en el paquete básico la atención materna. Es posible que desde “la percepción de equidad” se construyó una “legitimización de la construcción institucional como proceso colectivo” (88). El anterior reglón es una especulación teórica, a la cual el presente estudio respondió, dado que en otros entornos se considera el modelo de extensión de cobertura como una innovación.

Desde la gobernanza se tienen aportes analíticos que permiten situar en tres modos de gobernanza a los sistemas integrados de atención basados en APS: clan, jerárquicos o incentivos. El modo clan de gobernanza “suelen relacionarse con la tensión entre una concepción de la salud como derecho ciudadano versus una perspectiva que liga los servicios de salud como necesidades de

consumidores con acceso a servicios de salud en función de su capacidad de pago” (88), el modo jerárquico de gobernanza es “una tensión latente de los procesos de reforma de los sistemas de salud ha sido la disputa entre autonomía versus regulación de la provisión de los servicios de atención médica a través de mecanismos de regulación organizacionales. Estas conflictividades tiene implicancias sobre los procesos de trabajo profesional de los servicios de salud y sobre las relaciones establecida entre las diferentes organizaciones de salud” (88), finalmente el modo incentivo de gobernanza “los procesos de política de APS contienen decisiones vinculadas con la distribución de recursos financieros entre los actores involucrados, lo cual toma un carácter implícito o explícito de puja distributiva, como una de las puestas en juego que caracteriza la conflictividad de la economía política de ese proceso social” (88).

En el análisis de la reforma se utiliza 3 conceptos de gobernanza: el primero, que se basa en los atributos institucionales como condicionante del desempeño de los servicios; el segundo, se centra en la regulación de los procesos de producción de servicios de salud promoviendo el uso de concepto como la gobernanza democrática y participación de los usuarios, se promueve un mayor involucramiento por parte de los gestores, políticos y proveedores a las necesidades de servicios de salud de la población; el tercero, se enfoca en analizar los procesos de cambio del sistema de servicios de salud identificando los nuevos modos de gobernanza y los procesos políticos que le sustentan (89).

Los procesos de cambio de los modos de gobernanza, para la atención materna requiere analizar la producción de nuevas normas sociales que regulan la conducta de los actores sociales y sus relaciones sociales, para lo cual se consideran sus intereses y valores en juego, donde los actores tienen roles de disputa sobre los recursos que determinan el poder o autoridad (88). Desde “el análisis de gobernanza de innovaciones en organizaciones, se incorpora una perspectiva dinámica de la economía política presente en la puja y producción de normas sociales” (88). La subsistencia del sistema segmentado y fragmentado en Guatemala, supone un reto para la rectoría del Ministerio

de Salud, desde la gobernanza en salud, se describió a la política pública que favoreció al modelo de extensión de cobertura, desde una discusión de los mecanismo de regulación que refuerzan diferentes dimensiones de poder sobre los actores (88).

La gobernanza puede ser abordada desde un plano empírico, noción que se aplica en los niveles: local, nacional, internacional y global (74). Se refiere a la gobernanza como un hecho social que puede ser delimitado y observable, a través de “los procesos de acción colectiva que organizan las dinámicas de actores y normas sociales, con los cuales una sociedad determina su conducta” (74). Este enfoque define los siguientes criterios: “el marco analítico tiene que ser realista, transdisciplinario, comparativo, generalizable, multinivel y reflexivo” (74). En este enfoque de la gobernanza la metodología tiene como rasgo principal a las categorías analíticas: los actores, las normas sociales, los puntos nodales y los procesos (74). Esta perspectiva de la gobernanza de tipo analítica no le da preeminencia al valor del aspecto normativo que en todo grupo social imprime fuerza a las tendencias de participación social (74).

Desde una perspectiva de enfoque de principios éticos y metodológicos, la gobernanza se entiende como proceso en el cual los actores y organizaciones median los marcos normativos adscritos a formas de poder (36). De tal forma que se triangula las relaciones de poder entre los procesos y el sistema de salud en la toma de decisiones. Decisiones que de alguna forma podrían satisfacer las necesidades de la mayoría o no necesariamente. En este punto la reivindicación de principios de equidad, solidaridad y eficiencia se inscriben en el sistema de salud (36). Este aporte conceptual señala la importancia que tiene las relaciones de poder en los procesos de tomas de decisión, que permiten comprender “por qué algunos países de la región han adoptado diferentes esquemas de reformas a sus sistemas de salud” (36). Esta propuesta trata de vincular un punto de equilibrio entre el enfoque normativo y el enfoque analítico.

Una definición que se integra en un plano axiológico, en relación con una forma de convivencia social y política se observa en la siguiente: “La gobernanza se refiere al estudio de los factores que organizan la interacción

de actores, la dinámica de los procesos y las reglas del juego (informales y formales), con las cuales una sociedad toma e implementa sus decisiones en el ámbito de la salud, retomando los vínculos entre democracia y salud” (4). En esta definición se construyó el desarrollo metodológico de la propuesta de tesis doctoral, dado que las relaciones de poder (31), en la sociedad actual, tiene como marco político la vida en democracia donde generan tensión entre las formas de interacción de los actores en marcos normativos que atienden formas culturales ancestrales, instituciones legales, mixtas entre lo ancestral y lo legal.

Estudios realizados de gobernanza en salud proponen los siguientes indicadores (4) (35) (56) (90):

- 1) Capacidad de planeación y de formulación de políticas: existencia de agenda ministerial con temas con permanencia, direccionalidad de políticas del ministerio de salud y existencia de planes estratégicos.
- 2) Capacidad legislativa sectorial: tiempo para formular dispositivos de reforma nacional, estatal y municipal, tiempo para reglamentar nuevas leyes y tipos de dispositivos que emite el sector.
- 3) Capacidad operativa de gobierno: producción y productividad, financiamiento sectorial, distribución de los recursos, y capacidad operativa de programas en los diferentes niveles de gobierno.
- 4) Capacidad y habilidad directiva del funcionario líder y los decisores: especialización de los directivos en administración y gobierno en salud, tipo de selección del personal directivo, régimen laboral y salarial de directivos.
- 5) Estabilidad política y conflictiva sectorial: número de paros, huelgas y conflictos sindicales.
- 6) Relaciones de proveedores con usuarios y la sociedad civil en general (los actores sociales: usuarios, proveedores, sindicatos, gobierno, partidos): Capacidad de concentración sectorial, espacios de interacción proveedores-usuarios, relaciones con los núcleos activos de la sociedad civil: ONG's y Colegios/Asociaciones Médicas.

- 7) Participación social en salud: existencia y amplitud de voluntariado en salud, líderes de ONG's, peso y desarrollo de la participación comunitaria y situación de los órganos sectoriales dedicados a la promoción y monitoreo de la participación social.
- 8) Transparencia en la gestión: existencia de mecanismos de rendición de cuentas, formulación abierta/cerrada de dispositivos jurídicos de reformas y porcentajes de resoluciones sectoriales emitidas que son publicadas en el diario oficial y de acceso a la opinión pública.
- 9) Participación directa en salud: niveles de participación y niveles de influencia de los diferentes actores sociales en las decisiones sobre programas y proyectos.

Estos indicadores son herramientas técnicas que estudian el nivel político además brindan información para construir los procesos para implementar reformas y políticas públicas sobre la base de principios de equidad, igualdad y justicia social lo que otros autores definen como gobernanza democrática (31). En particular se trabajó con 8 de estos indicadores y el indicador de Participación social tuvo un abordaje particular el cual se presenta en el siguiente apartado.

3.3 Participación social en salud

La participación social es expresamente un objetivo de la reforma sectorial (19). Los mecanismos para facilitar esta participación y el control social son aún débiles (75). A la fecha, la participación comunitaria es instrumental (91). En buena medida el SIAS (Sistema Integral de Atención en Salud) descansa en el apoyo de voluntarios de salud pertenecientes a las mismas comunidades donde el sistema se desarrolla (19). Estos constituyen el primer contacto entre la comunidad y el sistema de servicios de salud. Aunque se establece la necesidad de que exista una contraparte organizativa de la comunidad, las que existen generalmente no son organizaciones comunitarias, formales y legalmente constituidas, ni específicamente vinculadas a la promoción y cuidado de la salud (19).

En términos de la participación social el respaldo legal se encuentra en el Decreto Número 11-2002 Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, el cual tiene como objetivo “organizar y coordinar la administración pública mediante la formulación de políticas de desarrollo, planes y programas presupuestarios y el impulso de la coordinación interinstitucional, pública y privada” (22). El sistema integra cinco tipos de Consejos de Desarrollo, donde interesa en particular el Consejo Comunitario de Desarrollo –COCODE- y el Consejo Departamental de Desarrollo –CODEDE-. A los dos marcos operativos legales, señalados, de la reforma y la participación ciudadana, se entrelaza el Decreto Número 12-2002 Código Municipal, el cual habilita lo referente a la participación, en el Título IV Información y participación ciudadana (22).

La política en salud es formulada desde el órgano central de gobierno. Los actores sociales vinculados como los prestadores de servicios y las comunidades receptoras, no tienen la posibilidad de participar en la planificación. En tanto el gobierno promueve la participación ciudadana, sobretudo en la municipalización de los servicios; las poblaciones rurales en Guatemala, tienen procesos de desarrollo y niveles de organización social, desiguales (92). Este escenario es controversial, al considerar los principios rectores de la participación comunitaria que reposan en la democratización y la equidad en salud, respaldados en la normativa nacional como se indicó (22).

El proceso salud-enfermedad, compromete la política de Estado y su interrelación con todos los actores prestadores de servicio, así como los proyectos de desarrollo rural que directa o indirectamente mejoran la calidad de vida o bien propician condiciones sociales y económicas para la adaptación de las comunidades a su entorno (93). Un elemento fundamental es el nivel de incidencia política que tiene la participación comunitaria, considerando la lógica de cómo desde las necesidades de la comunidad, a través del poder local, se logra incidir en la toma de decisiones de las instancias de poder político (16).

En el marco de la reforma del sistema de salud, se menciona el papel de la participación social (80); sin embargo no se tiene información del estado actual de esa participación frente a la gestión que tienen las agencias promotoras de

salud. Un trabajo realizado en el contexto de Colombia sobre la participación social en salud, que recoge información de las percepciones de los actores principales, concluye que los usuarios y líderes son actores importantes “para configurarse en interlocutores clave con las instituciones y el estado” (94).

Al analizar la reforma en el marco internacional, se visualiza que la experiencia de otros países puede apoyar en la formulación de políticas en salud (95) (96). Así mismo, se propone “un método innovador para la clasificación de los sistemas de salud fundado en el grado de integración de la población y del sistema de salud” (97). En este punto la participación social cobra relevancia en la articulación de las necesidades y respuesta del sistema. Respuesta que debe “generar estrategias para reestructurar el sistema como un todo, con el objeto de resolver de manera efectiva las necesidades preexistentes y las futuras” (98).

En torno a la reestructuración de un sistema, algunos autores apuntan que debe confluír la configuración de cuatro funciones del sistema de salud –modulación, financiamiento, articulación y prestación–, mismas que, dan las bases para identificar los principales modelos institucionales (76). Al discutir la temática de sistema y participación social en un marco de integración es relevante el papel que tiene la población e instituciones. En tal sentido se hace propio el texto que indica que “respecto de las poblaciones, la integración significa el grado en que los diferentes grupos tienen acceso a cada una de las instituciones del sistema de salud” (76). Agregan el elemento histórico que define las relaciones del sistema, las poblaciones indígenas obedecen a patrones históricos culturales, en los cuales la garantía de derechos, no está presente, como para generar interlocutores aceptados en la integración de un sistema holístico, donde la integración de poblaciones se entrelaza a la integración de funciones institucionales (76).

De ahí que el modelo segmentado caracterizado por la segregación de los diversos grupos sociales en sus nichos institucionales respectivos repercute en el Sistema Integrado de Atención en Salud –SIAS- en Guatemala (52). Por ello la participación social, a pesar de tener un marco legal de operación (22), en la realidad no es integrada, sino por el contrario, genera una fuerte

discusión de poderes paralelos en los cuales los vicios de proselitismo están presentes en manos de los alcaldes municipales (16). Ello se representa en el modelo segmentado con un sistema de integración vertical con segregación horizontal, frente a las necesidades de salud de la población indígena (99). La desigualdad social subyacente en la estructura social (47), no se reconvierte desde el sistema de salud, por ello el reto de la política pública con un enfoque sistémico, requiere de mayor integración intersectorial.

Desde el modelo del pluralismo estructurado, el MSPAS debe establecer la orientación estratégica al sistema en su conjunto. Se realiza, en el caso de Guatemala, la falta de integración entre la participación social en salud y la delimitación de necesidades en salud. La modulación (76) deberá de integrar de manera prioritaria en el desarrollo del sistema, la movilización social para la salud, incluye la participación comunitaria, como eje central de la integración. Derivado de la división étnica del país, también se hace necesario considerar la planeación estratégica con una orientación territorial (21); centrar la regulación del sistema de manera descentralizada para posibilitar la autonomía local, y por ende garantía del respeto a los principios éticos de igualdad entre los pueblos. Al considerar de manera prioritaria la asimetría de información (37) entre pueblos indígenas y proveedores de atención, la actividad reguladora tiene un papel importante en este aspecto (99).

Desde un punto de vista teórico se puede reflexionar el establecimiento del sistema integrador para la modulación de la función descuidada (99). La participación social se convierte en el motor generador de la interacción entre los actores, en la cual confluyen la dinámica de procesos y reglas de juego en torno a los vínculos entre democracia y salud (4). De tal forma que la determinación de prioridades debe enmarcarse en una redefinición ética de la equidad vertical compatible con el criterio de costo-eficiencia. Además de considerar el criterio ético de priorización, está el “principio de rescate”, con el objeto de integrar acciones en un sistema integrador de las necesidades en salud (100), donde la rectoría busca la cohesión de intereses en un sistema armonioso que entrelaza las fuerzas sociales, para dinamizar el movimiento de los contrarios en un sentido positivo de logros.

La definición de participación social, concentra la complejidad que se construye en contextos específicos (101), de ahí que el desarrollo de trabajo empírico exija la aproximación a esa noción de “Participación social” a través de técnicas que permitan la caracterización y análisis de tal participación, en una dinámica de reflexión que se construye a través de elementos normativos que justifican su existencia, patrones culturales que subyacen en formas de poder y la confluencia de estos elementos que explican la dinámica social de esa participación social en salud (4). Esta noción teórica aproxima de un plano abstracto, la comprensión del estudio de la participación social en salud, en escenarios diferenciados por formas de expresión particulares que se construyen en la dinámica de aplicación de procesos complejos como la reforma del sistema de salud, en contextos culturales, sociales y económicos diferenciados.

La consolidación de un sistema de salud coherente y que lleve a un modelo de pluralismo estructural (76), requiere la identificación de la dinámica que se construye, en contextos donde la diversidad cultural e histórica generan estructuras sociales complejas, caracterizadas por la desigualdad, social y económica. Esta investigación apuntó a reconocer la participación social que opera de manera informal o formal, y que pueden ser motivo de promover programas que integren a las formas organizadas de carácter informal en la atención contra la mortalidad materna. La participación social comprende a las redes sociales que pueden entenderse como una forma natural de organización entre las personas, las familias son las redes basadas en el parentesco (102). Las redes sociales tienen importancia en la política en salud pública por ser estructuras funcionales con el rol de facilitar los procesos. Estudios realizados en Camboya con ONG del sector salud muestran el efecto facilitador que tienen las redes sociales (102).

Desde la gobernanza de un sistema y en particular de los programas contra la mortalidad materna, las redes sociales articulan con la cultura local formas de organización social con diversas formas de poder (103). Existe evidencia que registra el papel que tienen las redes sociales y cómo éstas, se mueven entre las reglas informales y formales. De tal forma que para analizar el papel

de las redes sociales en la gobernanza, se tiene que delimitar cuándo una red social es formal; al respecto existen cuatro consideraciones: formación, organización, formalización y la institucionalización de las relaciones. La ruta para integrar las redes sociales se formula desde lo informal a lo formal, es la política pública un medio estratégico para dotar de recursos y posibilitar el éxito de la red social en atención materna (104).

Frente al planteamiento hipotético de que las “inequidades de género en la utilización y el financiamiento de la atención son producto de las asimetrías de género en los niveles macroeconómico y microeconómico de la distribución de los recursos” la autora llega a la conclusión que: “el logro de metas de equidad en el acceso a la atención exige mayor comprensión de las necesidades y barreras de género ligadas a la estructura social y como al sistema de salud” (105). Existe evidencia del efecto de las asimetrías jerárquicas entre los géneros así como las interrelaciones que suceden entre las personas que son fuentes de inequidad además se reconocen grados de vulnerabilidad relativa a los roles sociales que mujeres y hombres “pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado” (106). La gobernanza en salud desde una perspectiva de género debe procurar una democracia paritaria, es un reto que exige abrir los espacios de discusión en la política en salud, en algunos sistemas de salud la discusión ha formado parte de la agenda política (107).

La participación política de la mujer en las instituciones de toma de decisión tiene relevancia sobre todo en sociedades donde los procesos democráticos son débiles, el tema de género desde la lucha de los derechos de la mujer alcanzo la igualdad jurídica, siendo este un triunfo del siglo XX, en donde diversas organizaciones de mujeres trabajan para modificar las condiciones sociales y la posición jurídica (73). Los marcos legislativos de participación ciudadana en Guatemala, permiten la incorporación de representantes en los diversos Concejos de Desarrollo, sin embargo la sub representación de las mujeres debe ser confrontada con la sobre representación masculina- en el marco de los sistemas electorales, que deberían establecer mecanismos de inclusión que en algunos países de la región superan con las cuotas de participación (73).

3.4 Género como eje transversal

El tema de género en la gobernanza en un contexto como el guatemalteco cobra relevancia por las características socio antropológicas que evidencia el bajo nivel de representación de la mujer en las instituciones locales del poder político y en los concejos municipales de desarrollo, este fenómeno de baja representación también fue observado en una investigación sobre incidencia política en tres estudios de caso donde la participación de la mujer en los grupos voluntarios de salud comunitarios sucede en un número bajo con respecto a los hombres (16) (108) (109). Desde la Gobernanza se valora la interrelación de los actores sociales en distintos niveles de acción para la toma de decisiones, en un escenario donde la mujer es subalterna al acceso de las estructuras de poder dadas las condiciones psicológica, antropológica, económica y social, es relevante construir la evidencia que permita generar acciones en pro de un sistema político en democracia (72).

La posibilidad que tiene la mujer de tomar decisiones sobre su cuerpo fue materia de discusión desde la teoría de género, para el contexto en el cual se desarrolla el estudio, fue importante retomar tres conceptos: a) La sumisión, la cual establece una relación subalterna de la mujer con respecto a su conyugue. Este tipo de relación supone la inferioridad femenina como algo natural que reposa en normas y valores propios de la cultura; b) La imposición, el dominio masculino se ejerce con medios coercitivos de formas de violencia física y psicológica y; c) El cuestionamiento, caracterizado por la resistencia a la dominación masculina y el no reconocimiento de los derechos de la esposa. (110)

El análisis del tema de género y gobernanza permite delimitar los niveles de derechos frente a las oportunidades del sistema de salud (111). El informe general de “Género y Gobernanza” al referirse a la Equidad indica que es el: “derecho de cada ciudadana y ciudadano a tener una voz, en pie de igualdad, en los procesos de gobernanza y a beneficiarse equitativamente de los resultados de éstos.”

El concepto de género se utiliza en las interrelaciones de desigualdad, que suceden entre hombres y mujeres en torno a la disponibilidad y acceso a los recursos, las responsabilidades y el poder (112). En grupos sociales campesino donde se caracteriza a la familia como la unidad de consumo-producción, se identifica un rol en la mujer quien se ocupa esencialmente del cuidado de los hijos. Las desigualdades sociales marcadas por la diferencia de acceso a medios de producción, servicios de salud, educación y oportunidades sociales de poder, indican en las estructuras sociales que permiten la interacción de actores sociales. Un estudio realizado en Guatemala indica: “Se comprueba además la doble discriminación que en el terreno político sufren las mujeres, ya que no sólo su participación es limitada sino que los cargos que obtienen son de menor jerarquía dentro de los concejos municipales” (109).

Cuando se menciona la “gobernanza sensible al género” se refiere a “reconocer los procesos de gobernanza a todos los niveles, así como la diversidad de las ciudadanas y los ciudadanos a través de su sexo, sexualidad y etnia” agrega que “es necesario que reconozca que en las políticas, los procesos y tradiciones actuales existen desigualdades de profunda raigambre que deben ser afrontadas para que ocurra una reforma con perspectiva de género” (72). Uno de los argumentos que fundamenta la inclusión del enfoque de género se debe a la falta de un trato equitativo a las mujeres en las instituciones y procesos de gobernanza (72). El argumento más común se indica en la división existente entre el ámbito público y privado que “ha creado un obstáculo a la participación de las mujeres en la gobernanza” (72). La inclusión de la mujer en los niveles de la toma de decisión se fundamenta en el “derecho que tienen las mujeres de participar en las decisiones que afectan sus vidas”. En los temas de salud se sabe que las “instituciones de gobernanza determinan cómo se asignan los recursos públicos y si los servicios tienen en cuenta las necesidades de las mujeres” (72).

La participación social contiene el tema de género desde una perspectiva de los derechos ciudadanos que tienen los hombres y mujeres en su capacidad de “incidir sobre los factores y procesos que afectan su salud”. El género es empleado en este estudio como: “las relaciones de desigualdad entre mujeres

y hombres (o entre los ámbitos “masculinos” y “femeninos”) en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder” (113).

Abordar desde el enfoque de la desigualdad de género permitió la conceptualización del impacto que tiene la relación de género en la sociedad guatemalteca, en población rural, indígena y no indígena en la participación social y en la toma de decisiones de los aspectos que se relacionan con la mortalidad materna en la gobernanza del sistema de salud.

Existen antecedentes de proyectos regionales a nivel mesoamericano que favorecen el compromiso de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en particular para el objetivo 5 “mejorar la salud materna” (114), y a la iniciativa del Instituto Mesoamericano de Salud Pública que impulsa el “Plan Estratégico Mesoamericano de Salud Materna” a través del proyecto: “Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 – Guatemala” presentado ante el Banco Interamericano de Desarrollo (115). Así mismo este dará información sobre el ODM 3 para “promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer” (72) con respecto a los programas contra la mortalidad materna.

Desde la ética se discute la pertinencia de la intersección de la bioética y la salud pública en el sentido de discutir desde los actores sociales cómo mejorar las prioridades locales y el fortalecimiento del sistema de salud (45). Este proceso debe darse desde una perspectiva de justicia social y equidad (34), en tanto son los actores sociales, inmersos en determinantes sociales (29), que construyeron formas particulares de resolver sus problemas de salud. De ahí que una propuesta para el abordaje de la atención materna debe considerar los aspectos de información local y la visión cultural, como base para la formulación y aplicación de los programas de mortalidad materna, generados en la aplicación de políticas públicas en salud (51).

En tal sentido, se persigue articular desde los actores sociales con la utilización de la información de los indicadores de gobernanza, participación social (35) y el eje transversal de género (113) la exploración de la dinámica de las capacidades de la gestión pública y el contexto social en el cual las políticas públicas en salud deberían de tener su aplicación (116), en particular

los programas de mortalidad materna (117) (118) (119). El sistema de salud en Guatemala requiere desarrollar investigación que permita implementar, a nivel de la rectoría del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (29), acciones en la gestión pública para articular los procesos entre proveedores de servicios y los beneficiarios de éstos, a través del fortalecimiento de las políticas pública en salud (51) (116).

La población requiere la articulación del nivel organizacional para mejorar la atención materna, reconvirtiendo la lógica de entrega de servicios desde una visión vertical a una horizontal (119). Las desigualdades sociales que se reflejan en la alta tasa de mortalidad en la población indígena, requieren el desarrollo de investigación local para identificar los niveles de acción en los cuales la salud pública debe orientar acciones que incidan en cambios consistentes en beneficio del desarrollo social de la mujer. (31) (32) (Ver la Gráfica No. 1)

Se hace énfasis en la necesidad de apuntalar la auditoría social (36), dado que en el ejercicio de los programas de atención materna (117) (118) (119), no se tienen procedimientos de auditoría social, como parte de la rendición de cuentas frente a los episodios de mortalidad materna. De tal forma que, estudios de esta naturaleza se constituyen en una herramienta para el diálogo social y consensos (120), en la búsqueda de respuestas a las necesidades de la atención materna en Guatemala (42). Los elementos que justifican la importancia de un estudio de esta naturaleza son fuertes, ante los retos que tiene la salud pública con respecto al derecho a la salud de todas y todos los ciudadanos (27).

3.5 Categorías de análisis

La tesis doctoral utiliza dos categorías de análisis fundamentadas en el marco conceptual: a) la Gobernanza y; b) la Participación Social.

Gobernanza: “se refiere al estudio de los factores que organizan la interacción de actores, la dinámica de los procesos y las reglas del juego (informales y formales), con las cuales una sociedad toma e implementa sus decisiones en el ámbito de la salud, retomando los vínculos entre democracia y salud” (4).

Esta categoría delimita a la gobernanza en cuanto a la capacidad del sistema socio político en la conducción de los programas (56) dirigidos al abatimiento de la mortalidad materna. De acuerdo al desempeño de los actores, programas, estrategias y política, la gobernanza se expresa en diferentes niveles: alto, medio o bajo (56).

Los actores: son los individuos o grupos cuya acción colectiva conduce a la formulación de normas (121). Las reglas del juego (122) es una dimensión fundamental de la gobernanza, la interrelación entre los actores se mueve en planos formales e informales, con respecto a intereses tanto económicos como políticos, en el sistema de salud, los cuales explican el tipo de las relaciones o interrelaciones. Los actores, procesos y reglas pueden ser de dos tipos: formales con reconocimiento legal o informal sin reconocimiento legal, ambos con arreglos y efectos a través del sistema de salud (56).

Las normas: las reglas del juego son un primer plano de aproximación, se indican tres niveles de aproximación, en el primer nivel las reglas pueden ser conocidas y aceptadas por todos, lo que permite que se reproduzcan en las normas; en el segundo nivel, se someten al escrutinio social para el debate, reproducción o cambio; y en el tercer nivel, las normas que definen como serán las reglas, así como quién tiene la “legitimidad para decidir las reglas” (121).

Los puntos nodales: son considerados como los “puntos físicos o virtuales en donde convergen, en un proceso de gobernanza dado, problemas, actores, procesos (tiempo y espacio), en donde se toman decisiones, se concluyen acuerdos y se elaboran normas sociales (121).

Los procesos: son estados por los cuales suceden los hechos, este elemento “introduce la idea de historicidad de los modelos de gobernanza”, de esa cuenta se puede identificar la secuencia que permite evaluar la dirección por la cual “evolucionan esos procesos y localizar los factores favorables de cambio”. En el análisis de los procesos se pretende seguir la secuencia de los puntos nodales, “la trama de interacciones entre actores y su relación con los cambios de las reglas de juego a través del tiempo” (121).

Desde la categoría de gobernanza se incluye la perspectiva de género, en tanto la interacción de actores sociales se reconocerá los intereses individuales o de grupo que a través de los indicadores de gobernanza se determinan los niveles de gobernanza, así como la interrelación de los actores que en determinado momento representan las diferencias de género.

Participación social: existen trabajos de revisión bibliográfica que presentan las diversas definiciones del concepto de participación social en el campo de la salud, de acuerdo a contextos económicos, sociales, políticos, culturales e ideológicos (17) (91) (101), para fines de esta tesis doctoral se apoyará en la siguiente definición de participación social en salud descrita en el numeral 7 de la página 32 de este documento (4).

Los indicadores propuestos se basan en los principales obstáculos para el desarrollo de la participación ciudadana bajo la siguiente consideración que: “en la sociedad democrática la ciudadanía consiste en el derecho de las personas a definir las reglas del juego, los derechos y las obligaciones y a contar con mecanismos que garanticen que estos derechos se hagan efectivos” (75). En general en América Latina la formulación de política en el sector salud se realiza desde un nivel central con una baja participación social y baja adecuación a la realidad local (75). Desde los derechos humanos basado en principios democráticos la ciudadanía ejerce el cuestionamiento, debate, toma de decisiones y otros aspectos de la vida política pública y privada (91), en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional.

En el proceso de la reforma del sistema de salud, se considera como “una oportunidad para promover la participación y el control ciudadano sobre el sistema de salud, dado que se observa un bajo nivel de desarrollo de estos mecanismos en las distintas funciones del sistema” (75). La formulación de las políticas de reforma no consideraron la inclusión de la participación ciudadana en sus inicios, y hoy en día existe presión para la incorporación a los ciudadanos en los procesos de reforma (75). La propuesta de tesis doctoral trabajó sobre el papel de la participación social en los programas para el abatimiento de la mortalidad materna en los niveles: a) nacional – central; b) Departamental - Dirección de Área de Salud y; c) municipal - local.

La aplicación de esta categoría de análisis permitió identificar las formas como se sucede en el tiempo de la reforma del sistema de salud en Guatemala, la participación social, en los programas de abatimiento de la mortalidad materna para lo cual se tuvo presente los siguientes conceptos:

- la participación como beneficiarios que es la forma más frecuente de interpretar la participación desde la óptica de los organismos gubernamentales responsables de la salud, quienes consideran a las personas como simples receptoras, bajo este esquema de participación las organizaciones crean el concepto de la gratuidad de la salud, en países donde la salud pública tiene un papel de desarrollo importante (75);
- la participación como contribución a la promoción de la salud (75), generó una relación vertical entre los proveedores de servicios y la ciudadanía, convirtiendo las acciones voluntarias en medios para obtener los fines que facilitan las acciones del estado;
- la participación comunitaria (75), es un concepto promovido por los organismos multilaterales, donde se otorga una visión más completa de la participación de la ciudadanía, sin embargo en una sociedad moderna, los intereses, visiones y modos de vida de las personas, no están totalmente representados a través de las formas que se utilizan para promover este tipo de participación de la “comunidad” donde la “heterogeneidad” no permite tener a un único interlocutor que actué en representación de la diversidad.

“Una visión más moderna de participación en la salud reconoce a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos” (75). El marco legislativo en Guatemala (22) propicia las condiciones para implicar la participación ciudadana en la toma de decisiones en salud en el nivel local, algunos estudios identifican el contexto social y cultural en el cual sucede la participación social concluye en los efectos de la violencia, los gobiernos paralelos y la manipulación de las formas de representación local para fines partidistas (16) (37) (17).

4. Metodología

Este apartado presenta los materiales y métodos desarrollados, así como la sistematización de las técnicas y los procedimientos logísticos que se replicaron en el trabajo de campo.

4.1 Materiales y métodos

4.1.1 Tipo de diseño general del estudio

Se desarrolló un estudio exploratorio de estudios de casos comparativo con dos componentes. En el primero, con un análisis de política de salud con base en los programas contra la mortalidad materna implementados por el MSPAS, en el periodo de estudio 1996 – 2012. En el segundo, con un estudio de casos sobre gobernanza y participación social en salud en 3 municipios seleccionados.

Tabla 4.1 Diseño general de la tesis doctoral de acuerdo a las fases, actividad y universo de estudio

Diseño general de la tesis doctoral		
Fase	Actividad	Universo de Estudio
I	Análisis de políticas en salud (116)	Actores sociales involucrados en la interacción.
II	Estudio de caso	Tres municipios seleccionados.

Fuente: elaboración propia

4.1.2 Selección de la población

4.1.2.1 Fase I análisis de políticas en salud

Tabla 4.2 Selección de las personas entrevistadas de acuerdo a las autoridades de: Gobierno Central, Departamental y Municipal

Nacional
Sistema integral de atención en salud –SIAS- <ul style="list-style-type: none"> • Dirección Programa nacional de salud reproductiva –PNSR- <ul style="list-style-type: none"> • Dirección • Asesores Sindicato nacional de trabajadores de salud
Departamental
SEGEPLAN SEPREM CODEDE Dirección de área de salud <ul style="list-style-type: none"> • Equipo técnico de apoyo administrativo, epidemiología, PNSR, PEC. • Comité de análisis de muerte de mujeres en edad fértil.
Municipal
Alcalde COMUDE COCODE Coordinador municipal de salud Consejo municipal de salud Personal de los servicios de atención materna.

Fuente: elaboración propia

Tabla 4.3 Selección de las personas entrevistadas de acuerdo a la sociedad civil de: nivel central y nivel local

Nivel nacional (central)
Lideresas de los grupos feministas. Miembros del OSAR
“El Congreso de la República de Guatemala, en cumplimiento de su función de fiscalización, en alianza con la facultad de ciencias médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, facultad de ciencias médicas y de la salud de la Universidad Mariano Gálvez, el Instituto Universitario de la Mujer de la USAC, la Instancia por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres, el Colegio de Médicos y Cirujanos, la Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas y la Asociación de ginecología y Obstetricia de Guatemala impulsa la formación de un Observatorio en salud reproductiva, con el fin de monitorear y fiscalizar la implementación de las políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva” (123).
REDMISAR es una red que aglutina a mujeres indígenas con representación a nivel departamental para la coordinación de actividades en evaluación de los programas materno infantil quienes operan bajo un acuerdo ministerial firmado en el año 2012.
Consejo Nacional de Extensión de Cobertura –CONEC-
Nivel municipal (local)
Comadronas Comisiones de Salud (conformadas en su mayoría por hombres) Mujeres embarazadas

Fuente: elaboración propia

4.1.2.2 Fase II estudio de caso

Paso No. I Selección de municipios

Municipio A

Los datos epidemiológicos del MSPAS oficiales para el año 2010 indicaron que en el Departamento de Huehuetenango se encontró el municipio con mayor número de muerte materna, a nivel nacional. Para el año 2011 Huehuetenango se encontró entre los 3 departamentos con más alta tasa de mortalidad materna. El municipio de Santa Eulalia, ubicado en el noroccidente del país tuvo 14 muertes maternas de las cuales 8 ocurrieron en el hogar (99).

Municipio B

Se ubicó un municipio cuya característica fundamental fue que tuviera desde los últimos 5 años la mortalidad materna en cero, con composición étnica donde el balance fuera de mayor peso ladina, con mayor proximidad a la cabecera departamental.

Municipio C

De acuerdo a los registro de muerte materna presentó un descenso de muerte a cero en el mismo periodo de estudio después del año 2010, con una composición multiétnica y plurilingüe (5 grupos étnicos).

Criterio general:

Otro criterio fue que en los tres municipios: opera el modelo tradicional de salud y del modelo de Provisión de Servicios de Salud del Programa de Extensión de Cobertura. Esta característica les confiere tener poblaciones postergadas al acceso de servicios de salud.

Paso No. 2 Selección de actores sociales a entrevistar a nivel local

Tabla 4.4 Técnicas a emplear en el trabajo de campo para la selección de actores sociales a entrevistar en el municipio seleccionado

Actor social	Técnica de selección de la muestra*
Comadronas	Por conveniencia y técnica de bola de nieve (124) (Inicialmente se buscará el contacto con las comadronas registradas en los servicios del MSPAS y luego una comadrona nos referirá a otra)
Mujeres embarazadas	Por conveniencia y técnica de bola de nieve (Inicialmente las comadronas o en los prestadores de servicios se podrán contactar a las mujeres embarazada y luego ellas nos llevarán a otro y así sucesivamente)
Familiares o vecinos	Con base a los registros de muertes civiles ocurridas en mujeres en edad reproductiva de 10 a 49 años durante el año 2010 y el empleo de autopsia verbal método RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) (125) serán contactados.

Continúa Tabla 4.4

Actor social	Técnica de selección de la muestra*
Hombres con pareja	Informante clave (124). Grupo de discusión (126). (De acuerdo a las condiciones del lugar se pudo conformar un grupo por municipio).
Líderes de opinión (organizaciones civiles, organizaciones religiosas, representantes locales del sector político, los directores o personal de instituciones locales)	Informante clave. Grupo de discusión. (De acuerdo a las condiciones del lugar se podrá conformar un grupo por municipio).
Personal sanitario de las Prestadores de Servicios de salud (CAIMI, Centros de salud, Puestos de Salud, ONG's de la extensión de cobertura)	Informante clave. Grupo de discusión. (De acuerdo a las condiciones del lugar se podrá conformar un grupo por municipio).

Fuente: elaboración propia. *El método emplea la teoría fundamentada, en donde el número de entrevistados al principio de la investigación no se especificó, esto porque no se sabía el rumbo que la investigación tomaría, por lo que se continuó con la recolección de datos hasta que se alcanzó el punto de saturación que permitió editar nuevos conceptos que no se tuvieron previamente (127).

4.1.2.3 Técnicas de obtención de información

Objetivo específico I

Se recolectó información de los indicadores de gobernanza y participación social pertinentes para la evaluación de los niveles de gobernanza y participación social en las políticas y los programas de mortalidad materna implementados durante el periodo 1996-2012.

Tabla 4.5 Técnicas de obtención de información de acuerdo al tipo de dato

Técnica	Tipo de dato
a) Revisión de las fuentes documentales y estadísticas;	Documentos con el contenido de los programas, lineamientos y estrategias de las políticas para el abatimiento de la mortalidad materna oficiales. De acuerdo al periodo de estudio de 1996 al 2012.
b) Entrevista individual a profundidad y semi-estructurada.	Información de primera mano con base en los indicadores de gobernanza y participación social.
c) Entrevista grupal semi-estructurada (Discusión de grupo).	Información de primera mano con base en los indicadores de gobernanza y participación social.
d) Consulta a un grupo de expertos, en trabajo en forma paralela, con quienes se estimarán y discutirán algunas variables cualitativas.	<ul style="list-style-type: none"> - Matrices ordenadas. - Matrices relacionales. - Resumen de los datos cuantitativos. - Bases de datos generadas en el programa ATLAS.ti y PolicyMaker

Fuente: elaboración propia

Tabla 4.6 Técnicas de obtención de información de acuerdo al tipo de dato de fuente primaria

Técnica	Tipo de dato
Entrevista individual a profundidad y semi-estructurada.	Información de primera mano con base a: <ul style="list-style-type: none"> • Datos generales del entrevistado. • Identificación de actores. • Procesos. • Formulación de políticas. • Marcos normativo. • Matrices ordenadas. • Matrices relacionales. • Resumen de los datos cuantitativos. • Bases de datos generadas en el programa ATLAS.ti y PolicyMaker.
Entrevista grupal semi-estructurada.	
Consulta a un grupo de expertos, en trabajo en forma paralela, con quienes se estimó y discutió algunas variables cualitativas.	

Fuente: elaboración propia

Objetivo específico 2

Se caracterizaron las respuestas de los indicadores de gobernanza y participación social, en torno a las políticas y programas de mortalidad materna, en tres municipios seleccionados.

Se elaboraron tablas resumen de los resultados de cada indicador de gobernanza y participación social.

Tabla 4.7 Densidad de las relaciones entre los actores

Tipo de Actor	Tipo de Actor						
	Actor I Usuaría	Actor II Grupos comunitarios	Actor III Comadrona	Actor IV Proveedores	Actor V OSC	Actor VI Gobierno	Actor VII Diputados
Actor I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NE	NE	NE
Actor II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NE	NE	NE
Actor III	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NE	NE
Actor IV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NE
Actor V	NE	NE	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Actor VI	NE	NE	NE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Actor VII	NE	NE	NE	NE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Baja densidad Media densidad Alta densidad NE= No Existe

Fuente: elaboración propia (La tabla es un ejemplo cada indicador tuvo un diseño particular, esencialmente la tabla registra información síntesis del indicador)

Objetivo específico 3

Se elaboraron recomendaciones de política en salud con criterios de aceptabilidad política, género, interculturalidad y ética que permitieron fortalecer la

gobernanza y participación social, en las políticas y los programas de mortalidad materna.

Las recomendaciones permitieron concentrar la información procesada en los nodos que se detalla en la sección de análisis de la información. Las recomendaciones atendieron a cinco pasos (56) para su construcción:

Se formuló el problema con el estudio analítico de la pregunta inicial, desagregada en otras preguntas, se hizo la identificación de actores y su posicionamiento con respecto al problema y se elaboró una lista de cuestiones que permitieron mediar con los actores la profundización del análisis y consecuencia, del problema. La revisión de literatura de alto grado de evidencia científica fue fundamental en este paso. El equipo de investigación fue invitado a discutir, y se hicieron otras entrevistas a informantes clave.

Se inicio el análisis con la ampliación de consultas a varios actores involucrados con base en las opiniones sobre documentos publicados en medios de comunicación masiva. Así como opiniones de expertos, líderes de opinión, académicos, etc., procurando la diversidad.

Se cerro el análisis se constituyó en un ejercicio de síntesis, para lo cual la estructuración del problema puede ir de lo general a lo particular. Este ejercicio requiere discriminación entre los elementos que son importantes para el problema en estudio. Este ejercicio se guió con las expectativas empíricas y los indicadores de las variables.

Se identificaron las alternativas más representativas, con base en el cruce de los indicadores que para el trabajo de gobernanza se constituyó en los nodos de intervención.

Se dedujeron las consecuencias de cada alternativa, con base en los cruces de los indicadores de cada variable, representados en nodos, donde se articulan los distintos factores que se interrelacionan.

4.1.3 Trabajo de campo

Fase I Análisis de política en salud

Revisión documental

Se realizó una búsqueda bibliográfica y documental en el centro de documentación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en los recursos electrónicos a disposición del público, para recolectar los documentos a ser analizados. Otros recursos para captura de datos documentales fue a través del servicio de información al público habilitado por el MSPAS en cumplimiento a la Ley de Acceso a la Información Pública Decreto Número 57-2008, y el centro especializado en temas de género consultado fue de SEPREM, los mismos que correspondieron al periodo de estudio y fueron vaciados en tablas que permitieron la comparación de información en el periodo de tiempo de observación.

Fase I y II

Fuentes primarias

Paso 1

El investigador se documentó en las técnicas para aplicar los instrumentos, la logística y procedimientos de aproximación con las autoridades del lugar. Además fue instruido en la aplicación del instrumento No. 1 dirigido a las autoridades del lugar y el instrumento No. 2 de consentimiento informado.

Paso 2

Los instrumentos fueron probados y ajustados en una prueba piloto (124) (128), en una localidad con similares característica a las seleccionadas para el estudio. Los instrumentos fueron aprobados por el comité de tesis.

Paso 3

Los datos fueron recabados de fuentes primarias de información, de la manera siguiente: entrevista individual y entrevista grupal, previa obtención de autorización de las autoridades comunitarias y los consentimientos informados de los informantes clave. Empleando el consenso y saturación de información como técnica que permitió considerar el alcance suficiente de

la información. Guías de entrevista que utilizaron preguntas semi-estructuradas, formuladas para orientar la recuperación de información. Se utilizaron grabadoras digitales en la entrevista individual o grupal, con el previo consentimiento. Se empleó el uso de un cuaderno de notas para el registro de información.

Paso 4

Se llevó además una bitácora del registro del trabajo de campo, que fue complementaria a la información de las entrevistas, en donde se registraron todos los niveles de información que incidieron en el análisis e interpretación de los resultados. Para este nivel de datos se empleó la técnica de observación de campo, al considerarse que esta información complementaria permitió contextualizar los datos recabados por el auxiliar de campo (129). Estos registros permitieron cruzar información complementaria que no se registró en los instrumentos, esta información permitió al investigador posteriormente ampliar el análisis de datos.

Limitaciones: a) en el Municipio B no cuenta con Trabajador (a) Social; b) en el municipio B la entrevista grupal de comadronas se reemplazó por una entrevista individual de una comadrona, a quien se le considero como informante Clave. Ella en reunión plenaria de mes fue elegida entre las comadronas para atender la entrevista de esta investigación. Es importante señalar que la comadrona tiene 40 años de experiencia y es líder representante de las comadronas.

En el municipio B no se entrevistó al representante del Concejo Municipal para temas de salud, quien declaró no tener conocimiento de los temas de salud y tiene la responsabilidad por cuestiones políticas.

Los municipios A y B incluyen en las comisiones de salud a representantes de los Cocode. En el caso del Municipio C el nivel de organización de la participación social es complejo. Por lo cual fue posible dividir en dos grupos a representantes de los Cocode quienes participan en las Comisiones de Salud y por aparte a miembros de Cocode. En el municipio C se tuvo la participación de la Junta Directiva de las Comisiones de Salud. En el caso de la Trabajadora Social no tiene un papel importante y no estuvo presente en las reuniones en

las cuales se desarrolló el trabajo de campo, en este municipio el mayor nivel de responsabilidad de las comisiones reposa en el Técnico en Salud Rural.

En el nivel central hubo limitación de acceso a la información sindical, por no existir información documental sistematizada. En el caso de la información proveniente de los diputados se realizó con fuente documental y se obtuvo relatos de los informante clave de los grupos feministas quienes articularon las acciones que incidieron en el poder legislativo.

4.1.4 Manejo y análisis de datos

Fase I Análisis de política en salud

La información documental de los programas contra la mortalidad materna, fueron clasificados en matrices y posteriormente fue analizada de acuerdo a su contenido, contexto, procesos y actores sociales (116). Reforzando el análisis con la herramienta de POLICYMAKER para hacer un mapa político y un mapa de actores (56). Este análisis fue reforzado con los contenidos de la información de fuente primaria.

Fase I y II Estudios de casos (Fuente primaria de información)

Paso I

Debido a la naturaleza de la investigación y a la metodología utilizada para recabar los datos, toda la información que se obtuvo en los municipios de estudio se transcribió al formato de texto enriquecido conocido por sus siglas en inglés como “rtf”, para crear el documento primario, realizado por el investigador y recurso humano externo contratado para este fin, el control de calidad se realizó en el 100 por ciento de las transcripciones cotejando la grabación digital con el texto. Para la codificación de los datos obtenidos se contó con el apoyo de dos asesores expertos en investigación cualitativa y un asesor experto en el manejo del programa Atlas.ti 5.0, este programa es una herramienta informática cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo de grandes volúmenes de datos textuales. El programa Atlas-ti tiene como foco de atención el análisis cualitativo, no pretende automatizar el proceso de análisis, sino simplemente ayuda a la clasificación en el proceso de análisis cualitativo y posterior interpretación.

Para la información textual, se creó una unidad hermenéutica, posteriormente se cargó la unidad primaria. La unidad primaria se clasificó de acuerdo a los tres niveles de estudio: nacional, departamental y municipal, cada uno de los niveles a su interior requirió una lista nominal para diferencia al tipo de actor social. Enseguida se crearon códigos que permitieron la relación entre ellos, se agruparon en similares conceptos, para hacerlos más realizables, tomando los datos de cada unidad primaria (130) (131) (132). La información fue tabulada por categorías que permitieron su posterior categorización, para de allí construir el listado con base a los indicadores propuestos de gobernanza y participación social. Este proceso tuvo una constante revisión y discusión con el comité de tesis.

Paso 2

Procesamiento de la información

Los datos ingresados en las matrices correspondientes fueron analizados por el método de triangulación metodológica que consistió en el uso de más de una técnica de recolección de datos e implicó el uso de varios tipos de enfoques cualitativos, contribuyendo a la validez de resultados de la investigación cuando fueron utilizadas entrevistas con gestantes (primíparas o múltiparas), con familiares y personal sanitario del nivel operativo de las Dirección de Área de Salud, Hospitales, CAIMI, CAP, maternidad, comadrona y en la observación de campo, esto para tener diferentes puntos de vista sobre un mismo concepto. La “triangulación se refiere a un método sencillo para determinar la posición de un punto con observaciones de dos puntos adicionales, recientemente hubo un incremento en el nivel de interés en la triangulación en el ámbito de la salud pública y promoción de la salud. El objetivo general de la triangulación, es aumentar la validez de la investigación mediante el aumento de la posibilidad de que las conclusiones e interpretaciones se encuentren creíbles y confiables” (133) (134).

El análisis de resultados fue controlado por medio del plan de análisis y el diseño de gráficos de los resultados con la herramienta de Networks, que permitió trabajar mapas mentales con base a los códigos y familias de códigos; para ello se utilizó ATLAS.ti el cual fue monitoreado con el programa

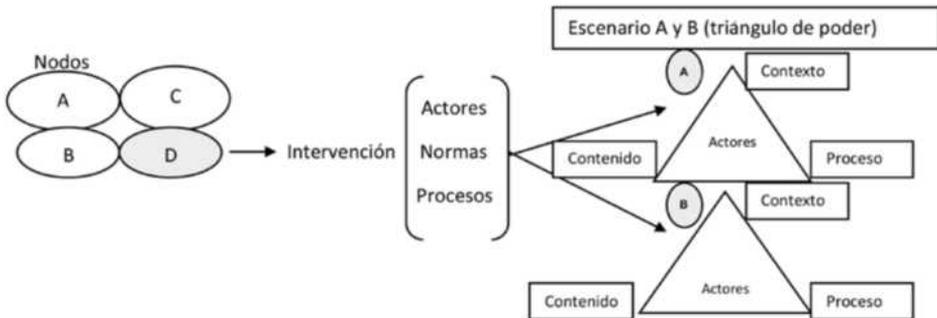
de PolicyMaker. Además PolicyMaker fue utilizado en las recomendaciones para determinar los enlaces entre el rol de actores con la ejecución de estrategias en políticas dirigidas al abatimiento de la mortalidad materna (135). El proceso de este paso fue acompañado por el comité de tesis, para garantizar el uso apropiado de los programas y procesos de análisis, para lo cual se tuvo reuniones presenciales y con el recurso de Internet del programa Webex.

Los nodos fueron un elemento fundamental para el análisis de gobernanza fueron trabajados en matrices de referencia, sin embargo fueron consideradas otras tablas y diagramas que de acuerdo a la información recopilada permitió establecer las interrelaciones de actores y los nodos correspondientes. Se inició la redacción de textos con base al uso de los mapas mentales que integraron diversos códigos. La triangulación permitió hacer uso de textos seleccionados con base a su contenido en referencia a los códigos y fueron integrados en la redacción de los resultados.

Las expectativas empíricas orientaron la búsqueda de hallazgos que dieron respuesta a las debilidades o fortalezas del sistema de salud, las cuales fueron abordadas en las recomendaciones (56). Se centró en los aportes con base a los nodos que permitieron proponer intervenciones (121) de acuerdo al escenario social de los municipios.

Recomendaciones:

Diagrama No. I



Fuente: elaboración propia

Las recomendaciones factibles fueron discutidas con base a los criterios del triángulo de la política de salud que emplea 4 aspectos: actores, contexto, contenido y proceso (116)

5. Resultados

Evolución de la política de salud materna

El periodo de estudio de la RSS transitó en cuatro gobiernos cada uno de tendencia política diferente, este apartado abordó los lineamientos generales de los planes y programas de gobierno en temas de salud materna, particularmente las políticas, objetivos y estrategias, dirigidas al abatimiento de la mortalidad materna. Así mismo se desarrollaron los contextos en los cuales los actores, las normas y procesos, caracterizaron la dinámica del contexto de los programas para la reducción de la mortalidad materna en los siguientes apartados: el modelo de extensión de cobertura; género e incidencia política en los programas contra la mortalidad materna; nuevos actores y procesos en la entrega de servicios; marcos normativo con relación al programa de atención materna; la interculturalidad y los retos del sistema de salud; sistema de salud y el papel de la participación social bases para la atención materna; el tema de género, marco legislativo y participación social. Los datos utilizados para la construcción de los resultados corresponden a la fase I de análisis, con base al trabajo de revisión documental y entrevistas con actores clave, quienes fueron funcionarios con cargos de dirección, durante el periodo de estudio.

En total se realizaron 51 entrevistas entre ellas: 10 a nivel central, 11 departamentales 10 en cada uno de los 3 municipios con 5 grupales y 5 individuales en cada uno, que hace un total de 36 entrevistas individuales y 15 grupales. El municipio C tuvo una mayor capacidad de respuesta en cuanto al número de participantes en las entrevistas grupales por el nivel de organización local. La entrevista de nivel central se hizo con exfuncionarios quienes tuvieron liderazgo en diversos procesos de los temas explorados.

5.1 Gobierno de 1996-2000

El primer gobierno del periodo de estudio fue el Partido de Avanzada Nacional –PAN-, gobierno que encontró en el escenario político el referente de las negociaciones en torno a los acuerdos de Paz. Fue precisamente

el gobierno del PAN quien firmó los Acuerdos de Paz en 1996 (15), cuyo efecto inicial se percibió como el marco para el planteamiento de una política de Estado. “El Programa de Gobierno 1996 -2000” tiene como principio la descentralización “que rijan la organización del Estado y la relación entre el Estado y la sociedad” (136) para lo cual tuvo como objetivo la modernización, desconcentración y descentralización del Estado para elevar la calidad de las instituciones estatales (136).

Entre las políticas y lineamientos de acción, el Programa de Gobierno, propone la: “Descentralización mediante la transferencia a la comunidad directamente, o a una instancia de gobierno local cerca a los ciudadanos, el poder de decisión, la elaboración de políticas, y la ejecución y evaluación de acciones, proyectos, programas y obras del Gobierno. El Gobierno central mantiene las funciones y obligaciones que le competen. El Gobierno conserva las responsabilidades de normativa.” (136). A nivel del presupuesto en los ministerios indica: “Desconcentrar los Ministerios y facilitar a quienes viven en el interior de la República. Hacer responsable a cada ente ejecutor de la identificación de cada actividad que debe desconcentrarse. Desconcentrar funcionalmente el presupuesto y el recurso humano para medirlos por resultados, eficacia, eficiencia y transparencia.” (136).

En cuanto a los temas prioritarios de salud en el Programa de Gobierno se resumen los siguientes puntos: “a) baja cobertura de los servicios, b) centralismo e ineficiencia, c) existe una distribución inadecuada de recursos entre los servicios preventivos y curativos y entre el área rural y urbana, d) desnutrición, e) saneamiento básico insuficiente y f) agudo desorden sobre responsabilidades institucionales en el sector” (136). El gobierno planteó un nuevo modelo de salud centrado en trasladar las actividades de nivel central hacia las estructuras de instituciones del nivel local (136). A través de los gobiernos locales de las municipalidades con el fortalecimiento de los programas de salud, se otorgó alta prioridad a las acciones de salud preventiva (137). Además se enfatizó la coordinación interinstitucional e intersectorial, la participación de las Organizaciones No Gubernamentales -ONG’s-, la participación comunitaria, la coordinación de la cooperación y asistencia técnica internacional (137).

En ese marco político surgió el “Plan nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal” publicado en 1997, el plan se basa en los siguientes componentes: 1. Atención Prenatal y Puerperal; 2. Parto Limpio y Seguro; 3. Atención Obstétrica Esencial; 4. Espaciamiento de los Embarazos y; 5. Atención del Niño Recién Nacido (138). Los objetivos generales de verificación son: “Contribuir a la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal” así mismo, “Disminuir la mortalidad materna en un 50% para el año 2000”, los componentes se resumen en los siguientes puntos: “1. Mejoramiento de la cobertura y la calidad de atención materna-perinatal; 2. Promoción y educación de la salud en aspectos materno perinatales; 4. Gerencia y uso de la información con énfasis en indicadores materno-perinatales y; 5. Acción comunitaria para apoyar la disminución de la mortalidad materno-perinatal” (138). Este plan incluye una estrategia que involucra a: “la participación de los consejos de desarrollo, universidades, iglesias, colegios profesionales, ONG’s, organizaciones comunitarias y agencias de cooperación internacional” (138).

5.2 Gobierno de 2000-2004

El segundo gobierno del periodo de estudio correspondió al Frente Republicano Guatemalteco –FRG- que de acuerdo a su “Plan de Gobierno 2000-2004” (139) en materia de política de salud, fueron coherentes con la reforma iniciada en el gobierno anterior, en tanto procuraron: el acceso a los servicios de salud pública de forma gratuita, la ampliación de servicios básicos de salud, el incremento de las acciones de salud preventiva y salubridad, tecnificación del recurso humano, la descentralización, la educación en temas de alcoholismo, tabaquismo, consumo de otras drogas y el combate al VIH-SIDA (139). A pesar que entre las políticas de gobierno no se especificó el tema de mortalidad materna, la incidencia política de los grupos organizados de la mujer y la gestión de la SEPREM promovieron desde el ejecutivo acciones que se apoyaron desde la Ley de Desarrollo Social Decreto Número 42-2001, para consolidar entre las obligaciones del Estado, a la creación del “Programa de Salud Reproductiva y Maternidad Saludable” (140).

El primer informe de gobierno que se presentó en el marco de la Ley de Desarrollo Social Decreto Número 42-2001, fue publicado en el año 2002 para ese periodo se tuvo en agenda de gobierno los alcances del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio –ODM-, que dicta “Reducir en un 15 % la mortalidad materna, en el mediano plazo (141). Con base a las recomendaciones del informe final “Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000” (39), se publicó en el año 2003 los “Lineamientos Estratégicos para Reducir la Mortalidad Materna” (140) que contiene los siguientes punto de política: “a nivel político nacional, debe avanzarse en la implementación de las políticas públicas y en la aplicación del marco legal vigente nacional e internacional que favorezcan una maternidad saludable en el país. A nivel departamental y municipal, deben potenciarse los esfuerzos institucionales y de coordinación pertinentes para implementar lo postulado en el nivel nacional; a través de los Ministerios, Secretarías, Órganos Legislativos, Fondos Sociales y Organizaciones de la Sociedad Civil. A nivel comunitario, los actores y actoras sociales, municipales, las ONG’s y contrapartes locales de los diferentes órganos del Estado; deben apropiarse de este reto e implementar acciones a favor de la maternidad saludable priorizando la reducción de la mortalidad materna, de manera creativa, coordinada y bien informada.” (140).

A continuación se resumen las acciones políticas contenidas en el documento de “Lineamientos Estratégicos para Reducir la Mortalidad Materna”.

A nivel nacional:

- Promover la Maternidad Saludable; declarar la reducción de la mortalidad materna como una prioridad nacional; conformar la “Comisión Nacional para la Maternidad Saludable”, convocando a diversos sectores; Elaborar la “Estrategia Nacional para una Maternidad Saludable”; Incrementar la asignación presupuestaria para salud y asegurar el presupuesto asignado para el Programa Nacional de Salud Reproductiva; promover la articulación con diversas instituciones, programas y servicios, en torno a las acciones de maternidad saludable; promover el apoyo obligatorio a la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres, además de la responsabilidad social para la ubicación de

ayuda oportuna en situaciones de emergencia en el embarazo, parto y puerperio; realizar las modificaciones legales y administrativas de la profesionalización de las enfermeras obstétricas así mismo incrementar la cobertura de la atención de partos de personal capacitado (140).

A nivel departamental y municipal:

- Cumplir con la Ley de Consejos de Desarrollo y el Código Municipal, con el objeto priorizar en la agenda política local a la mortalidad materna; realizar un análisis estratégico de recursos disponibles para la maternidad saludable; desarrollar planes departamentales y municipales, que faciliten el acceso a los servicios de salud de las madres y recién nacidos; Mejorar la disponibilidad de transporte de emergencia en los distintos niveles de atención en salud, así mismo, las autoridades locales deben priorizar las vías de comunicación para garantizar el acceso oportuno a la atención en salud; gestionar y redistribuir los recursos humanos u otros necesarios en las zonas de difícil acceso; realizar campañas de divulgación permanente sobre salud reproductiva en menores de edad para evitar las consecuencias del embarazo (140).

A nivel comunitario:

- Desarrollar planes de apoyo, al acceso a servicios de salud en caso de complicaciones, a la vida de la madre y el recién nacido; garantizar disponibilidad de transporte de emergencia para el acceso a los distintos niveles de atención del sistema; promover apoyo, a las mujeres, en la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva (140).

Es importante señalar que ese mismo documento fundamentó las estrategias para reducir la mortalidad materna en el análisis de 4 demoras: a. La primer demora es la falta de reconocimiento del problema (Signos de peligro); b. La segunda demora se refiere a que aun cuando se reconozcan los signos de peligro, por la condición de inequidad de género la mujer no puede tomar la decisiones sobre la búsqueda de atención; c. La tercer demora indica la falta de acceso a una atención oportuna, por limitaciones de: transporte, recurso económico y/o vías de comunicación; d. La cuarta demora se relaciona a la

atención deficiente por falta de capacidad técnica del personal y/o la falta de insumos y equipo para la atención médica para recibir una atención de calidad (140).

A finales del año 2003, entre los logros de este gobierno, se informó de la socialización de los datos de la Línea Basal de Mortalidad Materna 2000 y la institucionalización de instrumentos para el registro de datos, así mismo, se validó una metodología para el Sistema de Información Gerencial de Salud –SIGSA (142). Al cierre del periodo de este gobierno entre el avance de la política de salud se tuvo el Programa Nacional de Salud Reproductiva que tuvo origen en cumplimiento de la Política de Desarrollo Social y Población de 2002, la cual en la Política Sectorial sobre Política de Desarrollo Social y Población en materia de salud estableció 3 objetivos específicos: “1.1.- Fortalecer el acceso a los servicios de salud reproductiva; 1.2 Mejorar la información en cuanto a salud reproductiva; 1.3 Aumentar el personal calificado en cuanto a salud reproductiva” (143). En respuesta a la dificultad de acceso a los servicios de atención materna, se crearon los hogares maternos y maternidades comunitarias, con capacidad resolutive para las principales causas de complicaciones maternas, así mismo se fortalecieron los servicios de atención de emergencias obstétricas para los procedimientos se elaboró la “Guía Nacional de Manejo Obstétrico” con el apoyo de la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala –AGOG- quienes apoyaron la capacitación del recurso humano (144).

5.3 Gobierno de 2004-2008

El gobierno de la Gran Alianza Nacional –GANA- para el año 2005 en concordancia con la Política de Desarrollo Social y Población, de mejorar el acceso de los servicios de salud de atención materna, implementó la creación de 3 Centros de Atención Integral Materno Infantil –CAIMI- con capacidad de atención para las emergencia obstétricas y 10 Centros de Atención del Parto de 24 horas, (145). Durante ese mismo año, en el Sistema de Metas del Gobierno –SIGOB-, se incluyeron los indicadores de mortalidad materna por estar en los ODM, la cobertura de los servicios de atención prenatal y la atención del parto institucional (145).

La aprobación de la Política Nacional de Descentralización del Organismo Ejecutivo aprobada en mayo de 2005 se consideró como un instrumento para la reducción de la pobreza, consolidación de la democracia, la equidad de género en cuanto al acceso de recursos, así como el relanzamiento de la Agenda de la Paz para el cumplimiento de los Acuerdos de Paz: “Sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria, de Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas y Fortalecimiento del Poder Civil y Función del Ejército en una Sociedad Democrática” (146). En los Lineamientos Generales del Gobierno de la GANA se ofrece el “acceso universal a servicios básicos de salud con calidad”, por medio del Programa de Extensión de Cobertura –PEC- del Sistema Integrado de Atención de la Salud (SIAS), para lo cual focalizó las acciones en las áreas de mayor índice de pobreza y mayor cantidad de población indígena (147).

De conformidad con la Política de Desarrollo Social y Población, en el informe de gobierno de 2005 se generó un apartado de política en salud titulado: Programa Nacional de Salud Reproductiva -PNSR-, en el cual se dio cuenta de los logros en temas sensibles a la salud materna, entre los logros, se mencionó la capacitación del personal sanitario sobre la Ley de Desarrollo Social, así como la paternidad y maternidad responsable (145), también se capacitó: en el uso de la Guía Nacional de Manejo de Emergencia Obstétrica en áreas de salud selectas, a los proveedores institucionales y voluntarios sobre los signos y señales de peligro, planes de emergencia comunitarios en áreas donde la mortalidad materna es prioritaria, asimismo se equipó a 2,940 comadronas tradicionales (145). Con la participación de la SEPREM se consolidó el proyecto marco legal y político de la legislación guatemalteca en temas de maternidad y paternidad responsable para su revisión en el Congreso de la República (145).

La aprobación de la Política de Desarrollo Rural Integral en el año 2006, entre sus fundamentos se consideró como importante para el proceso de descentralización y desconcentración de la administración pública: “Reducir la discriminación por condición cultural, étnica, etárea y de género, en el área rural de Guatemala” (148). En las líneas de acción se incluyó la: “Prestación

de servicios públicos con pertinencia cultural.”; “Recuperación y fortalecimiento del tejido social en rescate de formas de organización comunitaria.” (148). La Estrategia de Desarrollo Territorial para la República de Guatemala de 2006 consolidó una propuesta para la regionalización del desarrollo y la descentralización de la administración pública, la cual se quedó plasmada en los “Planes Estratégicos Territoriales –PET- y Planes de Desarrollo Municipal –PDM-“, la estrategia se propuso como una matriz de convergencia que orientó y coordinó al Sistema de Consejos de Desarrollo (149).

En los lineamientos básicos y políticas de salud año 2004-2008 se incluyó en las prioridades programáticas la Mortalidad Materna (150). El Plan estratégico para Reducir la Mortalidad Materna 2004-2008, se aplicó en 3 municipios en el año 2006, tuvo como misión aproximarse al cumplimiento de las metas de la Política de Desarrollo Social y Población y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se inició la elaboración de los planes departamentales para la reducción de la mortalidad materna. Este plan se acompañó de indicadores en Salud Materna Neonatal en los niveles: comunitarios, municipal, Dirección de Área de Salud, Hospital y Central (118). Cabe resaltar el indicador de Número de comités pro salud comunitarios, en tanto que no existió ninguna normativa que apoyó su conformación, funcionamiento y responsabilidad.

De acuerdo al informe anual 2006 el Plan contiene “acciones de información, educación y comunicación, promoción de la salud como un derecho, fortalecimiento de la participación social, la organización comunitaria, trabajo de articulación de los servicios tradicionales con los institucionales, desarrollo de modelos de capacitación y equipamiento para comadronas, y un proceso de capacitación y seguimiento a nivel institucional” (151). Así también, se desarrolló un modelo de capacitación en competencias, dirigido al personal de salud de los servicios dedicados a la atención de partos y se capacitó a 102 proveedores. (151).

Para el último año de gobierno de la Gran Alianza Nacional en el año 2007, el Programa de Extensión de Cobertura del MSPAS, se consideró como la estrategia que permitió la ampliación de la cobertura de atención prenatal con la búsqueda activa de mujeres embarazadas (152). En ese mismo año, derivado

del Plan Estratégico para Reducir la Mortalidad Materna, se contempló el desarrollo de un protocolo de Vigilancia de la Muerte Materna, en el cual se involucró a la Dirección de Área de Salud –DAS- de Alta Verapaz (152). También tuvo lugar el II Encuentro sobre Redes de Paternidad y Maternidad Responsable, se actualizaron las Guías de Atención del Embarazo, Parto, Post Parto y Emergencias Obstétricas (152). La SEPREM impulsó el “Pacto por la Seguridad Integral de las Mujeres” que incluyó los temas de mejorar la salud materno-infantil, la maternidad segura y la prevención de la mortalidad materno-infantil, las normativas fueron difundidas en los idiomas locales (152). Además en cumplimiento de las acciones del Programa Nacional de Salud Reproductiva se contrató personal en las 29 Direcciones de Salud responsables de dicho programa en las Áreas de Salud (152).

Otro instrumento de política de salud contra la mortalidad materna son los “Planes Departamentales de Reducción de la Mortalidad Materna” (65), publicados en el año 2007, estos fueron promovidos por la SEGEPLAN, el MSPAS y las Mesas Intersectoriales de Discusión Departamental –MIDD- con el apoyo de las Unidades Técnicas Departamentales –UTD- encargadas de coordinar y asesorar al CODEDE, desde el nivel central de SEGEPLAN se giró instrucciones a los jefes de las oficinas técnicas departamentales para liderar los procesos de Planificación estratégica con una metodología participativa (65). En los planes se tuvo la siguiente estructura: “Un análisis breve de la situación de mortalidad materna; Una descripción resumida de los servicios de salud que existen en el departamento, especialmente de los relacionados con la salud reproductiva; Un análisis FODA; El Marco Lógico, que incluyó la definición de la visión y misión, la formulación de los objetivos estratégicos y operativos y la enumeración de los programas, proyectos y actividades; Los compromisos adquiridos por los integrantes de la MIDD, en especial aquellos que deben asegurar su implementación; consideraciones finales sobre los planes elaborados” (65).

5.4 Gobierno de 2008-2012

De acuerdo con el “Plan Nacional para la Salud de Todas y Todos los Guatemaltecos” el gobierno de la Unidad de la Esperanza -UNE- propuso las

políticas de: “2. Mejorar y ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados. 7. Responder a la demanda de servicios de salud, generada por la implementación de los programas de solidaridad y equidad social. 9. Armonización y alineamiento de la cooperación internacional a los intereses nacionales y prioridades sectoriales”, puntualizó atender las intervenciones necesarias y mayor efectividad para reducir la morbi-mortalidad general, priorizando el grupo materno-infantil y neonatal (153).

El MSPAS en su plan de trabajo 2008 – 2012, definió dentro de sus prioridades nacionales:

- “Mejorar los indicadores de salud prioritariamente para la salud materno-infantil.
- Reducir la prevalencia de la desnutrición crónica.
- Brindar atención integral de salud a las personas, bajo criterios de cobertura, oportunidad, acceso, equidad y solidaridad.
- Asegurar los niveles de seguridad y control epidemiológico y de inmunizaciones para la población” (153).

Y dentro de sus políticas 2008 – 2012:

- “Atender las intervenciones necesarias y mayor efectividad para reducir la morbi-mortalidad general, priorizando el grupo materno-infantil y neonatal; y la disminución de la desnutrición crónica mediante una coordinación sectorial efectiva, equitativa y focalizada.
- Desarrollo e implementación de un modelo de Atención y Gestión de las instituciones de salud, dirigido hacia el fortalecimiento de los tres niveles de complejidad y prestación de servicios.
- Un modelo de atención integral, de atención continua, incluyente y equitativa. Se busca mejorar la pertinencia cultural y sanitaria de la respuesta del sistema a la problemática de salud a nivel local.
- Fortalecimiento de la capacidad resolutive de la red hospitalaria.

- Mejoramiento de las competencias gerenciales y de gestión.
- Fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento hospitalario.
- Mayor coordinación y complementariedad con la red preventiva y de promoción de la salud.
- Fortalecer el programa de abastecimiento oportuno de medicamentos básicos e insumos a los servicios de salud” (153).

En el año 2008 se publicó el “Plan de acción para la atención calificada materna y neonatal normal y complicada en los servicios institucionales de atención de parto (Hospital, CAIMI, CAP y Maternidades)” con el propósito de “contribuir a disminuir la mortalidad materna y neonatal nacional, con énfasis en la mortalidad institucional, a través de garantizar una atención calificada de la mujer embarazada, el parto, el post parto y el neonato en el 100% de los servicios institucionales donde se atiende partos”: (154). Para ello propusieron las siguientes estrategias:

“Efectuar la departamentalización del personal de atención de partos mediante un acuerdo ministerial.

Inventario de materia/suministros, equipo médico y quirúrgico y personal en los servicios de atención de partos.

Contratación médicos ginecólogos obstetras por RRHH del MSPAS los cuales llevarán a cabo la implementación de la propuesta.

Capacitación de los médicos contratados por el MSPAS para dicha propuesta, por la AGOG¹ según modelo de capacitación de acuerdo a la propuesta.” (154).

En el periodo del gobierno de la UNE se ampliaron los horarios de atención en los servicios y se incrementó a un número de 30 CAP y 10 CAIMI en tan sólo el primer año de gobierno (155). En el año 2009 en el marco de la estrategia de “Fortalecimiento de la red de servicios para la resolución de urgencias obstétricas” se logró fortalecer a 21 Centros de Salud, 106 CAP y

¹ La cita es nuestra: la sigla AGOG es la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala

230 Puestos de Salud, con horarios de fin de semana en 5 CAIMI y 9 CS con horario ampliado, en cuanto a la participación social se tuvo que 211 Distritos de Salud tiene un total de 4,246 Comités de Emergencia (156).

Para el 2010 esta estrategia tuvo mayores resultados tanto en el fortalecimiento de los distintos puestos y centros de salud así como en el incremento de personal con contratos temporales, también se mejoró la realización de investigación sobre causas de morbilidad y mortalidad materna, se capacitó al 100 por ciento del personal estadígrafo encargado en la recuperación de datos para la toma de decisión (157). Un logro relevante fue la reforma del artículo 25 de la Ley del Impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas, Decreto 21-2004 del Congreso de la República, que le dotó de presupuesto a los programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo del MSPAS (157). La disponibilidad del recurso económico, tuvo un efecto directo en la contratación del personal en las DAS quienes apoyaron las acciones contra la mortalidad materna.

En materia legislativa se aprobó la Ley para la Maternidad Saludable Decreto Número 32-2010 (158). Esta Ley tuvo por objetivo ser el marco jurídico para mejorar la salud y calidad de la vida de las mujeres y del recién nacido, así mismo de promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres (158). Entre sus fines: se declaró a la maternidad saludable como urgencia nacional; se retomó el fortalecimiento del Programa de Salud Reproductiva y la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas Interculturalidad que operan en el MSPAS; además se promovió el sistema de monitoreo, vigilancia y evaluación en torno a los avances de la Ley con el establecimiento de un sistema de vigilancia epidemiológica de salud materna neonatal; se orientó garantizar el acceso universal, oportuno y de calidad a los servicios; también se promovió el involucramiento de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural entre otros actores para la prevención y reducción de la mortalidad materna neonatal (158).

La Ley para la Maternidad Saludable estableció los criterios de la forma como debe entregarse los servicios, de acuerdo al apartado, de Acceso Universal

a los Servicios de Salud Materna y Neonatal y sus entes responsables, para lo cual establece los tipos de intervención de acuerdo al embarazo, parto y post parto. La ley dictó las características de los tipos de centro de atención como el CAIMI y CAP del segundo nivel de atención de la red de servicios del MSPAS, las Casas Maternas, con pertinencia cultural, cercanas a los hospitales, CAIMI y CAP, al PEC de las ONG's bajo contrato del MSPAS se le confirió la responsabilidad de “cumplir con la atención de la mujer en edad fértil no embarazada, la atención prenatal y posnatal especificados en la Ley.” (158). También instruyó sobre la acreditación de la capacitación del recurso humano bajo la responsabilidad del MSPAS en todos los niveles de atención, delegó la capacidad de acreditación en el MSPAS, de los centros privados para la atención de la mujer embarazada, también abordó el tema de los proveedores comunitarios y tradicionales que deben actuar en la entrega de servicios del primer nivel de atención con el uso de normas y protocolos establecidos. En cuanto a la comadrona en el artículo 17 dice: “el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá formular, en coordinación con las organizaciones de comadronas, una política que incluye definición del rol de las comadronas, sus funciones, el relacionamiento con los servicios de salud, así como establecer un programa de transición para la formación de comadronas capacitadas y certificadas a nivel técnico.” (158).

Entre los logros de creación institucional de la Ley para la Maternidad Saludable se encontró el artículo 22 con la creación de la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable –CMPMS- con las siguientes funciones: “a) Realizar el monitoreo y evaluación de la estrategia de reducción de la mortalidad materna; b) Vigilar la disponibilidad de financiamiento para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en esta Ley, así como el análisis de impacto en reducción de la muerte materna; c) Garantizar la sostenibilidad de la estrategia a largo plazo, la actualización de la evidencia científica y su aplicación en Guatemala.” (158). Al Observatorio en Salud Reproductiva -OSAR-, en calidad de miembro de la CMPMS, en el artículo 23, se le confirió las funciones de vigilancia y monitoreo a la implementación de la Ley para la Maternidad Saludable (158). Los aspectos de tipo penal fueron considerados en los artículos 28 y 29 de la Ley, uno, dirigido a las sanciones de los

funcionarios públicos en el incumplimiento de sus obligaciones contenidas en la Ley y el otro, al conviviente de la mujer que: no apoye, no promueva y no facilite, el acceso a los servicios de atención materna-neonatal, lo cual se consideró como un delito penal de conformidad con las disposiciones legales del país (158).

El Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010 -2015 (159), se apoyó en la estrategia de las 4 demoras establecidas desde las Líneas Estratégicas para Reducir la Mortalidad Materna del año 2003, este último plan incorporó en los objetivos específicos la actualización e implementación de los planes estratégicos territoriales para la reducción de la mortalidad materna publicados en el año 2007, otro objetivo indicó “Garantizar las prácticas de medicina basada en la evidencia con enfoque de género e interculturalidad” (159), en los distintos niveles de entrega de servicios. Con base a los informes de gobierno de los años 2010 y 2011, se observó mayor énfasis: en el fortalecimiento institucional; el sistema de monitoreo y evaluación y; crecimiento de la red de servicios del primero y segundo nivel de atención en salud del MSPAS (157) (160).

En el último año de gobierno de la UNE en el 2011 después de evaluar los resultados que indicaban que el 41.4 por ciento de la muertes maternas ocurren en el hogar, es un dato que se contrastó con las bajas coberturas de la atención del parto institucional, además de las prácticas culturales y/o las limitaciones en la educación con pertinencia cultural en la entrega de servicios de atención materna (160). En respuesta al contexto de condiciones antes señaladas el MSPAS habilitó en los CAIMI y CAP, un proceso intenso de ampliación de cobertura y cambios de la oferta de servicios en atención materna que incidieron en la mejora de la calidad de entrega de servicios con el incremento de acciones de pertinencia cultural, en perspectiva de reducir la mortalidad materna (160).

Para el año 2012 el Programa Nacional de Salud Reproductiva concentró desde el nivel estratégico la coordinación de acciones para disminuir la mortalidad materna (119). El plan nacional de salud incluyó la: “Estrategia de

reducción de la mortalidad materna y neonatal”. En el nivel táctico, las Direcciones Generales y la Unidad de Planificación Estratégica, así como la Dirección General del SIAS y el Departamento de Desarrollo de Servicios de Salud, quien tuvo a su cargo las Unidades de Provisión de Servicios de nivel I, nivel II, nivel III y la Unidad de Desarrollo a las Áreas de Salud, establecieron los mecanismos operativos entre los diferentes niveles ejecutores, direcciones de áreas de salud y distritos municipales, y entrega de la asistencia técnica para la aplicación de la normativa nacional. El nivel operativo estuvo integrado por las Direcciones de Área de Salud -DAS-, las Coordinaciones Municipales de Salud y las Redes de Actores Sociales (153) (161).

5.5 El modelo de extensión de cobertura

Las políticas de retracción del Estado en su papel benefactor, fueron parte de la aplicación de las recomendaciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, para la negociación de la deuda externa (162). En materia de Salud el informe sobre “Invertir en Salud” de 1993 tuvo un efecto importante con la eclosión del crecimiento de las Organizaciones No Gubernamentales -ONG’s- en el sistema de servicios sociales y de la salud (162). En el contexto de la negociación de los acuerdos de paz en Guatemala en particular el Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria inscribió en las primeras líneas, de modificación del sistema de salud, cuando se refirió en el apartado de Desarrollo, en el tema de la Salud sobre las características del “Sistema nacional coordinado de salud” (15) el cual consideró el papel de las organizaciones no gubernamentales, dado estas con anterioridad eran proveedores de servicios de salud.

En 1997 se consolidó la base legal para estos cambios del modelo de atención en Guatemala a través del Código de Salud Decreto número 90-97 que en el artículo 152 dicta lo siguiente: “**Niveles de atención.** El Ministerio de Salud en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Instituciones Privadas y otras organizaciones no gubernamentales y comunitarias, organizarán sus servicios con base a niveles de atención; entendidos estos, como un conjunto de diferentes tecnologías apropiadas para la solución de grupos específicos de problemas de salud de distintas complejidad, con el

fin de garantizar el acceso y cobertura a todos los habitantes que demanden atención a la red de servicios de salud que se establezca.” (23).

Cabe resaltar dos hechos, uno que en 1996 la reforma del sistema de salud en Guatemala implementó el Programa de extensión de cobertura el cual fue adoptado por los subsecuentes gobiernos, a través de este programa se prestó la atención de salud reproductiva del primer nivel (21) en escenarios sociales constituidos por grupos multiétnicos, campesinos y pobres, aplicando el modelo de atención en salud cuya característica fundamental fue la tradicional aplicación de programas verticales con una fuerte carga del modelo médico hegemónico (163); el otro que en 2005 se aprobó la Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar. (27).

En 1996 en las políticas públicas del gobierno, se priorizó la ampliación de la cobertura y mejora de la calidad de los servicios básicos de salud (21). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) colapsó ante las limitaciones de recursos y capacidad para cumplir con los compromisos de forma eficiente (19). Las autoridades del MSPAS conocieron la significativa participación de -ONG´s-, apoyados por agencias internacionales, quienes desde un tiempo atrás proporcionaron servicios médicos en áreas rurales (28). La antipatía y desconfianza de las comunidades indígenas con respecto al desempeño del gobierno, contribuyeron a la decisión del MSPAS a contratar la provisión privada del servicio básico en el cuidado de la salud (28). La decisión de reformar el servicio básico de la salud, a través de la contratación privada de ONG, fue tomada a finales de 1996, en tanto “el proceso de reforma del sector inició en 1995, para resolver los conflictos de un modelo de atención en salud agotado, más enfocado a curar que a evitar las enfermedades” (164).

Las prioridades y políticas antes señaladas se instalaron en un sistema de salud desde finales del 2001, mismo que se conformó con el propósito de agilizar el proceso del alcance de los objetivos de extender un paquete de servicios básicos de salud (PBS), para lo cual el Gobierno de Guatemala suscribió 161 convenios con 88 ONG's para cubrir a más de 3 millones de beneficiarios (28). Previo a este significativo esfuerzo, las autoridades del gobierno central,

junto con el Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS) proporcionaron servicios médicos solamente a través de proveedores (28).

La nueva modalidad de contratación de las ONG's, incluyó tres acuerdos financieros y de organización para proveer el Paquete Básico en Salud (PBS), a los beneficiarios (28). Las dos primeras modalidades de entrega de servicios de salud fueron: a) la Provisión de Servicios de Salud -PSS- y; b) las Administradoras del Servicio de la Salud -ADMSS-, corresponden respectivamente a las contrataciones directas y mixtas de las ONG's, que fueron introducidas a través del Sistema Integrado de Atención en Salud -SIAS- (28). La tercera modalidad -MSPAS-, consistió en la entrega del servicio de salud existente en Guatemala (modalidad tradicional). Seguidamente, un 60% de los convenios se definieron por la participación de las ONG como ADMSS (28).

El modelo de PSS, fue considerado por evaluadores como una innovación (28), que se dio como parte de un experimento que inició con 3 departamentos (de los 22 que tiene el país), el cual sin que tuviera una planeación y resultados, se dio a la tarea de ampliar de forma masiva la contratación de las PSS y las ADMSS (28).

En torno a la reforma del sistema de los servicios de salud en Guatemala, el Código de Salud aprobado en (1997) indicó que: “las municipalidades, acorde con sus atribuciones en coordinación con las otras instituciones del sector, participaron en la administración parcial o total de la prestación de programas y de servicios de salud en sus respectivas jurisdicciones” (23). Sin embargo el proceso de reforma municipal, se desarrolló en un nivel intermedio de los departamentos; en donde las -DAS- tuvieron capacidad rectora subsidiaria y ejecutaron un gasto descentralizado para la compra de insumos a ser utilizados en la propia DAS (161).

Para el año 2004 un informe del PNUD apuntó que: “Las DAS fueron el espacio administrativo privilegiado en el proceso de extensión de cobertura iniciado desde 1997”, ese dato no se refrendó con evaluaciones en la interrelación de actores y el impacto medido a través de las metas de los programas del Paquete Básico en Salud (19), la literatura hace un peso fuerte del efecto

de la extensión de cobertura en términos del manejo administrativo de los recursos para la ampliación de cobertura, no así de las repercusiones en el personal contratado, quienes no gozan de estabilidad laboral frente al sector trabajador sanitario del MSPAS, con prestaciones laborales y en su mayoría plazas fijas (21) (31).

El modelo de atención en salud de Guatemala a través de sus modalidades de prestadores de servicios diferenciados básicamente por la forma de contratación, la capacitación del recurso humano y la entrega del servicio a nivel local, mostró que por un lado se tuvo el modelo tradicional administrado por el MSPAS y por el otro, el modelo de extensión de cobertura administrado por ONG's médicas (1) (28) (21). Ambos modelos de provisión de entrega de servicios suministraron el PBS con un costo de USD 7 por año, el cual incluyó: “atención en salud reproductiva, embarazo, parto, puerperio, lactancia materna, consejería a las parejas, enfermedades de transmisión sexual, detección de cáncer cérvico uterino y de la mama” (21). En Atención materna desarrolló las siguientes actividades: “1. Atención prenatal, 2. Atención de parto, 3. Antitoxina tetánica, 4. Suplementos de hierro y ácido fólico durante el embarazo, 5. Atención posparto, 6. Espaciamiento de los nacimientos: educación y remisión” (21). El PEC tuvo como reto desde el año 1996 atender al 46% de la población sin acceso a los servicios de salud del primer nivel de atención del MSPAS, en áreas postergadas con dificultades de acceso: al desarrollo económico, vías de comunicación y al sistema de educación pública (165).

Para el año 2007 el Modelo del PEC a nivel departamental se coordinó desde la DAS con el apoyo de un Facilitador Institucional quien se responsabilizó de la supervisión, monitoreo y evaluación de las prestadoras de servicios bajo convenios con el MSPAS (166). El Equipo Básico de Salud –EBS- entregó servicios en una jurisdicción de 10,000 habitantes, el EBS se conformó por: un Coordinador Técnico; un(a) médico(a) o un(a) enfermero(a) ambulatorio(a); un auxiliar de enfermería o técnico en salud rural como Facilitador institucional -FI-; dos Educadores(as) en salud, un(a) Auxiliar de Enfermería capacitado (a) en atención materna neonatal. A nivel comunitario, se

contó con el voluntariado de 1 Facilitador Comunitario -FC- por cada 1,000 habitantes y de 10 FC para una jurisdicción; 1 Vigilante de Salud por cada 30 familias, aumenta a un máximo del 10 por ciento del total de Vigilante de Salud, si la población se encuentra muy dispersa o con dificultad de acceso geográfica; no más de 30 Comadronas Tradicionales capacitadas y otros líderes (166). Los EBS entregaron el paquete básico de salud, una vez por mes, en el Centro de Convergencia o Comunitario. El personal administrativo y financiero requirió a un contador por cada dos convenios y un asistente para la administración de información por cada dos jurisdicciones (166).

En el gobierno de la UNE 2008-2012 se tuvieron acciones del MSPAS que afectaron la programación del PEC, la primera acción fue la reducción del 10% del presupuesto asignado para el año 2009, esto afectó esencialmente la contratación de los FC quienes recibían un estipendio de \$US 65.00 al mes². El FC es un actor local encargado de preparar la logística de la visita mensual del EBS del PEC en las comunidades bajo su responsabilidad, el FC de las poblaciones indígenas tuvo el dominio del idioma local para apoyar como traductor el trabajo del EBS^{3,4}. La segunda acción fue la promoción del Modelo de Atención Integral en Salud –MAIS-, este hecho sucedió en el último año de gobierno en pleno periodo de proselitismo de campaña para la presidencia del país, el apoyo de diversas instituciones de la cooperación internacional acompañó el lanzamiento de este modelo, entre ellas: La Brigada Médico Cubana, la OPS/OMS, el Gobierno de Suecia, USAID, Instituto de Salud Incluyente –ISIS- / Médicos Mundi Navarra (167).

Entre las acciones del MSPAS para promover el MAIS como una estrategia para hacer frente a las necesidades del sistema de salud en Guatemala, se vio reflejada en las mesas de discusión donde fueron invitados diversos sectores de la sociedad civil, con el objeto de generar incidencia política⁵. Esto sucedió en el último semestre de gobierno en el año 2011. El MAIS no contempló en su propuesta la figura institucional del PEC, aun cuando fueron invitados

² Entrevista a profundidad de nivel departamental con Dep_PrestadorServicios_7

³ Ídem

⁴ Observaciones de campo

⁵ Ídem

a las mesas de discusión, esto generó una reacción de las ONG's miembros de la Coordinadora Nacional de Extensión de Cobertura –CONEC-⁶, para hacer un planteamiento alternativo que incluyó al PEC. Un año después de la presentación del MAIS, se dio a conocer el documento que contiene la propuesta formulada por el CONEC, la propuesta tuvo consenso con el ministro de salud y la dirección del SIAS, así como el respaldo de la alta dirigencia del gobierno Patriota⁷. El acuerdo de esa alianza se encuentra en el documento titulado “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Una estrategia segura para la universalización de la salud y el cumplimiento del Pacto Hambre Cero” (165).

En el periodo del gobierno de la UNE se promovió la “Bolsa Solidaria” la cual se distribuyó con el apoyo de los EBS del PEC dado que la logística en términos de acceso a las comunidades postergadas estuvo garantizado a través de los EBS⁸. En el actual gobierno de los Patriotas se indicó claramente el “Fortalecimiento del Primer nivel de Atención el cumplimiento del Pacto Hambre Cero”, que entre sus acciones contempla la entrega de la “Bolsa Segura” para lo cual fue utilizada la red de los EBS⁹.

De acuerdo a los datos suministrados por la CONEC, el PEC contó con un presupuesto anual de \$US 28, 335,451.00 aproximados, con el cual se suscribieron 67 convenios de ONG's para la entrega de servicios básicos de salud (165). La derogación de este presupuesto después de 5 periodos de gobierno, tuvo fuertes cuestionamientos, por ser un programa no transitorio y que fomentó de alguna forma el no crecimiento institucional de los Servicios de Salud del MSPAS¹⁰. Por su parte, el CONEC pasó de un 46 % de población no cubierta por el estado desde 1996 a través de los Puestos y Centros de Salud del MSPAS, a un 54 % en el año 2012 (165). La ampliación de cobertura para

⁶ Entrevista a profundidad de nivel central con Central_PrestadorServicios_3

⁷ Observaciones de campo

⁸ Entrevista a profundidad de nivel departamental con Dep_PrestadorServicios_7

⁹ Notas de campo. Discurso del Presidente de la República de Guatemala en la presentación de la estrategia “Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Una estrategia segura para la universalización de la salud y el cumplimiento del Pacto Hambre Cero”. Reunión convocada por el MSPAS el día

¹⁰ Entrevista a profundidad de nivel central con Central_Soc_Civil_2

el año 2012 fue de 4.3 millones de habitantes distribuidos en 206 municipios en los cuales se encontraron 306 jurisdicciones de salud, se empleó a un total de 23 mil voluntarios y 7 mil profesionales de la salud (165).

5.6 Género e incidencia política en los programas contra la mortalidad materna

En el preámbulo de la firma de los Acuerdos de Paz en Guatemala de 1996 (15), se encontraron varios sucesos, derivados de las convenciones y conferencias internacionales, que incidieron en cambios para legitimar y visibilizar a la mujer en términos de las desigualdades que históricamente se construyeron en Guatemala: la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) aprobada en la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979 (168); la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena en 1993 (169); la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en Cairo 1994 (170) y; la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing de 1995 (171). Estos cuatro instrumentos de orden internacional, contienen elementos que asignan responsabilidad a los Estados miembros, para brindar las condiciones de equidad para el desarrollo económico, social, político y cultural de la mujer, así mismo tratan los aspectos relacionados con la maternidad al enfatizar el acceso a servicios de salud garantizados por el Estado.

Estos documentos materializados en sus Programas de Acción, se convirtieron en herramientas para la incidencia política, en pro de la demanda de sus derechos, de las organizaciones de mujeres en Guatemala (172). Esencialmente, la coyuntura permitió el desarrollo de organizaciones de mujeres que lideraron procesos para mejorar las condiciones de participación e institucionalización de los problemas que afectaron a la mujer (173). El nivel de incidencia política de los grupos organizados de mujeres colocó en la agenda de discusión del congreso el tema de salud integral de la mujer y en particular la preocupación de la mortalidad materna (174).

Es importante relacionar los acontecimientos, antes citados, que se promovieron desde el contexto internacional con el apoyo técnico del Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA- como miembro de la cooperación

técnica internacional que impulsó en Guatemala los avances en temas como: Igualdad y equidad entre los sexos y habilitación de la mujer, Derechos reproductivos y salud reproductiva, Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo, desde el Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en el Cairo en 1994 (175). En la cuarta conferencia mundial de la mujer en Beijing, convocada por Naciones Unidas para discutir la problemática de las mujeres, se presentó el enfoque de género en el desarrollo, en donde se discutió, cual es la situación de hombres y mujeres y la problemática de la mortalidad materna de grandes dimensiones para las mujeres (171).

El movimiento de mujeres surgió a mediados de los años 80 con una reactivación del movimiento social, quienes se hicieron presentes en el escenario político, dentro de estos apareció el movimiento feminista quienes trataron de impulsar una agenda que contuvo demandas históricas relacionadas con la salud de las mujeres, con la educación y el tema de violencia (173). Con base a los resultados de la Conferencia de Cairo, para finales de los años 90 el movimiento de organizaciones de mujeres instaló un proceso de discusión y reflexión interna, así como de participación y movilización de incidencia política en la agenda pública nacional sobre el tema de los derechos sexuales y reproductivos, donde la mortalidad materna fue un punto esencial (173).

El movimiento de mujeres en Guatemala se relacionó a nivel internacional, pasando por diferentes etapas, con diferentes actores, por ejemplo las mujeres que participaron en la primera conferencia mundial de mujeres fueron más mujeres vinculadas al área urbana, mestizas, profesiones e intelectuales¹¹. Hasta 1995 en el contexto de las organizaciones de mujeres en Guatemala empezó a generarse un movimiento con mujeres indígenas, con una mayor apropiación de la agenda de temas de salud, integrando a las mujeres indígenas con sus propias reflexiones¹² (173).

Después de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia celebrada en Durban

¹¹ Entrevista a profundidad central con Central_Seprem_1

¹² Ídem

en el 2001 (176), fue que el movimiento de mujeres indígena asumió de manera integral, los procesos, con pequeñas capacitaciones del tema de salud, se inició el desarrollo de temas como la sexualidad, la mortalidad materna, el embarazo, el aborto¹³(173). A finales de los años 90, el sector de mujeres intelectuales inició con actividades de capacitación que les permitieron conocer los tipos de concepciones que hubo sobre el movimiento de mujer, tomó en cuenta que la religión (177) y la “cultura patriarcal” (178) fueron dos fuentes de opresión, lo que significó la ruptura de estereotipos relacionados con el tema de salud de las mujeres y la mortalidad materna¹⁴(179).

Tanto en el plano internacional se movió la agenda de discusión de la salud de la mujer pero también en el plano nacional se intensificó con el debate del proceso de negociación de los acuerdos de paz, en el sentido de incorporar dentro del marco de los acuerdos la problemática específica de las mujeres (15) (172) (174).

En el contexto guatemalteco, la Red de Mujeres por la Construcción de la Paz concentró a 23 organizaciones que trabajaron el tema de mujer (172), en el marco político de los acuerdos de paz, se logró la incidencia política en el Congreso de la República para promover proyectos normativos donde surgió: en 1995 la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar (180), posteriormente en 1999 la Ley de la Dignificación y Promoción Integral de las Mujeres¹⁵(181). En los Acuerdos de Paz el tema de la mortalidad materna quedó incluido como un compromiso político, en un proceso de consenso generado por el movimiento social y feminista¹⁶(15).

En el año 2000 en el marco de las conferencias y convenciones antes señaladas, además de la incidencia política de las organizaciones de mujeres, el Congreso de la República de Guatemala, instó al Presidente de la República, a través del Acuerdo Legislativo 14-2000, a la creación de una Secretaría de la Mujer. Ese mismo año el Acuerdo Gubernativo 200-2000 creó a la Secretaría Presidencial de la Mujer –SEPREM- para la asesoría y coordinación de políticas públicas

¹³ Ídem

¹⁴ Ídem

¹⁵ Ídem

¹⁶ Ídem

orientadas a la promoción y desarrollo de la mujer (182). Esta secretaría surgió en un momento político en el cual Naciones Unidas evaluó los alcances de la plataforma de acción de Beijing¹⁷. Las mujeres instaladas en el Estado a través de la SEPREM lograron establecer una alianza entre el ejecutivo y el legislativo, para poder posesionar algunas leyes que definieron un marco normativo específico sobre el tema de la maternidad y la salud de manera integral¹⁸.

Las Organizaciones de mujeres promovieron en la SEPREM una agenda más específica de Derechos Sexuales y Reproductivos¹⁹. La primer Secretaria de SEPREM desarrolló el tema de mortalidad materna, para lo cual se incidió con el MSPAS para colocar el tema en la agenda del ministerio y poder desarrollar un programa específico de Salud Reproductiva, articulado con el ejecutivo y el legislativo, la SEPREM y el MSPAS publicaron el documento: “Lineamientos estratégicos básicos en salud Integral, sexual y reproductiva de las mujeres” en el año 2003, con el objeto de implementar las recomendaciones del Informe: “Línea Basal de Mortalidad Materna /2000” (140). El documento propuso la coordinación multisectorial en el nivel nacional, departamental, municipal y comunitario, la aplicación de las demoras y formas de prevención con base a las mismas para mejorar la probabilidad de sobrevivencia de las mujeres y del neonato (140). La agenda de SEPREM después de su primer periodo de 2001 a 2006, en los temas de mortalidad materna fue de menor desarrollo²⁰.

5.7 Nuevos actores y procesos en la entrega de servicios

La RSS desde 1996, generó en la articulación de los nuevos actores, escenarios y procesos nunca antes conocidos en el país (28) (19) (24). El EBS del PEC en los primeros años de su funcionamiento tuvo una administración por parte del MSPAS centralizada. Esta modalidad de administración generó confusiones

¹⁷ Ídem

¹⁸ Ídem

¹⁹ Ídem

²⁰ Ídem

entre la DAS a nivel departamental y la jurisdicción que se asignaba desde el nivel central, la no delimitación de cobertura en algunos casos propicio la duplicación de registros en cuanto a la cobertura, además en algunas localidades se dejó a población vulnerable sin cobertura dada la confusión que se administró desde el nivel central²¹.

En el año 1996 el MSPAS inició la socialización, de la estrategia y lineamientos del PEC, con el personal sanitario en el nivel local entre ellos fueron convocados los Técnicos en Salud Rural, a mediados de 1996 para finales 1997, se realizó la priorización de municipios con un censo y mapa para delimitar los municipios que podrían ser beneficiarios de este programa²². En Huehuetenango se inició la contratación de ONG's del PEC en 1998, el programa requirió la creación de la figura de Facilitador (a) del PEC contratada por el MSPAS de manera temporal en las instalaciones de la DAS. El perfil del Facilitador, no se definió desde su origen, pues en la historia de Huehuetenango estuvo ocupado por una Licenciada en nutrición 1998 – 2000, un Técnico en Salud Rural 2001 al 2006, una Licenciada en nutrición 2007 -2008 y, una médico de 2009 a la fecha²³.

Las funciones del Facilitador Departamental -FD- del PEC se circunscribieron a conformar el comité de adjudicación (terna) y evaluar el cumplimiento de convenios²⁴. Los municipios con mayor capacidad de organización en la conformación de la terna fueron los primeros beneficiarios del programa, la terna se conformó por el Alcalde municipal, el Coordinador Municipal de Salud y el Director de Área de Salud quienes delegaron esta función en representantes bajo su cargo, está fue una práctica hasta el año 2008, con la llegada del gobierno del FRG quien procuró en Huehuetenango de llevar un equipo técnico con mayores competencias para la contratación y monitoreo de las ONG's²⁵. La firma de convenios con las ONG's ofertantes de servicios (20) se llevó a cabo en el nivel central en la Unidad de Provisión de Servicios Básicos del Primer Nivel conocida por sus siglas como la UPS-1. Este aspecto en

²¹ Entrevista a profundidad de nivel central con Central_PrestadorServicios_3

²² Entrevista a profundidad de nivel departamental con Dep_PrestadorServicios_7

²³ Ídem

²⁴ Ídem

²⁵ Ídem

particular por requerir la participación del departamento jurídico que hasta el año 2008 se tuvo en el nivel central²⁶.

En el contexto del departamento de Huehuetenango en el periodo del gobierno de la UNE entre 2008–2012, con el objeto de optimizar el recurso humano contratado por el MSPAS se rescindió el contratos del FD del PEC y se procedió a movilizar a un TSR para tener las funciones del puesto de FD del PEC con las mismas funciones antes señaladas²⁷. Para el año 2006 en el periodo de la GANA 2004 - 2008, se realizó la contratación de quién ocupó el puesto en el año de 1998²⁸, este hecho comprobó que el puesto de FD es ocupado por una persona con filiación al partido, este hecho puso en evidencia la falta de criterios y competencias para la selección de personal, quien fue responsable de la coordinación de los EBS contratados para la entrega de servicios de salud en las comunidades bajo la cobertura del PEC. La alternancia de profesiones, es una muestra de la no definición de un perfil profesional para la administración del PEC en cuanto a dos tareas fundamentales: la selección de la ONG ofertante y la evaluación del desempeño en el marco del contrato con el MSPAS²⁹.

De forma paralela al incremento de contrataciones de las ONG's en el marco del Modelo del PEC, el Modelo tradicional del MSPAS, incrementó la infraestructura de los servicios de salud en dos sentidos: uno con nuevos servicios y el otro con el fortalecimiento de los existentes³⁰. Se encontró población atendida por personal del ministerio en horario de 8 horas de lunes a viernes y población atendida una vez por mes en horario restringido con un paquete mínimo de atención del primer nivel³¹.

En el municipio B se encontró la construcción de un puesto de salud completo que la comunidad autofinanció³², sin tener aún el recurso humano asignado por parte del MSPAS, esto se manifestó en relatos de inconformidad después de un

²⁶ Ídem

²⁷ Entrevista a profundidad de nivel central con Central_PrestadorServicios_3

²⁸ Ídem

²⁹ Entrevista a profundidad de nivel departamental con Dep_PrestadorServicios_7

³⁰ Entrevista a profundidad de nivel departamental con Dep_PrestadorServicios_1

³¹ Ídem

³² Observaciones de campo

acuerdo previo, dos años después, con autoridades del MSPAS, es importante indicar que la cobertura del puesto de salud es estratégico para atender a 6 comunidades en las cuales no existe transporte regular³³. El sentimiento de frustración de los lugareños y la desconfianza en las autoridades de salud se manifestó en reiteradas ocasiones en las discusiones³⁴.

En tanto que el municipio A en el cual la muerte materna en el año 2010, alcanzó el número más alto del país, se caracterizó por la dispersión de las comunidades con respecto a la horas de recorrido de acceso a los zonas urbanas, la más distante a 6 horas del casco urbano municipal y a 3 horas más del casco urbano de la cabecera departamental³⁵. En este municipio se tuvo el fortalecimiento del puesto de salud, en el casco municipal para transformarlo en un Centro de Atención Permanente –CAP-, con una médica dedicada a la atención de la consulta externa, en tanto que para las emergencias obstétricas se contrató a enfermeras graduadas para los turnos de noche³⁶.

En el caso del municipio C la gestión del Coordinador de Distrito Municipal de Salud permitió la creación de 8 puestos de salud esto sucedido desde el año 2007 al 2013, la actitud de la población en cuanto a la aproximación de los servicios, se encontró complementada con el papel que tuvo las comisiones de salud en al menos el 50% de las comunidades³⁷. Se observó que las acciones entre lo local y los servicios del MSPAS son sinérgicas para la resolución de la movilización de la mujer embarazada. Sin embargo, la articulación positiva del sistema de salud no corresponde a una estrategia derivada de las políticas de salud, en un marco normativo que regule las acciones en el sistema. Sino más bien, a la actitud proactiva del coordinador de distrito municipal de salud³⁸.

Los niveles departamental y municipal, mostraron un sistema de salud, con cambios sucedidos desde el año 1996 que no obedecen a una planificación, asignación de presupuesto y capacitación de recurso humano en concordancia

³³ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_B_Org Comunitaria

³⁴ Observaciones de campo

³⁵ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_A_OrgComunitaria

³⁶ Entrevista individual semi estructurada con Mun_A_PresSer_1

³⁷ Entrevista individual semi estructurada con Mun_C_PresSer_2

³⁸ Observaciones de campo

a las necesidades locales³⁹. Por un lado se tuvo al Modelo del PEC el cual operó desde su inicio con fondos de la cooperación internacional, priorizó las comunidades con mayor rezago al desarrollo y postergadas en cuanto al acceso a servicios de salud. En el marco operativo, fueron los municipios con mayor capacidad de organización los que primero ingresaron al programa, esta característica de tipo circunstancial generó desventajas en los municipios con menor capacidad de gestión⁴⁰.

De forma paralela en Huehuetenango se tuvo al Programa ASDI con el Modelo Integral de Atención en Salud con fondos de la cooperación internacional Sueca (167), este modelo se administró desde el nivel central con el apoyo de exfuncionarios de la cooperación internacional, quienes asesoraban a la DAS para la implementación de estrategias locales del modelo⁴¹. Además de operar ONG's con programas de salud asistenciales sin coordinación entre el MSPAS y otras instituciones del gobierno, esto mostró un escenario de prestadores de salud fragmentado (52), en cuanto a los programas de servicios y la coordinación del MSPAS y segmentado (20) en cuanto al acceso de los beneficiarios. Entre los proveedores de atención materna se encontró en el municipio A la importancia del médico privado, de acuerdo a relatos de informante clave la resolución de embarazos por cesaría es uno de los servicios que deja mayores ganancias⁴².

Frente a la demanda insatisfecha de acceso a la resolución de cesárea, se identificó que la falta de recurso de insumos y especialista en anestesia, en el CAIMI más próximo al municipio A, fueron las causas para recurrir con el médico privado para la resolución de la cesárea, paradójicamente en algunos de los casos fue el mismo obstetra del CAIMI quien realizó las cesáreas en un sanatorio privado^{43,44}. El otro aspecto es que en el municipio A existe un número importante de población que migró a los Estados Unidos en el periodo de la guerra y posterior a la firma de los Acuerdos de Paz. Los migrantes

³⁹ Entrevista a profundidad de nivel departamental con Dep_PrestadorServicios_1

⁴⁰ Observaciones de campo

⁴¹ Entrevista a profundidad de nivel departamental con Dep_PrestadorServicios_1

⁴² Entrevista individual semi estructurada con Mun_A_PresSer_2

⁴³ Ídem

⁴⁴ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_A_PresSer_4

guatemaltecos a través de las remesas (20) suministraron el apoyo económico a los familiares en sus lugares de origen, esta condición económica permitió a un sector de la población tener acceso a los servicios de salud privados, con un gasto de bolsillo en salud importante⁴⁵.

5.8 Marcos normativo con relación al programa de atención materna

En los sitios de estudio, el MSPAS entregó servicios de salud del nivel I y II de acuerdo al Reglamento Orgánico Interno, en el ámbito comunitario a través de: a) Centro Comunitario de Salud y; b) el Puesto de Salud. En el municipal se encontró: a) Puesto de Salud (reforzado); b) Centros de Salud; y c) Centros de Atención Materno-Infantil (CAIMI) (161). Los programas de atención materna fueron normados desde el nivel central, en personal sanitario de los niveles I y II, se rigieron por las Normas de Atención en Salud Integral del Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas, las normas con vigencia del año 2010 al 2015 (183).

Las normas y los procedimientos de atención se definieron en concordancia con los aspectos de interculturalidad y de pertinencia cultural (183). Los datos de campo en el municipio A no reflejó la aplicación adecuada de las normas de atención materna con base a los criterios de pertinencia cultural⁴⁶. El parto en posición vertical que es una de las prácticas local de arraigo ancestral, no se ofreció como parte de los servicios que el personal sanitario del MSPAS pudo resolver. En el municipio C donde se tuvo un espacio de atención del parto en posición vertical, es la comadrona acompañante quien resolvió el parto de su paciente, no así el personal médico del CAIMI⁴⁷.

La complejidad de conformación de diversos grupos étnicos que comparten el espacio geográfico y político donde la entrega de servicios de salud opera desde dos proveedores: a) Modelo de Extensión de Cobertura y; b) Modelo Tradicional del MSPAS, ambos proveedores operan con las mismas normas

⁴⁵ Entrevista individual semi estructurada con Mun_A_PresSer_1

⁴⁶ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_A_OrgComunitaria

⁴⁷ Entrevista individual semi estructurada con Mun_C_PresSer_1

de atención materna, sin embargo en la población existió la percepción que cada modelo corresponde a una instancia distinta como proveedor⁴⁸. Esta noción fue reforzada con base a expresiones que los mismos trabajadores del MSPAS hicieron con respecto del origen del Modelo de Extensión de Cobertura⁴⁹. Las opiniones formadas en las mujeres embarazadas, con respecto al tipo de atención materna se diferenciaron de la atención prestada en los Puestos de Salud, Centros de Salud y CAIMI, en cuanto a la expectativa que generó cada sitio de referencia y contrastado con la baja capacidad de resolución y la falta de insumo⁵⁰.

La diferencia se caracterizó por las condiciones de la infraestructura en la cual se atendió a la mujer, que en ocasiones los EBS examinaron a las mujeres embarazadas en camillas improvisadas hechas por tablas a ras del suelo, con biombos improvisados de *nylon*, en tanto la normativa no establece las características del lugar para la entrega de servicios^{51,52}. Esta característica se enmarcó en una deficiente calidad de infraestructura y fuera de una consideración ética del acto de la entrega de servicios de salud materna con el mínimo de respeto a la intimidad de la mujer.

Las normas del MSPAS (183) no regulan el papel de los Comités de Emergencia o las Comisiones de Salud como parte de la participación ciudadana en apoyo a las mujeres embarazadas. Desde el nivel operativo departamental, no se tuvo reglamentación para definir la formación del recurso humano responsable en la promoción y formación de las comisiones de salud. Este vacío normativo mostró la vulnerabilidad con la cual la organización social se trató de instalar como una estrategia reconocida en lugares muy particular con apoyo económico externo. Se evidenció en dos de los municipios, que las comisiones de salud en cualquier momento dejaron de ser operativas, como en el caso del municipio A y B. En el municipio A se activaron 84 comisiones de salud de 87 comunidades, en un periodo de 4 años, sin embargo, al momento

⁴⁸ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_A_OrgComunitaria

⁴⁹ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_A_PresSer_5

⁵⁰ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_A_Usuarías

⁵¹ Entrevista a profundidad de nivel departamental con Dep_PrestadorServicios_7

⁵² Entrevista individual semi estructurada con Mun_A_PresSer_

del estudio la mayoría se encontraron inactivas, el TSR lo justificó por la falta de recurso para movilizarse. En el municipio B se activaron 12 comisiones de 54 comunidades en un periodo de 6 años, las cuales se encontraron inactivas al momento del estudio^{53, 54}.

Al no contar con normas de procedimientos locales para la activación de las comisiones de salud las mismas quedaron invisibles para la programación anual a nivel municipal⁵⁵. Este efecto se observó en los 3 municipios donde se tuvo en el año 2010 el recurso para promover la formación de comisiones de salud. En los años subsecuentes en el municipio B se formó 6 comisiones derivadas del trabajo de tesis de una Trabajadora Social –TS-. En el municipio A para el año 2012 el encargado de formar y fortalecer las comisiones fue el trabajador social quien no habla el idioma local⁵⁶. En el municipio C en el año 2012 se formaron 5 comisiones por iniciativa propia de las comunidades, puesto que no se tuvo recurso alguno para incidir en una estrategia desde la Coordinación de Distrito Municipal de Salud, a finales del año 2012 el municipio contó con 42 comisiones de salud, activas en 74 comunidades⁵⁷.

La falta de normativa en este aspecto se observó en la contratación de un TS en términos de planificación administrativa se encontró un recurso humano que no agregó acciones positivas para el desarrollo de la participación social. De acuerdo a un informante, la contratación de TS se realizó después de la experiencia de un proyecto de la cooperación internacional que les contrató para promover la participación social entre los años 2008-2010⁵⁸. La forma de operar la participación social de aquel recurso humano, en el proyecto ASDI, se dio con el pago de incentivos económicos de viáticos a los participantes de la comunidad, en un proyecto a nivel de un municipio⁵⁹.

⁵³ Entrevista individual semi estructurada con Mun_A_PresSer_2

⁵⁴ Entrevista individual semi estructurada con Mun_B_PresSer_2

⁵⁵ Entrevista individual semi estructurada con Mun_C_PresSer_2

⁵⁶ Observaciones de campo

⁵⁷ Entrevista individual semi estructurada con Mun_C_PresSer_2

⁵⁸ Entrevista individual semi estructurada con Dep_PrestadorServicios_2

⁵⁹ Observaciones de campo

Esta experiencia del papel del TS en la promoción de la participación social, fue considerada como positiva por la DAS⁶⁰. Fuera del marco normativo y procedimientos administrativos, sucedió la contratación de 12 TS para promover en los municipios prioritarios la participación social⁶¹. En los primeros meses de contratación los TS en su mayoría se reubicaron en municipios próximos a la cabecera departamental⁶². Este hecho generó un fuerte cuestionamiento por parte del personal de salud quienes fueron testigos de los hechos⁶³. En las observaciones de campo, se pudo interactuar con un TS quien se encontró con las limitaciones de no hablar el idioma local, no tener recurso económico para planificar actividades en un municipio caracterizado por haber tenido el mayor número de muertes maternas en el año 2010, además de tener comunidades con distancia de 6 horas en vehículo condición que limita el acceso⁶⁴. El siguiente relato expuso la situación:

“Nosotros vemos que pese a que se solicitó el apoyo de trabajadoras sociales no están siendo ubicadas donde deberían ser ubicadas, primero por razones políticas, por las oportunidades de contratación se metieron pero cada quien pidió el lugar que es más cerca y cada una de ellas se ubicó donde les convenían, incluso hay trabajadoras sociales que hacen de secretaria teniendo salarios de trabajadora social, esa es una desventaja.”⁶⁵

Las capacitaciones dirigidas a las comadronas, no tuvieron un marco normativo en donde la coordinación y rectoría del MSPAS cohesione a los actores sociales involucrados en las capacitaciones⁶⁶. La ausencia de normativa para la entrega de servicios, es preocupante, dado que la comadrona como proveedora de servicios atiende a un 80% de la población y en algunos casos puede ser un porcentaje mayor. Este aspecto entra en contradicción del propio devenir de la construcción social de la comadrona como autoridad local reconocida.

⁶⁰ Entrevista a profundidad con Dep_PrestadorServicios_1

⁶¹ Entrevista a profundidad con Dep_PrestadorServicios_2

⁶² Ídem

⁶³ Entrevista individual semi estructurada con Mun_C_PresSer_2

⁶⁴ Observaciones de campo

⁶⁵ Dep_PrestadorServicios_2

⁶⁶ Entrevista individual semi estructurada con Mun_B_PresSer_3

El Programa Nacional de Salud Reproductiva –PNSR- tuvo bajo su responsabilidad administrativa la vinculación del nivel Central con cada uno de los Facilitadores departamentales quienes trabajaron paralelamente con las DAS⁶⁷. Aun cuando se descentralizó, este programa mantuvo una relación vertical con la administración del nivel central⁶⁸. A nivel de presupuesto el PNSR se sostuvo por el impuesto de bebidas del cual se asignó un 15% para los gastos de operaciones del programa (184). El PNSR a nivel departamental estableció estrategias que permitieron la atención materno neonatal de la población de Huehuetenango, favoreció esas actividades, fortaleció el recurso humano y estableció el sistema de monitoreo, el programa opero por medio de la implementación de los protocolos- y las normas, que emanaron del nivel central⁶⁹.

En el PNSR el Facilitador Regional –FR- fue el encargado de mediar la norma emanada del nivel central en la región bajo su responsabilidad, este actor social capacitó en el 2do y 3er nivel de atención del sistema de salud⁷⁰. El FR fue un médico con especialidad de Ginecología y Obstetricia, a quien el nivel central le capacitó para que a su vez multiplique las capacitaciones en su región. La limitación que se identificó en el impacto que alcanzó el FR es la permanencia del recurso humano capacitado por la alta rotación⁷¹. Además de la falta de estabilidad laboral de FR ellos se movilizaron desde el nivel central a los departamentos de acuerdo a una agenda mensual para las capacitaciones⁷². Con el cambio de gobierno del año 2012 hubo un despido fuerte de más del 50% de los FR, y el otro 50% que permaneció se le cambió de región. Un FR indicó la debilidad que tiene el sistema, en cuanto no alcanzó a capacitar al personal sanitario del primer nivel de atención⁷³. A pesar de ello algunas capacitaciones de normativa se dirigieron al personal local del modelo tradicional, sin considerar a los EBS del PEC⁷⁴.

⁶⁷ Entrevista individual semi estructurada con Dep_PrestadorServicios_6

⁶⁸ Ídem

⁶⁹ Ídem

⁷⁰ Entrevista a profundidad con Central_PrestadorServicios_1

⁷¹ Ídem

⁷² Ídem

⁷³ Ídem

⁷⁴ Ídem

De acuerdo al Facilitador departamental del PNSR la problemática de atención materna, tuvo un componente de debilidad en la aplicación de normas de atención pero lo fundamental se encontró en la dotación de recursos. Las causas de mortalidad materna documentadas evidencio que la llegada de las pacientes a las salas de emergencia, fue en condiciones graves que llegaron únicamente a morir. Con el coadyuvante que no se encontró un banco de sangre o especialista capacitado para la atención de la emergencia obstétrica. En tal sentido, la normativa del primero y segundo, nivel de atención generó una demanda insatisfecha. Así como una actitud de desconfianza por no resolver de manera apropiada la emergencia obstétrica, en el tiempo, esta baja capacidad de resolución incrementó el sentimiento manifiesto de desconfianza en los servicios de salud por parte de las usuarias.

5.9 La interculturalidad y los retos del sistema de salud

El sistema de salud en Guatemala se caracterizó por la entrega de servicios maternos con predominio del Modelo Médico Hegemónico (163), aunque en fecha reciente en el año 2010 se aprobó la inclusión, en el sistema de salud de la entrega de la atención con pertinencia cultural (58), en el tiempo que transcurrió de dos años, para la fecha de estudio de campo, no dio muestras de tener la demanda satisfecha en la atención del parto, bajo el concepto de pertinencia cultural⁷⁵. Se develó que la característica fundamental del sistema de salud radicó en el conflicto étnico lingüístico que expuso retos de contexto, difíciles de resolver para alcanzar los mecanismos apropiados en concordancia con las diversas etnias de la región en estudio⁷⁶.

En el municipio B las condiciones lingüísticas estuvieron superadas por el predominio del idioma español en los pobladores, prueba de ello fue que en este municipio no fue necesaria la participación de un traductor. En el municipio A el idioma local de predominio fue el Kanjobal, idioma que no fue parte del dominio lingüístico en la mayoría del personal sanitario de ambos modelos de atención. Este elemento de carácter cultural, estuvo presente

⁷⁵ Observaciones de campo

⁷⁶ Entrevistas grupal semi estructurada con Mun_A_PresSer_4

en los relatos de las mujeres embarazadas quienes, sufrieron la limitación de expresión lingüística en la relación paciente-tratante⁷⁷. La expresión tratante denotó que la paciente no reconoció si quien le atendió es un (a) médico (a), enfermero (a) auxiliar o profesional⁷⁸.

En el municipio C la situación de barrera lingüística fue de mayor complejidad de acuerdo al número de grupo lingüístico que le integra: Mam, K'iché, Awakateko, Chalchiteko y Español. Se identificó como el conflicto Étnico-Lingüístico, en cuanto se tuvo relatos de la discriminación racial, que sufrieron las pobladoras en la forma como fueron recibidas por el personal sanitario en los servicios de segundo y tercer nivel de atención de salud, cuando fueron referidos desde el primer nivel⁷⁹. Otra forma de discriminación que se observó es la limitación de acceso a los servicios, fue importante hacer la lectura de este fenómeno institucional dado que a lo largo del periodo de Reforma del Sistema de Salud que se observó los subsecuentes gobiernos, únicamente paliaron la asistencia médica con el Modelo de Extensión de Cobertura, caracterizado por programar su llegada a la comunidad una vez al mes para la entrega de servicios⁸⁰.

Aun cuando los EBS se apoyaron en los FC y Vigilantes como traductores al idioma español, la limitación que se presentó para la mujer embarazada de expresar sus síntomas de los padecimientos propios del sistema reproductivo, es difícil en cuanto se consideraron aspectos de la vida íntima de la mujer, como por ejemplo las enfermedades de transmisión sexual⁸¹. Los aspectos fundamentales de la ética en la relación paciente-tratante, donde la confidencialidad y privacidad se irrumpieron por un tercero.

Las nociones de pertinencia cultural, en la atención materna tuvieron algunos avances en el municipio C donde el Coordinador de Distrito Municipal de Salud integró en la sala de atención de partos del CAP, un espacio para la atención del parto vertical con el acompañamiento de la paciente por parte

⁷⁷ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_A_Usuarías

⁷⁸ Ídem

⁷⁹ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_B_Usuarías

⁸⁰ Entrevista individual semi estructurada con Mun_C_PresSer_4

⁸¹ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_A_Usuarías

de su comadrona. Esta práctica se consideró como un acto que aproximó de mejor forma los servicios de salud a la cosmovisión de la población local. El efecto en la comunidad de mujeres y comadronas, tuvo un balance positivo de aceptación, con el consecuente incremento de confianza en los servicios del MSPAS^{82,83}. Sin embargo, desde una lectura occidental, con base a opiniones del personal médico, se consideró a estos actos como una intromisión en los procedimientos basados en conocimiento biomédico.

Este efecto no se observó en el municipio A donde el predominio de una etnia manifestó la discriminación racial y maltrato del personal de salud, cuando fueron referidas las mujeres embarazadas con alguna complicación al segundo y tercer nivel de atención⁸⁴. Las comadronas pusieron de manifiesto que cuando ellas tuvieron algún nivel de participación en el acompañamiento de pacientes dentro de las instalaciones del CAP fue para limpiar el área, pero en general no se les dejó ingresar en el acompañamiento del trabajo de parto⁸⁵. En este municipio se presentó el mayor número de muertes a nivel nacional en el año 2010, aun cuando tuvo un ligero descenso en el año 2011, explicado en parte por las acciones del personal sanitario y comadronas en la difusión de las 4 demoras (159).

Existió un sistema alternativo tradicional de atención materna que radicó en el papel terapéutico de la comadrona⁸⁶. La atención del parto sin complicaciones resuelto en los hogares ocupó un porcentaje del 80% al 90% en los municipios estudiados (185). La comadrona se encontró integrada en una red municipal que se articuló desde la Coordinación de Distrito Municipal de Salud, por medio de recibir capacitación para la atención del parto limpio y el reconocimiento de las señales de peligro con base a las cuatro demoras. Es sin lugar a duda el papel articulador de la comadrona quien ejerció con hábil tacto la mediación, confianza y aproximación de la paciente atendida en un sistema tradicional de atención materna a un sistema de atención materna occidental.

⁸² Entrevista grupal semi estructurada con Mun_A_Usuari

⁸³ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_C_Usuarías

⁸⁴ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_C_PreSer4

⁸⁵ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_C_PreSer4

⁸⁶ Observaciones de campo

La comadrona como actor social fundamental del sistema tradicional de atención materna, se integró al sistema oficial de atención materna del MSPAS por medio de una acción coercitiva que exigió la participación de la comadrona en las capacitaciones mensuales coordinadas por los servicios de salud tradicionales donde ellos tuvieron cobertura y con el apoyo de los EBS donde operó el PEC. En el municipio B se encontró unidas las comadronas de ambos modelos, fue el EBS el responsable de las capacitaciones, esta estrategia fue propuesta por la Coordinadora de Distrito Municipal de Salud⁸⁷. La característica coercitiva que se ejerció en las comadronas sucedió, en tanto que las comadronas que asistieron regularmente a las capacitaciones fueron acreditadas y además recibieron las boletas que entregaron a las madres que atendieron para hacer el registro en RENAP de los niños (as) que nacieron⁸⁸. Es importante recalcar que la boleta es exigida por el RENAP, caso contrario se sospechó de un caso de robo de recién nacido.

5.10 Sistema de salud y el papel de la participación social bases para la atención materna

La red de servicios de salud, no se encontró presente, en las comunidades postergadas del país de esa cuenta desde el inicio de la RSS, fue un motivo de justificación el delegar la responsabilidad de entrega de servicios al PEC (19), (20). La forma de entrega de servicios que se limitó al primer nivel de atención en salud materna, con la característica de hacer una visita mensual cuando las condiciones materiales así lo permitieron. Desde el año 1996 a la fecha las condiciones de servicios de salud tuvieron ligeras variaciones, las cuales sucedieron en el marco del Plan de gobierno de la UNE en el periodo 2008-2012, con la ampliación de los Puestos de Salud, Centros de Salud, Centros de Atención Permanente y los Centros de Atención Integral Materno Infantil, las modalidades fueron de dos niveles: la construcción de infraestructura y el fortalecimiento con la contratación de recurso humano.

La participación social desde el plano legislativo se apoyó en los Consejos Comunitarios de Desarrollo que fueron electos en asamblea de comunidades,

⁸⁷ Observaciones de campo

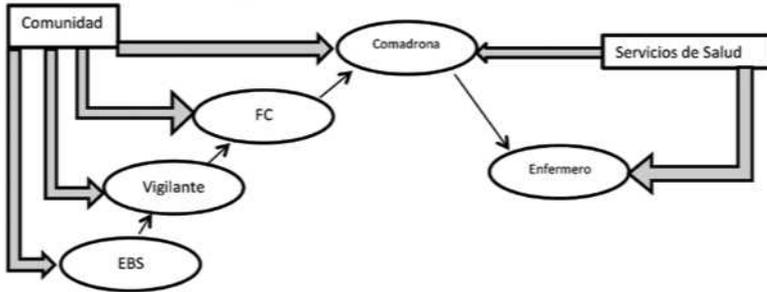
⁸⁸ Entrevista individual semi estructurada con Mun_C_PresSer_4

ese nivel de representación y legitimidad les permitió ser reconocidos como autoridades locales para la conformación de comisiones de salud. Las comisiones de salud no tuvieron un normativo que les habilitara en sus funciones, ni desde el marco municipal y tampoco del MSPAS. El antecedente más inmediato que se conoció fueron los comités de emergencia, que en algunos lugares operaron de igual forma que las comisiones de salud, es decir sin un aspecto normativo que les faculte en su accionar. Las comisiones de salud que fueron operativas se integraron como redes locales de apoyo para la atención materna, la debilidad de la permanencia de las comisiones se identificó en la falta de normativas que apoyaran acciones sistemáticas y coordinadas desde los actores sociales del personal de salud⁸⁹.

Se identificó a tres actores vitales para la sostenibilidad de las acciones coordinadas con las comisiones de salud: por un lado, con mayor preeminencia el Técnico en Salud Rural, quien tuvo en su agenda de trabajo en el año 2010 la responsabilidad de activar a las comisiones de salud con el apoyo de un fondo del CODEDE; por el otro, los COCODE quienes se legitimaron a través de su participación con un representante que figura como presidente de la comisión de salud, la conformación de las mismas; y finalmente el Trabajador Social del personal de salud local, quien tuvo como agenda de trabajo la conformación de comisiones con variantes importantes por la limitación del dominio del idioma local. (Ver figuras 5.1 y 5.2)

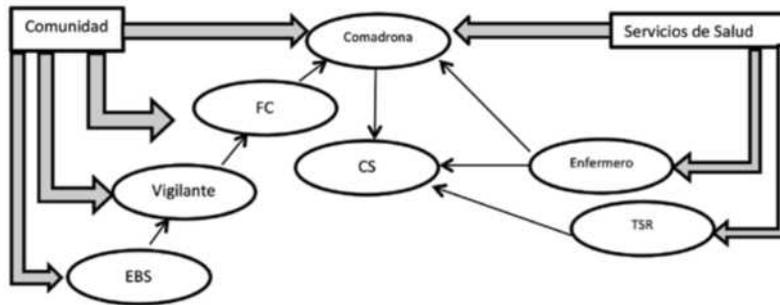
⁸⁹ Entrevista individual semi estructurada con Mun_C_PresSer_1

Figura 5.1 Nivel de participación de los actores sociales en el ámbito comunitario y de servicios de salud en la atención materna⁹⁰



Fuente: elaboración propia

Figura 5.2 Nivel de participación de los actores sociales en el ámbito comunitario y de servicios de salud en la emergencia obstétrica⁹¹



Fuente: elaboración propia

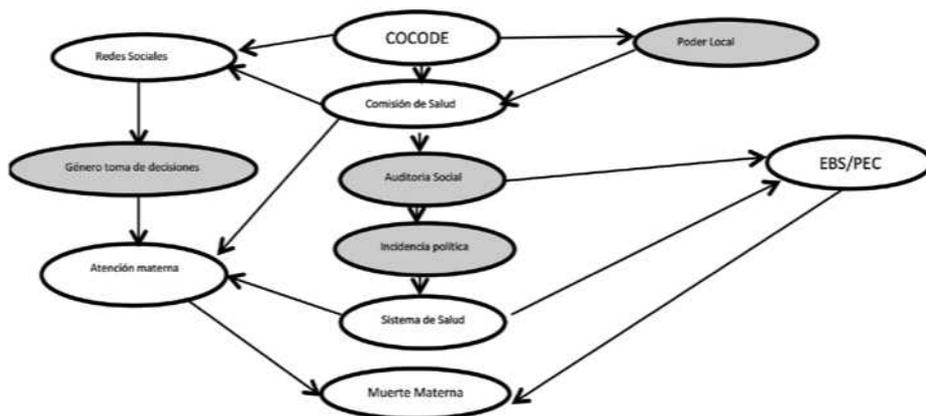
La participación social para incidir en la toma de decisión de la mujer cuya autonomía estuvo limitada por el conviviente, esposo y/o familiares del esposo, se estimuló por el personal de salud apoyado en la Ley de maternidad saludable. La red social de atención materna se convirtió en un instrumento

⁹⁰ Mapa mental: a) rol de la comadrona en el sistema de salud; b) nodos para la atención materna; c) coordinación de actores en la atención materna. Desarrollado con la herramienta Network de Atlas.ti

⁹¹ Ídem

de gestión para la toma de decisiones; además se generaron estrategias locales para la obtención de fondos locales, que operaron de forma diferente de acuerdo a los mecanismos que la comunidad estableció. La estrategia de apoyar la creación de las comisiones de salud con la participación de los COCODES empoderó a la Comisión de Salud de sus funciones para mediar en los conflictos donde la mujer no contó con el apoyo de sus parientes para acceder a los servicios de salud. (Ver figuras 5.3 y 5.4)

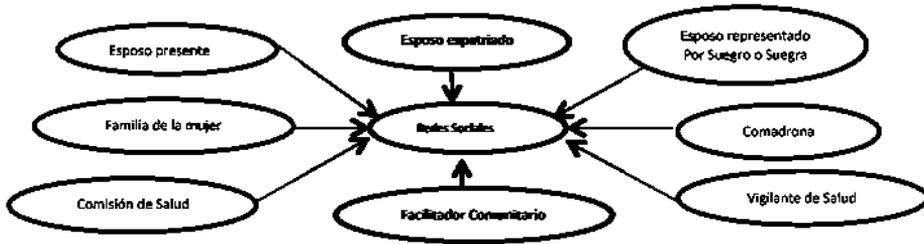
Figura 5.3 Actores y procesos en la atención materna a nivel local⁹²



Fuente: elaboración propia

⁹² Mapa mental: a) marcos normativos con relación al programa de atención materna; b) la interculturalidad y los retos del sistema de salud; c) rol de la participación social en la muerte materna; d) el tema de género, marco legislativo y participación social. Desarrollado con la herramienta Network de Atlas.ti

Figura 5.4 Actores que conforman las redes sociales en la comunidad⁹³



Fuente: elaboración propia

5.11 El tema de género, marco legislativo y participación social

La reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos se escuchó en las activistas de los grupos feministas, cuando se trató el tema de mortalidad materna⁹⁴. Es elocuente la forma como este tema se analizó desde sus causas, pues la mujer vio en las otras mujeres muertas, la pérdida de una vida cuya oportunidad de vida se encontró frente a la falta de acceso a la información, para regular los embarazos. No puede deslindarse desde la posición de la mujer lideresa estos temas que afectaron a la familia, con el efecto de niños huérfanos, hogares desintegrados y pérdida humana para los seres queridos.

Las organizaciones de mujeres, con el acompañamiento del PNUD entre otras organizaciones internacionales, lograron con éxito generar un grupo crítico de voz social, cuyo resultado transformo la lucha cívica de grupos feministas en un marco legislativo que desde el nivel central se posesionó en la agenda de gobierno con temas de interés para transformar la situación de la mujer como sujeto de derechos⁹⁵. El escenario de mujeres en la esfera política tuvo como objetivo ver la situación de la mujer de forma integral de tal manera, que las acciones y lucha por alcanzar un espacio político, generaron

⁹³ Ídem

⁹⁴ Entrevista a profundidad central con Central_Seprem_1

⁹⁵ Ídem

estrategias que fueran encaminadas a construir estructuras políticas con el objetivo de alcanzar los marcos legislativos, desde los grupos feministas y las instituciones en favor de la mujer se observaron cambios positivos en contra de la mortalidad materna⁹⁶.

Desde el entorno local la mujer embarazada tuvo como aliada estratégica a la comadrona para tener acceso a la información de los derechos de la mujer, así como de empoderarse de su capacidad autónoma para la toma de decisiones⁹⁷. El entorno positivo de las instituciones que trabajaron desde el nivel central a lo local se triangula entre la representación de la SEPREM a nivel departamental en coordinación con las funcionarias de las Oficinas Municipales de la Mujer y las representantes de comunidades quienes fueron las agentes de cambio local⁹⁸. Por su parte la comadrona fue receptora de las capacitaciones, cuya agenda no bien delimitada por el MSPAS en un programa sistemático, tuvo un potencial de incidencia en cuanto a mediar la información con las mujeres en edad reproductiva y las mujeres embarazadas⁹⁹.

El normativo dio las bases para institucionalizar desde el nivel central y municipal, temas que afectaron a la mujer. Las debilidades observadas fueron la falta de presupuesto a nivel municipal para operar las acciones, así como la falta de personal a nivel departamental para difundir los programas de apoyo a la mujer^{100, 101}. En el caso de Huehuetenango con la diversidad de idiomas, el recurso contratado generó las estrategias de comunicación para mediar la información sobre los derechos de la mujer¹⁰². La agenda de trabajo departamental, en cuanto se abordó la mortalidad materna, exigió para las promotoras departamentales, desarrollar el tema de derechos sexuales y reproductivos, con una fuerte resistencia de los grupos conservadores quienes reaccionaron contra los temas de Métodos de Planificación Familiar¹⁰³.

⁹⁶ Ídem

⁹⁷ Entrevista grupal semi estructurada con Mun_C_PresSer_4

⁹⁸ Observaciones de campo

⁹⁹ Entrevista individual semi estructurada con Mun_C_PresSer_3

¹⁰⁰ Entrevista individual semi estructurada con Mun_B_SecMunicipal_1

¹⁰¹ Entrevista individual semi estructurada con Mun_A_SecPol_1

¹⁰² Entrevista individual semi estructurada con Dep_DelegadoGobiernoCentral_2

¹⁰³ Ídem

El empoderamiento de la mujer indígena no fue una elección de ejercer su capacidad autónoma de una manera independiente, dada la condición de vulnerabilidad social y económica con la cual sobre llevó el embarazo. La mujer indígena en condición de pobreza, se encontró en una posición subalterna al hombre, suegro y suegra. Desde el marco legal de la Ley de Maternidad Saludable, los grupos organizados como la comisión de salud, el personal sanitario local y la comadrona, lograron alcances sin precedente alguno, al confrontar las acciones negativas para apoyar la movilización de la mujer embarazada con señales de peligro. Se observó como la cadena de la red, en concordancia con la aplicación de la ley, fue un instrumento de cambio para el sistema de salud en atención materna.

La política de ampliación de horarios de atención y la consecuente ampliación de contratación de personal, no logró un impacto en los indicadores de salud, dado que las dificultades de acceso a los servicios en términos de vías de acceso, transporte y recurso económico para la movilización, nunca fueron resueltas. La estrategia tuvo un alcance limitado con la consecuencia de emplear el recurso económico en el pago de personal con una baja capacidad de resolución de los problemas de salud materna.

6. Resultados

Análisis de la política de mortalidad materna

El capítulo integró resultados del mapeo político para el cual se utilizó la herramienta del programa PolicyMaker V4.0 con base a los datos de fuente documental y entrevista a profundidad. Este capítulo permitió sistematizar el análisis de contenido de la política presentado en matrices. Los resultados del análisis se abordó con los siguientes apartados: la política; actores de la Salud Materna en Guatemala; consecuencias, intereses, oportunidades y obstáculos.

6.1 La política

El mapeo político se conformó con base en los contenidos del “Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva en Guatemala 2010-2015” del MSPAS, las metas se construyeron con base en los objetivos estratégicos y operativos del plan considerando los contenidos de la matriz operativa que indicó las acciones por desarrollar. Los aspectos que se desarrollaron como mecanismo guardan una estrecha relación con los contenidos que fueron revisados recabados en la fase documental y de trabajo de campo. Las metas de la política buscaron los elementos de contexto que potencialmente conformaron las bases de las estrategias para abordar, desde un escenario que integró los tres niveles de análisis político, que en la gobernanza permitieron definir las reglas del juego y la interacción de los actores sociales. Los indicadores permitieron generar una estructura secuencial, que permitió articular los textos más relevantes que dieron contenido al análisis político. (Ver tabla 6.1)

Tabla 6.1 Mapa de política de la salud materna en Guatemala

Metas	Mecanismos	Indicadores	Agenda prioridad
Ampliar la cobertura y calidad de los servicios de agua y saneamiento básico en los tres niveles de atención.	1.- Adecuación de la Infraestructura. 2.- Prevención del Riesgo Sanitario.	1) Desarrollo de nueva Infraestructura. 2) Disposición de mecanismos de Riesgo Sanitario.	Política y Pública / Alta Prioridad
Extender la cobertura y mejorar la calidad de la red de los servicios en los tres niveles de atención.	1.- Garantizar el cumplimiento de las prácticas de medicina basada en la evidencia con enfoque de género e interculturalidad, por los proveedores de salud en los tres niveles de atención, mediante la aplicación de la normativa nacional. 2.- Fortalecer la logística del abastecimiento de equipo, medicamentos, materiales e insumos para atención en los tres niveles de atención, con enfoque de género e interculturalidad. 3.- Fortalecer la participación social en la promoción y monitoreo de la accesibilidad a los servicios y calidad dentro de los mismos. 4.- Garantizar el acceso a la información, educación y comunicación sobre salud sexual, reproductiva, materna y neonatal a los diferentes segmentos de la población con enfoque de género e interculturalidad. 5.- Otras prácticas de promoción y prevención de Salud Reproductiva. 6.- Fortalecer el sistema de referencia y contra referencia en los tres niveles de atención.	1.- a) Buenas prácticas del enfoque de género y de interculturalidad. b) Aplicación del Marco Normativa 2.- a) Logística de abastecimiento. b) Mecanismos de acceso 3.- Participación Social (activa y no activa) 4.- Realización de pláticas (mestizo y pueblos originarios) Detección de la contratación de recursos que hablen la lengua local. 5.- Verificación de la planificación familiar y detección oportuna de la mujer (cáncer de mama y útero) 6.- Verificación del uso de referencia y contra referencia a nivel comunitario y hospitalario.	Política y Pública/ Alta Prioridad
Fortalecer el desarrollo del recurso humano en salud, a nivel técnico y especializado y la administración de la fuerza laboral, para garantizar la atención calificada en los servicios de salud sexual y reproductiva, adolescentes, embarazo, parto, puerperio y neonato.	1.- Fortalecer competencias y actualizar el recurso humano en el cumplimiento de las prácticas de medicina basada en evidencia en temas de salud sexual, reproductiva y atención materna neonatal en los tres niveles de atención utilizando técnicas innovadoras, con enfoque de género e interculturalidad. 2.- Coordinación de la alianza entre el MSPAS y las instituciones formadoras de recurso humano en salud para que incluyan temas de salud sexual y reproductiva en sus diversos componentes. 3.- Descentralizar la administración del personal con el perfil que responda a las necesidades de las unidades y servicios de salud reproductiva en los tres niveles de atención. 4.- Promover la creación por recursos humanos de la carrera administrativa del proveedor de servicios de salud reproductiva en los tres niveles de atención con enfoque de género e interculturalidad.	1.- Tipos de capacitación acordes a la Norma (género e interculturalidad) 2.- Coordinación de las instancias que capacitan al recurso humano del personal Sanitario. 3.- Descentralización en la contratación de recurso humano. 4.- Creación de la carrera administrativa del funcionario sanitario.	Política/ Alta Prioridad

Continúa Tabla 6.1

Metas	Mecanismos	Indicadores	Agenda prioridad
Fortalecer el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la atención de la salud reproductiva.	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Definir y oficializar la estructura de los servicios de salud por niveles de atención y cartera de servicios para salud reproductiva con énfasis materno neonatal, con enfoque de género e interculturalidad. 2.- Fortalecer acciones de regulación de la salud, mediante la aplicación del marco legal y normativo vigente de salud Reproductiva en todas las dependencias del MSPAS. 3.- Fortalecer el sistema de información oficial de la salud, vigilancia epidemiológica de la embarazada y vigilancia de la muerte de las mujeres en edad fértil (15-54 años) en identificación de muerte materna, en función de la toma de decisiones para monitoreo y evaluar los programas. 4.- Fortalecer la alianza multisectorial para sumar esfuerzos en la reducción de la mortalidad materna neonatal a nivel nacional y local. 5.- Gestar el presupuesto para las acciones de salud reproductiva, dentro del MSPAS y mejorar la calidad del gasto. 6.- Actualizar e implementar los planes estratégicos territoriales para la reducción de la mortalidad materna neonatal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Estructura disponible (está o no está operando) 2.- Definición del Marco normativo y regulatorio (disponibilidad o no del marco normativo en los CAP o PS); b) Modificación del sistema de información (fortalecimiento o no) 3.- a) Disposición del sistema de Información (es operativo o no, nivel de sub-registro, capacitación del RRHH); b) Uso del sistema en el monitoreo y evaluación de los programas de MM. 4.- Acciones intersectoriales. (Capacitaciones, infraestructura, coordinación de proyectos) 5.- a) Ejecución del gasto (abastecimiento de insumos, estabilidad de contratación, transferencias al PEC); b) Aplicación transparente del gasto (asignado o gastado) 6.- Acciones del Plan estratégico (actualización y ejecución) 	Público/ Alta Prioridad

Fuente: elaboración propia

6.1.1 Ampliar la cobertura y calidad del saneamiento básico

La falta de servicios en el nivel local en las comunidades postergadas de los municipios estudiados, es un denominador común que se relaciona con el difícil acceso por vía terrestre. Las condiciones de infraestructura en la mayoría de comunidades son inexistentes, algunas comunidades contaron con un limitado espacio improvisado donde las mujeres son examinadas estos lugares son llamados “Centros de convergencia”; esto sucedió en las comunidades donde la entrega de servicios de cuidados prenatales se encontró bajo la responsabilidad de los EBS del PEC.

La asignación de fondos para los proyectos de interés municipal tiene dos opciones una por la aprobación desde los Consejos Departamentales de Desarrollo y la otra con el uso de los fondos propios municipales, que en el marco

de la ley requieren vinculación del COMUDE y del Concejo Municipal. Los proyectos que se aprobaron en las dos instancias fueron principalmente para las obras de construcción, atendiendo a la demanda de hacer obras visibles a la población, esta tendencia de invertir en construcción los fondos departamentales y municipales, es un denominador común en los tomadores de decisión, los aspectos sanitarios, fueron relegados a las autoridades de salud identificados en la DAS, excepcionalmente por los efectos de la muerte materna la gestión intersectorial, logró incidir en la aprobación de un proyecto de construcción de “Casa Materna” para la región norte, donde las muertes tuvieron mayor impacto en los últimos años. El siguiente relato de un delegado de gobierno expuso la situación:

“[...]... pensando en drenajes, saneamiento básico, en sistemas de agua muy poco se habla el tema de la necesidad de tratar las aguas hervidas, no son prioridades para la gente. A excepción del agua que es de interés de tener la cantidad y no calidad.”¹⁰⁴

La falta de preocupación por parte de las autoridades para tomar decisiones en torno a la problemática de la muerte materna, se consideró como poco importante en el seno del CODEDE, convocado en el año 2011. Debe resaltar que para la época Huehuetenango en el año 2010 ocupó el tercer lugar de muertes maternas en el país y que el municipio A bajo estudio tuvo el número más alto de muertes a nivel nacional. El espacio para discutir la problemática de atención a la muerte materna paso a un segundo plano, cuando se presentó el tema de la rabia que en ese mismo periodo ocasionó la muerte de 3 niños. Incidir en el plano político a nivel departamental es un reto que requiere estrategias para sensibilizar, a los tomadores de decisión política, desde los aspectos del valor humano con la perdida de una mujer por causas prevenibles.

6.1.2 Extender la cobertura y mejorar la calidad

La aplicación del enfoque de género desde una perspectiva de la normativa y su aplicación en las estructuras de participación social, fue en exceso limitada, por la cultura machista que se recreó en los ámbitos de participación política, donde la mujer se encontró subalterna al hombre. Esta tendencia se presentó con mayor peso en quienes conformaron los concejos municipales,

¹⁰⁴ Dep_DelegadoGobiernoCentral_1

los CODEDE y COMUDE. Ahora bien, se observó una mayor participación de la mujer en la conformación de los COCODE. La limitada participación de la voz femenina en los círculos de poder, también se observó en una débil incidencia política en los entornos locales, para atender la salud materna. En opinión de un delegado de gobierno quien acompañó las actividades del CODEDE lo describió de la siguiente forma:

“[...]... cuando escuchan mortalidad materna se asocia a la muerte de mujeres o lo ven como algo normal que pasa todos los días... [...]”¹⁰⁵

La experiencia de un miembro del COCODE, con formación profesional y liderazgo reconocido a nivel departamental agregó:

“De los cuarenta líderes teníamos dos mujeres y treinta y ocho hombres, entonces vea la proporción. Realmente lamentablemente nuestra cultura es machista, el hombre es el que va a la cabeza y la mujer es el que está en la casa.”¹⁰⁶

Los aspectos de interculturalidad en los servicios de salud, se vinculó a las acciones de pertinencia cultural que desde el año 2010 el MSPAS lo reglamentó. Al respecto se identificó un reto local relacionado con la cultura y la limitación del acceso de la mujer embarazada a los servicios de atención materna. El cual tiene un componen de género, descrito como “la cultura machista” su práctica generalizada en la población se promovió entre hombres y mujeres.

El escenario de las comunidades de pueblos originarios se caracterizó por la tensión que existió entre las acciones machistas reivindicadas en los patrones culturales que se acentúan en la limitación de la toma de decisión de la mujer en su capacidad de autonomía. El escenario de no acceder a los servicios de atención materna de forma oportuna, se mostró con mayor peso en el municipio A. donde su composición étnica correspondió a una etnia, además se tuvo el dato que para el año 2010 el 95% de partos fueron atendidos por comadronas quienes formaron un número de 172 registradas en el CAP. En tanto que en el municipio B tuvo una mayor composición étnica mestiza, por la cual fue más receptiva de acceder a los servicios de salud además de estar más próximas a la cabecera departamental. Los aspectos normativos que

¹⁰⁵ Dep_DelegadoGobiernoCentral_2

¹⁰⁶ Dep_Cocode_1

protegeron a la mujer a través de la Ley para la Maternidad Saludable decreto 32-2010, estableció escenarios de controversias para los prestadores de servicios, en tanto ellos fueron conocedores de la ley y tuvieron en sus manos el contexto cultural machista que limitó el acceso a la atención materna. El siguiente relato fue revelador:

“Ha habido casos que quizá no son muchos donde el esposo ni siquiera estaba ahí en la comunidad el esposo estaba en los Estados Unidos pero a través de una llamada telefónica el esposo dijo: “no la saquen yo voy en camino pero no la saquen, ahí que se quede”. La señora falleció por orden del esposo.”¹⁰⁷

En opinión de quienes conformaron la organización comunitaria, las mujeres por ser ellas quienes vivieron el embarazo y trabajo de parto, tuvieron una necesidad de atención por resolver en las mejores condiciones la atención del parto. La familia tuvo un peso muy importante en la toma de decisión de la mujer, con mayor importancia cuando el conviviente se encontró residiendo lejos. Las dos condiciones antes descritas, caracterizaron el marco subalterno de la autonomía de la mujer para la toma de decisiones. El escenario se hizo más complejo por un lado se tuvo la Ley para la Maternidad Saludable que sancionó las acciones antes descritas, lo cual expuso una realidad local en la cual la ley se encontró en escenarios de poca aplicación de la normativa de acuerdo a los contextos culturales.

Al retraer el tema de la aplicación del marco normativo con enfoque de género e interculturalidad se identificó que existió una fuerte presunción, de que la Ley para la Maternidad Saludable, mejoró el acceso de la atención de la mujer. Para tal fin penalizó el no cumplimiento de la ley a través de una norma que sancionó a: el conviviente, funcionarios y empleados públicos, técnicos y personas proveedoras de servicios de salud materna-neonatal. Otro aspecto que fue señalado para explicar por qué algunas mujeres embarazadas tomaron la decisión de no ir a los servicios de salud fue bajo creencias religiosas, un líder en la entrevista grupal lo expresó de la siguiente forma:

¹⁰⁷ Dep_PrestadorServicios_7

“No reza a Dios y se descuida la mujer y por eso la mujer se muere, entonces y si hay un buen control y si ella le pide a Dios y que también ella se cuida las mujeres no tienen que morir por dar a luz.”¹⁰⁸

La tendencia política para adaptar los cambios técnicos con respecto a la pertinencia cultural de los servicios de salud, fue un hallazgo de campo comentado por un médico coordinador de distrito municipal de salud. Además se identificó un elemento que mostró el nivel de empoderamiento de la mujer para recibir la atención del parto con respecto a la tradición que se practica en la comunidad desde tiempos memorables. En el contexto del municipio C se recabo información de cómo la norma, de la atención con pertinencia cultural, comenzó a fusionarse con los esquemas de tratamiento de la medicina occidental. El mapa político presentó en los indicadores la posibilidad de fortalecer competencias y actualizar al recurso humano sanitario con base al enfoque de género e interculturalidad. Un médico relató lo siguiente:

“Para mí hay cambios de varios tipos, por ejemplo: para los técnicos hace 20 años era una norma hacer la episiotomía; el derecho de la mujer a una atención transcultural, si la mujer quiere que el parto sea arrodillada se está respetando la tradición local.”¹⁰⁹

La capacitación del recurso humano es un reto estratégico para incidir en la introducción de temas que fueron relevantes en los aspectos de interculturalidad. Las comadronas fueron esencialmente las receptoras de las capacitaciones que tanto el personal del modelo de atención tradicional y el modelo de atención del PEC impartieron en sus zonas de cobertura. La forma como se resolvió la capacitación de comadronas fue fortuita, en tanto el responsable de las capacitaciones fue autodidacta. Al cruzar la información cuya fuente fue un Facilitador Regional del PNSR, se identificó que las capacitaciones sobre la norma fueron para el personal del modelo tradicional de salud. Esta realidad mostró la falta de coordinación de un ente rector para el desarrollo de los contenidos con base a criterios de pertinencia cultural e interculturalidad.

En cuanto a los mecanismos de acceso a los servicios de salud la política del gobierno de la UNE fue de ampliar la apertura de los servicios de atención

¹⁰⁸ Mun_A_OrgComunitaria

¹⁰⁹ Mun_A_PresSer_5

en 24 horas. Las acciones se centraron en la ampliación de la contratación de personal, en términos de la calidad de la atención este tipo de acciones no representó el desarrollo de nueva infraestructura. En opinión de un médico con maestría en administración de servicios de salud, a nivel departamental, comentó que existió una política incongruente entre el desarrollo de infraestructura en salud, la composición del recurso humano y la capacidad de resolver las necesidades de salud en la atención materna. A la falta de planificación de la política se adhirieron la ejecución de fondos de la cooperación internacional, él lo comentó:

“[...]... Entonces son salas de atención de parto simple; no tenemos ginecólogo o especialistas pero sí tenemos médicos generales que atienden a la población que demanda servicios y tenemos 14 puestos de salud oficialmente fueron re-categorizados a centros de atención permanentes [CAP] donde se tenía un auxiliar de enfermería y un técnico en salud rural a tener 28 o 35 gentes metidas ahí sin una ampliación de su infraestructura en lo más mínimo y, ahora con fondos de cooperación internacional.”¹¹⁰

Un dato relevante vinculado al análisis político con respecto a la mortalidad materna fueron los aspectos de la educación sexual e información de los métodos de planificación familiar. La experiencia del primer director del programa de Salud Reproductiva en el MSPAS indicó que fue un cambio en la comprensión de la muerte materna y los efectos que tuvo, con anterioridad la ausencia de una estrategia que vinculara la salud materna con el derecho al acceso a los métodos de planificación familiar.

Para el año 2000 se dieron los primeros cambios que se integraron al programa de salud reproductiva, con acciones de vinculación de diversos grupos de la sociedad civil, educación superior y religión católica. Para el año 2001 se inició operaciones en el programa de salud reproductiva con un subprograma de planificación familiar, maternidad y paternidad responsable. Lo cual requirió la capacitación y divulgación de las acciones con los jefes de área de salud. La muerte materna dejó de ser considerada como un número más que se reportó, y se construyó una noción más compleja de los factores que incidieron en la muerte materna.

¹¹⁰ Dep_PrestadorServicios_3

Los mecanismos de referencia desde la comunidad a los niveles de servicios de atención en salud materna, fue un reto para el gobierno de la UNE, entre las estrategias utilizadas en los medios, el discurso político se caracterizó por divulgar la ampliación de los horarios de atención y la gratuidad de los servicios. El efecto de la ampliación de horarios de atención, no considero las características que tiene un problema de salud de emergencia, de tal forma que el personal contratado no tuvo la capacidad de resolución ante la demanda de las necesidades en salud, entre otros aspecto se señaló la falta de planificación para atender la alimentación de las pacientes cuando eran ingresadas a los servicios como el CAP o CAIMI, pues no se pensó en esas necesidades básicas de alimentación. El funcionario lo expone:

“[...]... atención permanente, abiertos las 24 horas los 365 días del año, los políticos pensaron que los servicios no necesitaban mayor capacidad resolutive (en equipamiento) que no fuera atención de consulta externa y atención de emergencia, estabilización y referencia. [...]... Entonces en esas condiciones son los partos atendidos por personal institucional, pero no estamos brindando mucha calidad, existe una discordancia entre la capacidad resolutive que deberían tener los servicios y lo que en realidad tienen.”¹¹¹

6.1.3 Fortalecer el desarrollo del recurso humano en salud

En el mapa político se identificó la meta de fortalecimiento del MSPAS a través de las acciones de las capacitaciones en coordinación de los proyectos. El escenario actual mostró la debilidad con la cual se desarrolló las actividades de capacitación que dejan al margen al personal del PEC. Diversos actores del nivel central y departamental, señalaron la no inclusión de los EBS en las capacitaciones coordinadas por el MSPAS, entre las justificaciones se expuso la alta movilidad que tiene el recurso humano de los EBS.

Los temas de capacitación que se coordinan desde SEPREM y la OMM se procuraron desarrollar temas de actualidad dirigidos a los adolescentes, este tipo de talleres se vinculó con los establecimientos educativos, entre las preocupaciones resaltó el embarazo en niñas y los riesgos de muerte materna, estos temas se fundamentaron con base a las estadísticas locales. Estas instituciones promovieron el funcionamiento de la Red de maternidad y paternidad responsable en el nivel departamental. Un funcionario lo relató:

¹¹¹ Ídem

“La otra forma es que desde la red de maternidad y paternidad responsable de aquí en Huehuetenango se ha generado información entonces como que hemos tratado de estar al día actualizados en la información que genera cada instancia.”¹¹²

El PNSR orientó acciones en la capacitación del recurso humano, sin embargo, la lectura de estas acciones después de casi una década de funcionamiento no muestra resultados concretos en cuanto a criterios de evaluación en la calidad de la atención. El mejoramiento del desempeño del recurso humano se relacionó con aspectos actitudinales en cuanto a la entrega de servicios a la mujer embarazada.

La capacitación como una estrategia para incidir en el número de embarazos tuvo un efecto observado en la comunidad por la reducción del nacimiento de niños. Los actores que se identificaron como educadores fueron el técnico en salud rural, el trabajador social, los educadores en salud y los asistentes en información. Este efecto sucedió por el cambio que tuvo las nuevas generaciones con mayor educación puesto que *“Anteriormente hablar del tema de salud y especialmente salud sexual a las mujeres y especialmente a las señoritas para nuestras mamás de antes eso era un pecado. En cambio en los tiempos actuales ya las adolescentes las señoritas ya tienen educación e incluso ya las enfermeras u otras instituciones han dado capacitaciones”*.¹¹³

El efecto, de las capacitaciones en algunas de las comadronas les confirió un nivel de empoderamiento, en cuanto a la utilización de nuevas técnicas que fueron fáciles de incorporar en la práctica de la atención materna, por un lado la atención del parto limpio y seguro, y por otro, la identificación de las 4 demoras. El empoderamiento en algunos casos se manifestó en que fue parte de los servicios de salud del MSPAS.

Las dificultades más frecuente para los encargados de capacitar a las comadronas fue la movilización desde los lugares de origen de las comunidades a los puntos de capacitación, situación que se limitó por dos factores: a) recurso económico y; b) la disponibilidad de transporte. Además del volumen de comadronas que en talleres masificados participaron más de 100 comadronas lo

¹¹² Dep_DelegadoGobiernoCentral_2

¹¹³ Mun_A_OrgComunitaria

que representó una dificultad en la transferencia de información con técnicas de educación apropiada. Otro factor limitante en la capacitación de grupos grandes fue la composición lingüística. Como se indicó antes los contenidos de capacitación, no obedecen a un programa estructurado desde el nivel central, las mediaciones pedagógicas de aplicación del conocimiento corresponden a iniciativas locales. Un coordinador municipal de salud lo comentó:

“Anteriormente se venían todas las comadronas como unas 140 o 150, como ya se descentralizo cada puesto capacita a sus comadronas y en un centro tiene como a 25 comadronas. Ellos utilizan un manual por iniciativa del Paramédico I, quien lo fotocopia y de allí saca los temas de formación, esta iniciativa se está replicando con los educadores y enfermeros auxiliares de los Puestos de Salud. Como [las comadronas] no saben el manejo del reloj aplican el uso de la luz del sol para contabilizar las horas de dilatación con el objeto de no alarmar como un parto lento. Para la salida de la placenta se les instruye que soliciten a un familiar de la paciente que tiene el reloj para que se estime el tiempo de expulsión.”¹¹⁴

El contexto lingüístico de los lugares de estudio fue el siguiente: en el municipio A se hablan 2 idiomas con un predominio del idioma local; en el municipio B se hablan 2 idiomas con predominio del idioma español y; en el municipio C se hablan 5 idiomas cada grupo con dominio del idioma local maya. De allí que una estrategia que inició en el municipio con mayor número de puestos de salud es movilizar al personal sanitario responsable para la diseminación en grupos pequeños de comadronas, donde el enfermero o el educador hablan el idioma local.

De conformidad con el tipo de modelo de atención que opera en las comunidades se diferencia el apoyo que recibió la comadrona para asistir a las capacitaciones. Por un lado, se tuvo el modelo tradicional que convocó a las comadronas cuya proximidad con los servicios de salud le permitió acceder a los centros de capacitación. Por el otro, se tuvo el modelo del PEC donde las circunstancias de difícil acceso fueron las que caracterizaron a las comunidades, las comadronas residentes en estas comunidades, recibieron un estipendio de Q50.00 equivalente a USD\$ 6.33 para asistir a las capacitaciones programadas por el PEC. Ahora bien, la tendencia del municipio A y B fue

¹¹⁴ Mun_C_PresSer_3

de hacer llegar a todas las comadronas al casco urbano municipal, en el caso del municipio C la estrategia como se comentó es de aproximar las capacitaciones a las comunidades.

En los mecanismos para el fortalecimiento del recurso humano, se identificó la necesidad de incidir en las competencias y actualizar al recurso humano, en el cumplimiento de las prácticas de medicina basada en evidencia en temas de salud sexual, reproductiva y atención materna neonatal en los tres niveles de atención utilizando técnicas innovadoras, con enfoque de género e interculturalidad, el escenario de los municipios visitados se mostró con acciones limitadas en el municipio A y B. Por el contrario en el municipio C se identificó la incorporación de una sala de atención de parto vertical además de contratar al recurso humano que habla el idioma local.

Existió un claro menosprecio al conocimiento ancestral de las comadronas por parte de profesionales de la salud, tanto en el nivel municipal como central, quienes identificaron a las acciones de pertinencia cultural como una intromisión de barrera en el MSPAS. Desde el nivel municipal hubo expresiones de indiferencia al papel que ejercen las comadronas por parte de algunos médicos. En el nivel central se generó la Unidad de Pueblos Indígenas y Pertinencia Cultural, la cual tiene como misión generar las estrategias de aproximación de los terapeutas al sistema de salud y viceversa, propiciar condiciones de aceptación a las formas tradicionales de la cultura local de resolver la atención materna. Al respecto un funcionario público, del nivel central, expresó la dificultad que se generó como una barrera por la apertura de dicha unidad en el MSPAS. Incluso emitió una opinión donde descalificó la forma como desde la cosmovisión maya se auto identifica la comadrona en su designio por ejercer su rol como terapeuta tradicional en la comunidad.

“[...]... constantemente ella [la responsable] está dando capacitación al personal de las áreas de salud, para que les den capacitación a las comadronas en la atención de las usuarias. Lo que ha generado una barrera a raíz de que se ha dado mayor apertura a los atención de los pueblos indígenas y que ya tenemos gente metida en el ministerio que se dedica a ver la interculturalidad y la pertinencia. Tenemos la gran barrera que ahora se dice que las comadronas iluminadas, no necesitan ser capacitadas porque ellas son comadronas no porque quisieron serlo sino que fueron iluminadas y como fueron iluminadas fueron

llenas de sabiduría para ser comadronas, entonces si fueron iluminadas no necesitan conocimiento, porque ya lo adquirieron, entonces es una de las barreras que se tiene a nivel de ministerio de salud.”¹¹⁵

El efecto de la descentralización de los procedimientos administrativos para la contratación de personal, acorde a la política de ampliación de horarios de atención en los servicios de salud, sucedió en un proceso desordenado, caracterizado por el tráfico de influencias partidista. Los diputados departamentales encontraron los mecanismos para ubicar a sus a llegados, este hecho social expuso la falta de mecanismos de coordinación de una política de gobierno central y el efecto sin precedentes que tuvo en su aplicación en el nivel departamental, lo cual generó una crisis en la planificación de la DAS del propio MSPAS. Entre los indicadores del mapa político se resaltó la necesidad de la creación de la carrera administrativa del funcionario sanitario, que hubiera frenado la política discrecional de contratación. El siguiente relato lo expone:

“Teníamos [en la Dirección de Área de Salud] una planificación, lo que hizo [la política] fue venir a abrir indiscriminadamente servicios de salud, nos trajo una crisis económica y una crisis institucional, bien grande donde se saturó con personal donde no debía de haber. [...]... los diputados que tenían mucho mayores compromisos políticos a nivel local, entonces empezaron a ofrecer plazas a diestra y siniestra y muchas veces sin un perfil adecuado. Entonces ha sido esas dos situaciones, haber abierto servicios re categorizados, servicios sin apegarse a la planificación que teníamos previamente y sin un fundamento presupuestario y el haber dado plazas sin el perfil adecuado lo que nos ha tenido en esta crisis.”¹¹⁶

El efecto de la saturación de recurso humano en los servicios de salud derivado de la política con la cual opero el gobierno anterior de la UNE también generó la no atención de otras necesidades, por ejemplo cinco digitadores donde únicamente se tuvo una computadora. Las iniciativas locales de incidir en la atención a las necesidades de ordenar la ubicación del recurso humano con base a criterios de productividad, coordinación y aplicación de normas, no fue posible por las acciones gremiales de los médicos en el nivel local, la percepción del desorden se derivó desde la no aplicación de normas en el nivel central:

¹¹⁵ Central_PrestadorServicios_2

¹¹⁶ Dep_PrestadorServicios_3

“[...]... así viene desde el nivel central, sabemos que la gente no aplica normas de atención, sabemos fehacientemente que así es. [...]... Hicimos una evaluación, pero prácticamente nunca vio la luz porque antes de que eso se considerara para realizar cambios que realmente son necesarios en el área de salud, ya teníamos el gremio médico encima, justificando mil y una situaciones, entonces no se ha hecho, a partir de ahí nosotros sabemos que existen brechas pero no tenemos un dato bien conciso.”¹¹⁷

El efecto de la ubicación de personal sanitario bajo criterios de filiación política a principios del gobierno de la UNE, promovió un incremento en gasto por pago de salarios. Además en los registros de productividad en la entrega de servicios de atención no se reflejó el efecto esperado en los indicadores de los programas de salud del modelo tradicional. Con el cambio del responsable de la Dirección del SIAS se inició un proceso de aplicación de un instrumento para evaluar el costo de algunas de las atenciones en salud, entre ellas la atención del parto, esta iniciativa fue para paliar la saturación de personal y la baja productividad con acciones en la reorganización del recurso humano en los servicios de salud del primero y segundo nivel de atención. Entre las DAS que aplicaron los instrumentos de evaluación estuvo Huehuetenango donde se consideró como una acción que podría dar respuesta a la optimización del recursos humano en salud. Un funcionario del MSPAS lo expreso:

“La aplicación del instrumento fue para los departamentos donde había prioridad de hacer el análisis del costo de la atención para reorganización al recurso humano. Entre los departamentos que aplicaron el instrumento estuvo Huehuetenango. Esta fue una iniciativa de la Dirección del SIAS. El Director me comento que con la aplicación del instrumento se tendría fuertes críticas... [...]. Un sector que se pronunció fue el sindical quienes no estaban de acuerdo en la evaluación.”¹¹⁸

6.1.4 Fortalecer el MSPAS para la atención de la salud reproductiva

El definir y oficializar la estructura de los servicios de salud por niveles de atención y cartera de servicios para la salud reproductiva tuvo retos pendientes por resolver en todos los periodos de gobierno. La permanencia del modelo del PEC fue un hecho concreto sobre la ausencia de servicios en la población atendida por las ONG´s. De las fuentes primarias se recabaron

¹¹⁷ Ídem

¹¹⁸ Central_PrestadorServicios_3

datos sobre las dificultades que tuvo la aplicación de la norma del primero y segundo nivel de atención del programa de salud materna: a) falta de equipamiento e insumos en los CAIMI y CAP; b) falta de anestesiólogo y obstetra en el CAIMI. Estas deficiencias del sistema de servicios de salud generó un efecto de cascada en dos formas: a) el servicio que realmente otorgó el CAIMI es equiparable a un CAP y; b) el no cumplimiento de la norma para hacer las referencias de las pacientes como indica el manual desde un CAP a un CAIMI y desde el CAIMI al Hospital por la falta de insumos. El facilitador departamental lo describe:

“Los CAIMI tienen capacidad de resolución para hacer una cesárea, se pueden atender emergencias obstétricas. Las limitantes del CAIMI es que en todo el país hay como dos o tres CAIMI que están funcionando, porque los demás no han podido contratar anestesiólogos, ni obstetras. En la actualidad el 85 o el 90% de los CAIMI están funcionando como CAP, sólo para atender parto normal porque no hay recurso para contratar.”¹¹⁹

La falta de aplicación de normas para llenar los estándares en las características de la infraestructura que se desarrolló con la política que intensificó el gobierno de la UNE para ampliar los horarios de atención, fue utilizado de forma discrecional, donde no hubo coordinación de la DAS para cursar las gestiones al nivel central. De tal forma, que los lugares considerados como puestos de salud y el CAP no llenaron las características para la entrega de servicios. Este escenario se describió por un funcionario del nivel departamental:

“No hay ese presupuesto y entonces hay lugares que idearon como [menciona el municipio] que como le llamaron CAP entonces ellos lo que hicieron fue hacer sus cuartitos y poner sus sabanitas e hicieron su separación de cuartos. En [otro municipio] se utilizó una bodega en pésimas condiciones metieron allí sus camillas y ellos mismos pusieron allí sus separaciones para atender partos, entonces son servicios de salud donde no tienen la infraestructura. Por ende todos los servicios de salud atienden partos, sí pero no tienen el lugar adecuado para la atención de los partos.”¹²⁰

El mapeo político acentuó la coordinación de proyectos, el uso de un sistema de monitoreo y evaluación de los programas de atención materna. Al respecto las condiciones que se observó entre los municipios estudiados difirieron

¹¹⁹ Central_PrestadorServicios_1

¹²⁰ Dep_PrestadorServicios_2

en cuanto al papel que jugó el coordinador municipal en el seguimiento y evaluación de las ONG's prestadoras de servicios. En el nivel departamental en la Dirección de Área de Salud se contó con 2 personas contratadas para dar monitoreo y evaluación de los indicadores que se aplicaron en el modelo del PEC, aunque el monitoreo se restringió a la recepción de los instrumentos de registro de indicadores que fueron revisado en escritorio, esto sucedió por la falta de recurso asignado para tener los medio de transporte y hacer las visitas correspondientes.

Uno de los criterios de evaluación y monitoreo que aplicó el Coordinador Municipal de Salud con base en el modelo tradicional, fue la identificación de las embarazadas y los 4 controles conforme a la norma. Desde el nivel departamental se indicó que los EBS del modelo del PEC entregaron informes a nivel de la coordinación de distrito municipal de salud, al respecto el responsable indicó no saber cuáles son los instrumentos de vigilancia y evaluación que utilizaron las ONG. El funcionario lo indicó:

“En las ONG sus instrumentos, de vigilancia y de evaluación, son otros. Y hasta las evaluaciones que hacen anteriormente creo que solo con hacer [algunas acciones] ya les estaban poniendo los cien puntos. Yo no domino bien el tema, pero si controlo que los parámetros de evaluación eran muy bajos no estaban pidiendo los cuatro controles prenatales en embarazadas.”¹²¹

Entre los mecanismos que el mapeo político identificados como positivos fueron el fortalecimiento de alianza multisectorial para sumar esfuerzos en la reducción de la mortalidad materna y neonatal a nivel nacional y local. El gobierno de la UNE promovió la entrega de víveres en la llamada “bolsa solidaria”, con el cambio de gobierno el programa perdió continuidad y dejó un sentimiento adverso en los trabajadores locales del modelo tradicional quienes suministraron este tipo de ayuda. En el actual gobierno a finales del año 2012 se impulsó el programa “Hambre Cero” el cual también llevó una bolsa de víveres llamada “bolsa segura”. Las opiniones de los actores locales fueron diversas entre ellas se resaltó los efectos positivos en las beneficiarias del programa de ayuda. No así en los trabajadores del modelo del PEC quienes mostraron que las acciones de los programas de alimentos fueron una carga

¹²¹ Mun_C_PresSer_1

en las actividades que desarrollaron, entre ellas el llenar los instrumentos de registro del programa. Un enfermero indicó el aspecto positivo:

“[...]... reducir la mortalidad materna igual hay programas también que existen ahora como el programa Hambre Cero que se está priorizando en las localidades con todas las mujeres así con desnutrición Embarazadas que están en un grado de desnutrición entonces lo que trata este programa de hambre cero es captar a esas mujeres para poderles ayudar con alimentos complementarios para que no tenga ningún problema al momento del parto... [...]”¹²²

La disposición del sistema de información oficial de la salud y la vigilancia epidemiológica de la mujer embarazada y la muerte de las mujeres en edad fértil fueron esenciales para la evaluación de los programas contra la mortalidad materna. En tal sentido, el avance del sistema de información en las autopsias verbales representa una herramienta que cada vez tuvo mayor aceptación para la delimitación de las debilidades del sistema. Sin embargo el sub-registro y la tendencia irresponsable de los funcionarios de nivel central por ocultar la realidad del número de muertes, lo llevó a exponer en el plano público información divergente a la realidad de los datos. Entre ellos se encontró la información que el OSAR¹²³ público y cuya confirmación se realizó con las redes que operan en todos los departamentos, frente al informe de gobierno que presentó cifras menores.

“Lamentablemente el ministerio de salud es como el más cuestionado siempre porque ahí es donde se contabiliza, las muertes, embarazos en adolescentes, crisis hospitalarias, muchas cosas que tal vez al ministerio no le corresponde pero sin embargo como ahí se da la muerte es más fácil verlo dentro de su ubicación.”¹²⁴

La vigilancia epidemiológica como medio para fortalecer el sistema de información oficial del MSPAS para la atención de la salud reproductiva, desde el análisis del mapeo político representó un tema de la agenda pública, que se centró en dos indicadores: a) superar el sub registro de las muertes materna para lo cual propuso la capacitación del recurso humano y; b) aplicación en el sistema de monitoreo y evaluación de los programas de mortalidad materna.

¹²² Mun_C_PresSer_5

¹²³ El sistema de información en Salud Reproductiva se puede acceder por el siguiente enlace Web:
<http://www.osarguatemala.org/sites/default/files/osar.swf>

¹²⁴ Central_Soc_Civil_2

Entre las acciones que se impulsó del nivel central, estuvo el reporte diario que no fue efectivo por lo cual se instituyó un reporte semanal, este sistema de reporte después de un año de operar en el área de salud, por orden del nivel central se quitó.

El efecto que tuvo el alto número de muertes en el departamento llevo a la incorporación y funcionamiento del comité de análisis de muerte materna, para lo cual la cooperación técnica internacional les apoyo con la metodología del análisis de los eslabones críticos. La importancia de la aplicación de la metodología fue la vinculación del personal de salud responsable en la entrega de servicios del primer nivel, para lo cual si la muerte sucedió en las áreas del PEC los EBS responsables fueron invitados a participar del análisis en la DAS con el comité de análisis de muerte materna. Esta metodología permitió identificar las fallas en el sistema para la atención de la emergencia obstétrica. La aplicación de la autopsia verbal por parte del departamento de epidemiología para la identificación de las causas de muerte, fue en ocasiones limitado el ejercicio de un agente externo al municipio donde ocurrió la muerte; esto como medida en reacción a la identificación de quienes tuvieron algún nivel de responsabilidad. Un funcionario expone:

“Lo de los eslabones críticos de esa metodología es importante porque es parte de lo que trabajamos nosotros el año pasado y es básico para disminuir la muerte porque nosotros hasta el año pasado habíamos empezado a trabajar el año antepasado el análisis de la mortalidad materna pero a partir del año pasado empezamos a traernos a todos por ejemplo si se moría una señora allá en la comunidad nos trajimos al equipo básico en salud y nos trajimos al coordinador en salud a todo el grupo, eso es parte de la metodología.”¹²⁵

“Yo siento que ha habido hasta cierto punto como que desespera todo esto, desanima, yo les decía a ellos en una reunión el hecho de haber bajado de 100 muertes a 88, [reducir] 22 muertes era un logro no para nosotros, para el programa incluso para el servicio de salud y para el ministerio que con el poco recurso que tiene son cuestiones de actitud las que marcan digamos que una persona viva o muera, y muchas veces no necesariamente por el recurso de hospital o de clínicas, sino la actitud de buscar a la gente de llegar hasta donde vive y de referirlo, allí están todas las ambulancias.”¹²⁶

¹²⁵ Dep_PrestadorServicios_2

¹²⁶ Ídem

El registro de muertes maternas se presentó en el año 2008, 2009 y 2010 por las mejoras que se implementaron en la vigilancia de la muerte materna. La aplicación del instrumento ProCONE permitió un mejor seguimiento en las acciones comunitarias y de la consulta externa. Los mecanismo de prevención del Riesgo Sanitario para la atención materna, se relacionaron al llamado “plan del parto” y el “plan de emergencia”, los cuales se promovieron desde el nivel local. El siguiente relato lo expone:

“En algunas comunidades sí hay organización a través de las comisiones de salud, estas comisiones de salud tienen que fortalecer lo que es la vigilancia epidemiológica, por supuesto que muy a su nivel de la embarazada y a través de lo que es el plan de parto, el establecimiento del plan de emergencia y también tendríamos que abordarlo desde el punto de vista de la situación de una referencia de manera oportuna.”¹²⁷

Los mecanismo de prevención del personal sanitario fueron una agenda que ocupó tres niveles: a) privada con la participación de las ONG’s del EBS quienes fueron la instancia próxima a nivel local en las comunidades postergadas; b) pública quienes accionaron la participación de las comisiones de salud y el personal de los puestos de salud para la movilización de las pacientes en las comunidades de difícil acceso y; c) política, se identificó una fuerte participación del alcalde del municipio A para apoyar con el recurso económico para el pago del transporte de la mujer con emergencia obstétrica. Las estrategias para poder planificar y tomar las medidas de previsión, fue una fortaleza en las acciones que realizó el EBS del PEC, por el contrario los servicios del modelo tradicional no incidieron en la previsión de los planes de contingencia para atender la emergencia obstétrica. Al indagar sobre el aporte del PEC en los temas de atención materna se explicó que:

“La primera ventaja la tendríamos en el control pre-natal, es más la respuesta que se encuentra cuando usted le pide a extensión de cobertura que tiene que tener elaborado un censo, un croquis que le permita visualizar donde están las mujeres embarazadas, un informe que le diga cuáles son las fechas probables de parto para poder establecer una vigilancia epidemiológica; muchas veces esto no se tiene a nivel de los servicios institucionalizados del Ministerio.”¹²⁸

¹²⁷ Dep_PrestadorServicios_6

¹²⁸ Ídem

La consideración de poder gestar el presupuesto para las acciones de salud reproductiva y mejorar el gasto del MSPAS, como un mecanismo derivado que se identificó en el análisis político, de acuerdo a la forma que opera la planificación en el nivel de la DAS, en los últimos cuatro gobiernos no correspondió a una planificación estratégica. Un funcionario lo explico:

“Nunca se ha determinado a nivel municipal o sea lo que se hace, obviamente se supone que un POA es una programación operativa que responde a planificación estratégica previa. El ministerio de salud no ha sido así, verdad. Simple y sencillamente ya están los renglones hacia donde se va a dirigir el gasto y en un momento dado se le pide a los distritos que participen en esa planificación donde ellos vienen y colocan los insumos que necesitan, medicamentos, combustible, llantas para moto, todo, pero jamás es tomado en cuenta. Al final sólo es un proceso de planificación como documentar las necesidades, pero nunca la asignación presupuestaria en función a esto.”¹²⁹

Los problemas financieros de transferencias para la sostenibilidad y garantía del funcionamiento de las operaciones del modelo del PEC, tuvo atrasos en los desembolsos, uno de los más prolongados tomó 6 meses. Las condiciones de contratación del personal tuvo variaciones: la modalidad de contratos temporales, sin garantía de la cobertura de prestaciones laborales como el pago del seguro social, al cual todo trabajador tiene acceso por ley. Este último hecho social puso en evidencia las malas condiciones de contratación en las cuales fueron reclutados los EBS del modelo del PEC. Las condiciones de desventaja fueron una queja continua ante los líderes sindicalistas de los trabajadores de salud. Un líder sindicalista indicó la forma inhumana como fueron contratados los trabajadores que prestaron los servicios en las comunidades más postergadas, citó el caso de las denuncias de mujeres embarazadas que no tuvieron el acceso a las prestaciones de ley.

La falta de garantía en el tiempo que fueron los desembolso para las ONG's en algunos casos fueron paliados con los fondos que estas recibieron por concepto de proyectos que provinieron de fondos de fuentes externas. A esta modalidad un funcionario de planificación del MSPAS le llamó “doblete” explicando como las ONG's con mayor capacidad de gestión en ocasiones lograron hacerse de un doble ingreso por un aparente desarrollo de proyecto que justifican a la cooperación internacional. Mientras tanto la forma de

¹²⁹ Dep_PrestadorServicios_3

fiscalizar los fondos operados por parte del MSPAS que fueron exentos del pago de IVA, generaron la facturación para los fondos externo. Un prestador de servicios municipal lo comentó:

“La extensión de cobertura a su personal lo contrata con la advertencia que los desembolsos de dinero para pagarles se hace cada 3 o hasta 6 meses en cada desembolso entonces allí sí que cuando reciben su dinero lo estiran lo guardan para que puedan subsistir otros 6 meses. Pero por eso hay también mucha rotación de personal porque cuando ya no aguantan se van.”¹³⁰

Es difícil establecer el recurso económico ejecutado en salud en el nivel departamental, desde el MSPAS se asignó a la DAS 79 millones de quetzales. El cual se incrementó con transferencia cuando los insumos se agotaron en partidas que fueron negociadas desde la DAS y la presión sindical en el nivel central. Además de esos recursos se contó con fondos de la cooperación internacional y la cooperación técnica internacional a través de proyectos donde ellos administran los fondos. Lo relevante de la información es el porcentaje de asignación que tuvo en el presupuesto la cantidad destinada al pago de personal en un 94%. Un profesional en Administración lo expresó:

“Entonces como área de salud y, a través de la gestión, logramos incrementar aproximadamente a 113 quetzales si mal no recuerdo per cápita, por habitante y por año, pero con financiamientos de otro tipo, por ejemplo, el apoyo de cooperantes externos como Fondo Mundial, como Banco Mundial, como AID, que muchos de ellos no se suman con aporte económico pero sí con asistencia técnica. También se cuenta con la cooperación coreana, japoneses, la cooperación sueca que es la que más aporta económicamente, fondos locales como el CODEDE que nos asigna plata para funcionar, los fondos asignados a las municipalidades también en sector salud, que todo eso se va sumando, pero le van incrementado el financiamiento a la salud; aunque también definitivamente esos 79 millones de quetzales, casi me atrevería a decirle que un 94% es para pago de recurso humano, entonces lo que nos queda para promoción de la salud es 0.”¹³¹

La auditoría social se ejerce desde el nivel de participación social con el liderazgo local cohesionado entre los miembros de la comisión de salud, entre ellos la comadrona, es ella precisamente como poseedora del conocimiento ancestral quien puede calificar las acciones de EBS. En las comunidades atendidas con el

¹³⁰ Mun_B_PresSer_1

¹³¹ Dep_PrestadorServicios_3

modelo del PEC el papel preeminente en cuanto a la atención materna reca-
yó en las comadronas. Los comentarios de responsabilizar a las comadronas
de las muertes estuvieron presentes en las opiniones de algunos del personal
sanitario del MSPAS, se indicó que fue un problema de tipo “cultural” donde
se identificó a las comadronas implicadas.

La rendición de cuentas en los municipios de estudio tuvo una expresión no-
table en el municipio A, donde en el año 2011 y 2012 la presión social contra
los EBS fueron las denuncias de falta de cumplimiento en la entrega de ser-
vicios en las comunidades. El peso de la organización social y auditoría social
requirió la intervención de la DAS para mediar la resolución de conflicto.
Desde la ONG responsable de la cobertura se procedió a cambiar al personal
del EBS. Ahora bien desde la DAS se inició una evaluación de productivi-
dad como una estrategia para hacer frente a la forma desenfrenada como se
sucedieron las contrataciones antes expuestas, donde se saturó de personal
algunos servicios, que por su proximidad a la cabecera departamental fueron
los lugares con mayor personal contratado. El efecto más abrumador que se
identificó con la evaluación fue la deducción del costo que tuvo la atención
de un parto valorado en Q 200,000.00 es decir USD \$ 25,316.45 con una
conversión de una tasa de Q 7.9 por USD \$ 1.00. El efecto de esta evaluación
tuvo como consecuencia el retiro del Director de la DAS quien fungió por
25 años como funcionario del MSPAS de los cuales estuvo 8 en la dirección:

“Yo les estaba dando ayer la producción de los servicios, y tenemos servicios donde han
atendido un parto en lo que va del año (un semestre), servicios que tienen 4 médicos, 4
enfermeras graduadas y 8 enfermeros auxiliares que cada parto nos viene saliendo como
en Q 200,000.00 al mes (en USD \$ 25,252.00).”¹³²

Los planes departamentales impulsados desde la SEGEPLAN se conocieron
en el año 2007, para la reducción de la mortalidad materna, fueron estudios
con apoyo intersectorial, con base a la planificación estratégica. El plan en su
composición integro a los actores sociales vinculados al tema de la mortali-
dad materna, con acciones muy concretas en una planificación con un marco
lógico, objetivos estratégicos y presupuesto. El plan no fue un instrumento
de gestión para la asignación de presupuesto.

¹³² Dep_PrestadorServicios_2

6.2 Actores de la salud materna en Guatemala

El mapa de actores políticos contiene la caracterización de grupos, individuos e instituciones quienes mostraron capacidad para incidir en las metas de política o de alguna forma tuvieron el potencial de acciones que les vincularon a la atención de la salud materna con nexos en la disminución de la mortalidad materna. El dato fuente para la matriz de análisis utilizó información recabada en las fuentes documentales que construyeron el contenido político con base a una descripción de la evolución de los procesos políticos y las entrevistas de campo. La matriz organiza la información de acuerdo a datos generales como: nombre del actor; el nivel geográfico político y; sector al cual pertenece el actor.

En cuanto a la valoración de la Posición y Poder, se utilizó una escala numérica del programa PolicyMaker, con base en preguntas pre-establecidas que por defecto estableció un sistema de ubicación entre -7 (Alta oposición) a 7 (Alto Apoyo), con intervalos de 2 unidades. La asignación de la posición se tradujo en el caso de la Posición a los niveles: Bajo Apoyo, Medio Apoyo, Alto Apoyo o No-Movilizado. El poder tuvo tres niveles: Bajo, Medio o Alto (186). Las preguntas exploraron en La posición política qué tan fuerte fue el compromiso de los actores con respecto a la política y qué porcentaje de los recursos totales de los actores se comprometieron a trabajar en la política. Por su parte, el poder exploró la disponibilidad de recursos en cuanto a: importancia financiera; significativa en la organización y en lo simbólico; el acceso fácil y directo en la toma de decisiones y medios de comunicación (186).

Se observó que el mapa identificó tres niveles en los cuales las interrelaciones de los actores sociales con respecto a la posición de la política y las fuentes de poder en torno a los programas contra la mortalidad materna, a) nacional; b) departamental y; c) municipal. Se observó que 6 de los actores se encontraron en el sector gubernamental, de los cuales 3 correspondieron al nivel departamental. El sector social y gubernamental se encontró en los tres niveles de análisis. El número más alto de actores identificados fue de 6 en el nivel municipal y de 5 en los otros dos niveles. (Ver Tabla 6.2 y Figura 6.1)

Se observó que los actores del nivel nacional tuvieron más poder que los actores locales pero no apoyaron de manera significativa la política del plan para la reducción de la mortalidad materna. Al observar el nivel nacional los Diputados y Grupos Feministas ocuparon tanto la posición y poder, en la escala de Alta. Este nivel de información contrastó, con los elementos recuperados, en cuanto a la incidencia política que tuvo los grupos feministas para colocar en la agenda política la problemática de los derechos sexuales y reproductivos. Los grupos feministas desde los años sesenta iniciaron la abogacía en el terreno internacional que paulatinamente permeó las políticas de desarrollo social en Guatemala, la mujeres organizadas para la lucha de derechos tuvo en su discurso el peso social que tuvo la muerte materna para resaltar las condiciones de desventaja en el marco político. La incidencia política ganó un terreno legislativo fundamental incidió en el grupo de mujeres Diputadas para colocar en la agenda legislativa los avances que en materia de salud sexual y reproductiva, se lograron. (Ver Tabla 6.2 y Figura 6.1)

Siempre en el nivel nacional la posición del MSPAS aun cuando tuvo un Alto poder, la movilización de recurso fue Bajo, en tanto la responsabilidad social le colocó por mandato constitucional como garante de la salud de las guatemaltecas. El nivel de responsabilidad del MSPAS, se caracterizó por su rol en la toma de decisiones para administrar los recursos en salud, así mismo en la posibilidad de emitir los aspectos normativos que condujeron las acciones del nivel operativo. Entre esos aspectos se encontró la responsabilidad del SIAS para la contratación de las ONG's responsables en la entrega de servicios en el nivel local. (Ver Tabla 6.2 y Figura 6.1)

Los grupos organizados de base comunitaria del nivel municipal con la mayor responsabilidad para ubicar los recursos necesarios en la atención de la salud materna y las emergencias obstétricas tuvieron medio poder y no están totalmente movilizados para cumplir con la política de salud materna. Entre las acciones no reguladas y de alto peso en la responsabilidad de la atención materna no se identificaron los aspectos de norma alguna y al responsable local de promover en los grupos organizados de base comunitaria a las comisiones de salud. Los actores locales como la comadrona y las Comisiones de

Salud fueron los de menos poder y mayor responsabilidad sobre la atención de la salud materna. (Ver Tabla 6.2 y Figura 6.1)

Los actores que tuvieron más poder por su mayor responsabilidad fueron los de menor poder y de menores recursos políticos para el alcance de la política. En términos de incidencia política se observó una clara tendencia del ejercicio vertical de la política de salud materna. Se observó que las acciones derivadas desde el nivel departamental por parte del CODEDE fueron las de mayor peso e incidencia social, en la conformación de las comisiones de salud en los municipios de Huehuetenango. Una cantidad importante de los recursos que se movilizaron para apoyar la salud materna fueron recursos comunitarios, lo cual fue un tema de falta de equidad en el diseño de la política, al considera que los que tuvieron menos poder, menores recursos fueron los que tienen que generar mayores cambios en los indicadores de la atención y mortalidad materna. En cambio que los del nivel público fueron los que tuvieron menos presencia en el nivel departamental, los registros estadísticos mostraron que del 70 % al 80 % los partos fueron atendidos por comadronas. (Ver Tabla 6.2 y Figura 6.1)

En el caso de la DAS la lucha de poder entre los diputados departamentales con mayor influencia, se observó a través del cambio de 3 directores en la DAS en un periodo de 5 meses en el año 2012. El nivel de influencia de poder político llevó a la asignación de plazas con salarios equiparables al de un profesional en personal de limpieza. Así como al reemplazo de un profesional con grado de maestría por personal con un semestre de formación universitaria. Los diputados departamentales apoyaron la saturación de personal en lugares próximos al casco urbano departamental. (Ver Tabla 6.2 y Figura 6.1)

Tabla 6.2 Mapa de actores en la mortalidad materna en Guatemala

Nombre del actor / (Abreviación)	Nivel	Sector	Posición	Poder
Consejo Departamental de Desarrollo (CODEDE)	Departamental	Social	 Bajo Apoyo	 Alto
Casa Materna (CasaMat)	Departamental	Internacional ONG	 Bajo Apoyo	 Medio
Diputado (DipuDep)	Departamental	Político	 No Movilizado	 Alto
Dirección de Área de Salud (DAS)	Departamental	Gubernamental	 Medio Apoyo	 Medio
Gobernador Departamental (GobDep)	Departamental	Gubernamental	 No Movilizado	 Alto
Hospital Nacional (HospNac)	Departamental	Gubernamental	 Medio Apoyo	 Bajo
Comadrona (Comadra)	Municipal	Privado	 Bajo Apoyo	 Bajo
Comisión de Salud (ComiSal)	Municipal	Social	 Bajo Apoyo	 Bajo
Consejo Municipal de Desarrollo (COMUDE)	Municipal	Social	 No Movilizado	 Bajo
Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODE)	Municipal	Político	 No Movilizado	 Medio
Coordinador de Distrito Municipal de Salud (CDMS)	Municipal	Gubernamental	 Medio Apoyo	 Medio
Consejo Técnico de Distrito Municipal de Salud (CTDMS)	Municipal	Gubernamental	 Bajo Apoyo	 Bajo
Equipo Básico de Salud (EBS)	Municipal	Local – No Gubernamental	 Bajo Apoyo	 Medio

Continúa Tabla 6.2

Nombre del actor / (Abreviación)	Nivel	Sector	Posición	Poder
Oficina Municipal de la Mujer (OMM)	Municipal	Gubernamental	 Bajo Apoyo	 Bajo
Medios de comunicación (MedCom)	Municipal	Media	 No Movilizado	 Medio
Diputados (DipuNac)	Nacional	Político	 Alto Apoyo	 Alto
Grupos Feministas (GrupFem)	Nacional	Social	 Alto Apoyo	 Alto
Sindicato Nacional de Trabajadores de Salud de Guatemala (SNTSG)	Nacional	Social	 No Movilizado	 Alto
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)	Nacional	Gubernamental	 Bajo Apoyo	 Alto
Organismo de la Cooperación Internacional (OCI)	Nacional	Internacional	 Medio Apoyo	 Medio

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

Se observó que dos actores fundamentales del nivel municipal representado por las mujeres tuvieron bajo poder y bajo apoyo, este elemento se enlazó a la posición subalterna que tuvo la OMM con respecto al gobierno municipal en cuanto a la asignación de recursos para sus operaciones anuales. La comadrona se ubicó en el sector privado, quien ejerció una función de servicios contratados de bajo costo económico y grandes beneficios sociales, en este caso el rol subalterno se tuvo con respecto a las disposiciones de acciones no reguladas por parte del MSPAS y RENAP que ejercieron un efecto coercitivo en la acreditación de las comadronas para promover el registro de los recién nacidos con la excusa del control que evitó el robo de ellos. (Ver tabla 6.2)

El Hospital Nacional de Huehuetenango fue un actor que mostró en el mapa un Medio apoyo con Bajo poder. Su papel esencial en el sistema de salud fue la atención del tercer nivel que se encontró desbordado por la alta demanda de atención en la emergencia obstétrica. En cuanto a su capacidad para incidir políticamente en los tomadores de decisión no se encontró ninguna relación y articula acciones coordinadas con la Casa Materna. Los medios de comunicación son un recurso empleado en el nivel nacional a instancias de los grupos feministas, para colocar los temas de interés como fueron la alta incidencia de embarazo en adolescentes y la muerte materna. Los OCI, tuvieron una posición de apoyo y poder medio, las acciones más evidentes de la OCI se mostró en proyectos locales de bajo impacto frente a la problemática de mortalidad materna. (Ver tabla 6.2)

Figura 6.1 Mapa de posiciones de los actores de gobernanza en torno a los programas para la reducción de la mortalidad materna

Alto Apoyo	Medio Apoyo	Bajo Apoyo	No Movilizado	Baja Oposición	Media Oposición	Alta Oposición
DipuNac GrupFem	DAS CDMS OCI Hospital Nacional	MSPAS CODEDE EBS Casa Materna Comadrona OMM ComiSal CTDMS	GobDep DipuDep SNTSG MedCom COCODE COMUDE			

Fuente: modificado de la figura original de PolicyMaker 4.0

En el nivel departamental se observó entre los no movilizados a dos actores clave con Alto poder: el Diputado Departamental y el Gobernador Departamental, este último recibió un mandato por asignación presidencial. El

Gobernador Departamental en el ejercicio de su mandato dispuso de recurso económico, el cual no se invirtió en acciones de apoyo a la política de reducción de la mortalidad materna. El nivel de incidencia política del Gobernador Departamental con respecto al CODEDE es importante, dado que es él quien convoca a las reuniones donde se deliberó y se tomaron las decisiones de la inversión en proyectos de interés departamental que en gran medida atendieron las necesidades con mayor demanda municipal. (Ver figura 6.1)

En el nivel municipal los actores del sector social se encontraron con el nivel de poder más bajo y no movilizados. Aun cuando los consejos de desarrollo pudieron influir en la asignación de recursos para los proyectos en salud, en el periodo de estudio se identificó una tendencia fuerte a la aprobación de proyectos de obra gris. La experiencia más reciente de la aprobación de un proyecto en salud para la construcción de una casa materna en el municipio A, fue por intervención multisectorial que lograron incidir en el CODEDE para su aprobación. En el nivel municipal se observó a tres de los no movilizados, cuya capacidad de organización social potencialmente incidieron en la movilización de recursos desde la municipalidad y las comunidades. Existieron algunas acciones positivas de movilización de recursos desde el gobierno municipal las cuales no estuvieron reguladas y tuvieron un impacto positivo en las acciones de atención en las emergencias obstétricas. (Ver figura 6.1)

El mapa presentó que las fuentes de poder para los actores de base comunitaria son de Bajo poder entre ellos: Comadrona, Oficina Municipal de la Mujer y Comisión de Salud y el Consejo Técnico de Distrito Municipal de Salud. Por el contrario con Alto poder se identificó a: los diputados, Grupos Feminista, MSPAS, CODEDE, Gobernador Departamental. Fue importante señalar la variante que se observó entre el rol que tuvo el Diputado Nacional con respecto al Departamental, ambos fueron fuente de poder pero dependiente de su nivel Nacional o Departamental, se mostró la posición de apoyo con respecto a la política de atención materna. (Ver figura 6.1)

6.2.1 Interrelaciones entre actores de la atención materna

El personal de salud depositó la responsabilidad de la muerte materna en el papel de los EBS del PEC, en tanto por norma los EBS fueron responsables

de la detección temprana y del postparto. En ningún momento sus responsabilidades de entrega de servicios de salud materna indicaron la atención de la emergencia obstétrica. A la percepción de responsabilidad que recayó en los EBS se agregó una actitud de considerar al PEC como actores sociales no pertenecientes al personal del MSPAS. La forma de entrega de los servicios que fue itinerante y que se delimitó en función de alcanzar los 28 indicadores fijados por el MSPAS convirtió al PEC en una institución, cuyo impacto no logró satisfacer la demanda de atención.

El Técnico en Salud Rural fue un personaje cuyas obligaciones de interacción con la organización social le llevaron a la articulación de las Comisiones de Salud que en otros departamentos se identificaron con los llamados “Comités de Emergencia”, los cuales estuvieron orientados para apoyar la movilización de las mujeres embarazadas en los casos de emergencia.

La atención del puerperio fue más íntima e interna de la familia, porque en las costumbres y tradiciones, locales, se tuvo respeto por la comadrona, por la cuarentena del postparto de las señoras. En el entorno comunitario la proveedora de servicio postnatal fue la comadrona, el efecto de la atención del postparto resuelto en la comunidad por la comadrona se relacionó directamente con el indicador del tipo de atención del parto donde la productividad de los servicios de salud del sistema de atención del MSPAS, en el municipio A estudiado se encontró que el 3% de partos tuvo en el año 2010 atención médica, el cual tuvo un bajo nivel de asistencia en el primer control post parto y mucho menor en las consultas subsiguientes.

En algunas comunidades sí hubo organización a través de las comisiones de salud, estas comisiones de salud tuvieron que fortalecer la vigilancia epidemiológica acciones que se tradujeron en el nivel comunitario en el seguimiento de la embarazada por medio del plan de parto, el establecimiento del plan de emergencia y también se tuvo que abordar desde el punto de vista de la situación de una referencia de manera oportuna. La conformación de las comisiones de salud no representó la dotación de recursos por algún agente externo para la asistencia de las emergencias obstétricas.

Las acciones del sistema de salud en el nivel comunitarios estuvo a cargo del Coordinador de Distrito Municipal de Salud, este funcionario sanitario no tuvo un perfil definido desde el nivel de la DAS donde se realizaron las contrataciones del personal. En los antecedentes del municipio A se identificó que el último médico contratado para el puesto de coordinador de salud municipal estuvo en el año 2010. Luego, el puesto fue ocupado transitoriamente por una enfermera auxiliar, quien suplió las funciones de una forma emergente durante el año 2011. Esta información llamó la atención, puesto que para el año 2010 este municipio tuvo el número más alto de muertes maternas a nivel nacional. Para el año 2012 asumió la responsabilidad un enfermero profesional quien no habla el idioma local y su experiencia de trabajo es de 2 años. Bajo su responsabilidad estuvieron 48 personas distribuidos en 5 puestos de salud, un CAP y la coordinación con 2 prestadoras de servicios de su jurisdicción. La contratación de este recurso humano tuvo la siguiente característica: sin bien él tuvo las responsabilidades de coordinador su contratación estableció otro tipo de relación, la de enfermero profesional, diferenciado por el salario y las responsabilidades bajo su cargo, estas son acciones no reguladas desde el sistema de servicios de salud de la DAS. El siguiente relato expuso la situación:

“Los lineamientos de contratación, en el área de salud realmente no hay ninguno. Aquí si se va a contratar a un enfermero, se convoca de repente a provisión de servicios, a la jefe de enfermeras, alguna enfermera o el servicio a donde se quiera contratar, para hacer una entrevista que no está bien delineada, sino que ahí mismo se aportan dos o tres preguntas, aparte un examen teórico y al final se contrata por política, y en algunos lugares donde no hay injerencia política pues se trata de contratar a la persona que mejor contestó, la que mejor tiene una entrevista, la mejor presencia, que se yo verdad? Pero no hay un procedimiento bien establecido, donde después de la entrevista usted agarre el expediente y llame a los teléfonos de referencia para confirmar los antecedentes, nada de eso.”¹³³

¹³³ Dep_PrestadorServicios_3

Tabla 6.3: Distribución de actores sociales de acuerdo a la atención prenatal versus atención de emergencia obstétrica

Procedimientos de atención en la comunidad y actores involucrados para la atención prenatal.	Procedimientos de atención en la emergencia obstétrica y actores involucrados para la atención.
<p>Familia: coopera con recurso económico y acompañamiento para la paciente.</p> <p>Comadrona: establece el primer contacto con la mujeres embarazadas a nivel de comunidad con la atención prenatal.</p> <p>Facilitador comunitario: es un actor local identificado por el EBS para apoyar la logística de atención local e identificación de mujeres embarazadas.</p> <p>Vigilante: es un actor local que apoya las acciones de identificación de peligro en la mujer embarazada.</p> <p>EBS: actúa en el marco de las normas de atención en salud integral del primer nivel dirigidas a la mujer embarazada (183).</p> <p>Puesto de Salud: atendido por un Auxiliar de enfermería hasta finales del año 2012, con el programa “Hambre Cero” se procedió a contratar un educador en el año 2013.</p> <p>CAP: médico (a), enfermera “turnistas” con entrenamiento de atención materna.</p>	<p>Comadrona: es la persona responsable de identificar las señales de peligro para activar las acciones de movilización en el sistema del primer nivel de atención.</p> <p>Comisión de Salud: conformada por un miembro del Cocode quien regularmente la preside, comadrona, miembro de la comunidad.</p> <p>Cocode: líderes electos en la comunidad para representar por un periodo de 2 años en el marco de la Ley de Consejos de Desarrollo Rural.</p> <p>Familia: coopera con recurso económico y acompañamiento para la paciente.</p> <p>CAP: centro con capacidad de resolución del primero y segundo nivel atención.</p> <p>CAIMI: centro con capacidad de resolución del segundo nivel.</p> <p>Casa Materna: un centro especializado para dar albergue a las mujeres embarazadas de áreas postergadas al acceso a los servicios de salud, quienes han sido remitidas por el sistema de atención.</p> <p>Hospital: resolución del tercer nivel de atención materna.</p>

Fuente: elaboración propia

En el Municipio C se observó el crecimiento de la infraestructura de los servicios de salud del modelo tradicional. Las acciones para el crecimiento de servicios tipo puesto de salud en las comunidades ocurrieron por iniciativa del Coordinador de Distrito Municipal de Salud y la colaboración de las comunidades donde se crearon los puestos de salud. El crecimiento sucedió entre el año 2007 para el año 2012 periodo en el cual se duplicó el número de puestos de salud, para lo cual el Coordinador realizó la gestión directamente en el nivel central pasando por alto la DAS departamental. El efecto de esa iniciativa permitió la contratación de personal que de 18 trabajadores en tan solo 5 años pasaron a 82 trabajadores la mayoría por contrato temporal. Este municipio se caracterizó para el año 2012 por iniciar la contratación de personal que habla el idioma local de la jurisdicción. (Ver tabla 6.3)

Entre las acciones que se promovió desde el nivel Central y local fue la creación de los Centros de Atención Permanente –CAP-, de esa cuenta en el municipio A tuvo una construcción nueva con la ampliación de personal para la atención del CAP, en el municipio B únicamente se logró el fortalecimiento del Puesto de Salud. El municipio B por su proximidad con la cabecera departamental, satisface de mejor forma la atención de la demanda, en las emergencias obstétricas, aunque para algunas comunidades del municipio B el tema de acceso al transporte fue una dificultad mayor. En el municipio C el puesto de salud subió de categoría a un CAP. (Ver tabla 6.3)

“En los CAP una de las limitantes es que son médicos generales los que están atendiendo; la mayor parte de CAP tienen médicos contratados, cuando no hay médicos contratados tienen enfermeras. El equipo de los CAP de turno consiste en un médico, una enfermera y dos auxiliares de enfermería, es el equipo que debería estar haciendo turno. La mayor parte de CAP tiene contratado un médico y dos auxiliares de enfermería. Una limitante es que son médicos que no tienen una formación para atención de emergencias obstétricas, es decir, que es lo que nosotros hemos tratado de fortalecer.”¹³⁴

El Departamento contó con un Hospital Nacional Departamental, el cual fue dotado de residentes de especialidades clínicas, entre ellos se incluyó un residente de ginecología y obstetricia, en el año 2009. La capacidad de resolución del hospital correspondió al tercer nivel de atención, sin embargo tuvo

¹³⁴ Central_PrestadorServicios_1

la falta de insumos quirúrgicos y medicamentos. La capacidad de atención a la demanda es muy cuestionada por las mujeres que relataron el maltrato como una de las características negativas del centro hospitalario, el maltrato se caracterizó por la falta de comunicación en el idioma de las personas, dado que al hospital confluyen de 9 etnias lingüísticamente diferenciados, además de acciones racistas peyorativas para la condición de la mujer indígena. Una lideresa indígena del nivel nacional relató aspectos del maltrato y discriminación en la atención:

“En las historias que se levanta de las familias dicen: nadie me dijo nada; murió sola; no me dejaron entrar; que eso habla de discriminación. En Alta Verapaz el 80% de la gente del hospital habla Kekchí sin embargo a las mujeres les hablan en español en la emergencia, es una cuestión digamos de jerarquía es una cuestión que tiene que ver con discriminación aunque yo hablo Kekchí yo hablo aquí español para que la otra persona que viene no me entienda y eso está reportado en varias investigaciones. [...]... entonces nosotras en la aprobación de la Ley de maternidad saludable promovemos que haya un acompañamiento familiar que haya una sala en la cual la familia en una sala de parto vertical pueda acompañar a la mujer donde se le hable en su idioma donde pueda tomar los té que ella quiera donde pueda tener la posición que ella quiera y para nosotras es parte de la reivindicación de la población indígena y es parte de los derechos.”¹³⁵

La comadrona como terapeuta ancestral en las comunidades limitadas al acceso de los servicios de salud, fue la única fuente de atención materna con un nivel de conocimiento empírico que legitimó su función para la atención materna. Con el advenimiento del PEC en las comunidades postergadas, se tuvo la necesidad de vincular a la comadrona como un actor social fundamental para el trabajo del primer nivel de atención de salud materna del MSPAS. Este hecho operó con dimensiones diferentes entre las comunidades atendidas por el modelo de extensión de cobertura, con respecto a las comunidades atendidas por el modelo tradicional de atención del MSPAS.

La comadrona como actor social es portadora del reconocimiento local de su función como terapeuta en el campo de la maternidad. Además conformó la comisión de salud por el liderazgo que tuvieron en la comunidad para la resolución de problemas de salud. Un punto clave de la figura de la comadrona como actor social fue la intermediación que ella hizo con el sistema

¹³⁵ Central_Soc_Civil_2

de servicios de salud ofertado en niveles de atención. Al comparar el nivel de servicios que la comadrona hizo con respecto a los niveles de atención, la comadrona logró operar en el segundo nivel de atención dado que resolvió el embarazo a término en el parto en casa, en las comunidades estudiadas el porcentaje de atención va de un 80% a 97%.

Los EBS se relacionaron directamente con la comadrona para la entrega de servicios de atención materna y la detección de nuevas embarazadas. En el curso del embarazo fue la comadrona quien recomendó a la embarazada asistir a los controles que la norma de atención estableció durante el embarazo “una al inicio y la otra en la 37 semana de gestación” (183). Por su parte el enfermero auxiliar de los puestos de salud, tuvo el mismo nivel de aproximación con la comadrona para incidir en la mujer embarazada para asistir a las dos consultas. El papel de consejera en salud materna que tuvo la comadrona fue fundamental para mejorar los programas de reducción de mortalidad materna.

En cuanto se observó el papel de la comadrona para la asistencia de las emergencias obstétricas se caracterizó en dos dimensiones: la primera como terapeuta que hizo el diagnóstico de las señales de peligro, acciones en las cuales el MSPAS con las capacitaciones tuvo incidencia desde la implementación de los programas contra la mortalidad materna del año 2004 a la fecha, a través de la estrategia de las 4 demoras; la segunda fue en la función de mediadora o consejera para la toma de decisión, como fue documentado la mujer embarazada se encontró limitada en su autonomía para decidir en la búsqueda oportuna de servicios de salud del segundo o tercer, nivel de atención en salud. Este aspecto de mediadora o consejera, se relacionó con la función que tuvo la comisión de salud para poder incidir en la toma de decisión, en las comunidades donde no operaron las comisiones de salud como es el caso del municipio A y B que fueron de menor fuerza, la comadrona conjuntamente con los líderes locales tuvo mayor responsabilidad y menor organización para incidir en la toma de decisión. Un coordinador municipal lo expresa:

“Y otra cosas que los nuevos que vengán a trabajar que no vengán a plazas, que venga con condiciones que yo los voy a mandar donde a mí me conviene. Porque yo soy el

que está viendo el problema no son ellos. Yo vi a la vice presidenta un día, que dijo las ONG están solucionando el problema de salud, no eso es una gran mentira lo que no tienen la capacidad del gobierno de crear su red de atención de salud, porque si hubiera una buena red de atención entonces hay enfoque, vigilancia. En cambio las ONG es algo paliativo nada más. Porque ya tiene más de 10 años y no hizo impacto. Pero aquí la ONG si me ayudo porque anulo una jurisdicción se quedó con dos, por que tomaron conciencia que ellos no tenían la capacidad, entonces sirve de apoyo. Pero ahí están los puestos vigilantes.”¹³⁶

La articulación del trabajo coordinado en el primer nivel fue fundamental, dado que la llegada del EBS a las comunidades ocurrió una vez al mes, aunque se supo que en ocasiones esto sucedió cada dos meses, bajo circunstancias en las cuales se encontró la limitación de recurso económico para la compra de combustible o por desperfecto mecánico del vehículo destinado para los viajes. El FC quien fue encargado de coordinar con los vigilantes en la detección de mujeres embarazadas requirió la comunicación permanente con las comadronas de la localidad, con el objeto de tener previsto que el día de la visita se realizó la primera consulta dentro de la norma de atención prenatal. Un funcionario lo expuso:

“En el tema de participación comunitario nosotros promovemos que no es muy justo tener una persona analfabeta como vigilante de salud, el esquema como tal proponía captar a una persona motivada como vigilante de salud, quien atiende el primer ingreso de la paciente, en el sistema de salud. Hace poquito si ya está un poco mejor recibe 54 quetzales y tienen un sector pequeño. Después de cierto tiempo de los mejores vigilantes se selecciona un Facilitador Comunitario [FC] que coordina unos cinco u ocho vigilantes el FC ya tiene quinientos quetzales.”¹³⁷

Entre la percepción que tienen las comunidades de una mala atención por parte de las EBS, por llegar una vez al mes y en ocasiones por no justificar la falta de asistencia en las fechas convenidas generó en el municipio A la auditoría social: la primera se organizó por un médico egresado de la ELAM y la segunda la apoyó el TSR, en las dos acciones fue expulsado el grupo EBS no así la ONG’s responsable de la entrega de servicios. En estos casos la intervención del MSPAS a nivel de la DAS fue relevante para comprobar

¹³⁶ Mun_C_PresSer_1

¹³⁷ Central_PrestadorServicios_3

las denuncias y promover el cambio. La ONG responsable lo único que hizo fue cambiar a los integrantes del EBS. Los aspectos que fueron relevantes en cuanto a la mala atención entregada por los EBS se encontró la contratación temporal, el atraso de los pagos al personal derivado del atraso de las transferencias del Ministerio de Finanzas a las ONG's del PEC, la falta de capacitación del personal; la no dotación de insumos para la entrega de los mismos en las fechas de visita a las comunidades; y la falta de estímulo económico para los colaboradores. El siguiente relato lo presentó:

“La planificación no ha variado. Al contrario la extensión de cobertura ha tenido problemas porque esa es otra cosa que no es que no hagan el trabajo sino que realmente a veces no tienen el desembolso en el tiempo que deberían de tenerlo hasta cierto punto se les debería de pedir que cumplan hasta un punto dado con coberturas cuando no tienen vehículo, gasolina o insumos para hacer el trabajo, incluso el MSPAS les ha apoyado a la extensión de cobertura. La Dirección de Área de Salud tiene su presupuesto opera su presupuesto. La Extensión de Cobertura tiene aparte su presupuesto y cuando la Extensión de Cobertura no tiene sus desembolsos en tiempo entonces los servicios de salud le dan apoyo de medicamentos y luego hacen una compensación. Esto no significó que le hayan quitado dinero a la Dirección Área de Salud.”¹³⁸

Aun cuando la principal responsabilidad de los EBS es la entrega de servicios en el primer nivel de atención, como fueron ellos el personal sanitario más próximo a las comunidades postergadas, en situaciones de emergencia obstétrica también fueron contactados por vía telefónica, este tipo de situaciones generó dos reacciones por un lado, en la comunidad una falsa expectativa de resolución que no se encontró en manos del EBS y luego el compromiso por parte del EBS para poder satisfacer la demanda. Las acciones de los encargados de los EBS se limitó a la posibilidad de coordinar con el recurso a su alcance el medio de transporte para llevar a las pacientes a los servicios más próximos: Los tipos de transporte identificados pueden variar de acuerdo a las alianzas que sucedieron entre las personas responsables del EBS y el personal de MSPAS por ejemplo: transporte de la ONG del PEC, transporte de ambulancia municipal; transporte de ambulancia del MSPAS o, transporte privado pagado con fondos municipales; transporte privado pagado con fondos de la comunidad; transporte privado pagado con fondos del paciente.

¹³⁸ Dep_PrestadorServicios_2

Tabla 6.4 Dotación de recursos para el transporte en emergencias obstétricas

Tipo de Transporte Municipio	ONG del PEC	Ambulancia municipal	Ambulancia del MSPAS	Privado pagado con fondos municipales	Privado pagado con fondos de la comunidad	Privado pagado con fondos del paciente	Ambulancia de bomberos
A					□	■	■
B	■		■	■			
C		■	■		■	■	

□ Bajo ■ Medio ■ Alto

Fuente: elaboración propia

La participación social fue potencializada con la confluencia de los actores sociales para la atención materna, si bien las comunidades con mayor acceso a los servicios de transporte resolvieron con los servicios privados la atención materna, la red que operó en la comunidad tuvo mayor capacidad de actuación en los casos de emergencia obstétrica. (Ver tabla 6.4)

6.3. Consecuencias, intereses, oportunidades y obstáculos

Este apartado utilizó como herramienta PolicyMaker con las metas antes señaladas en el mapeo de la política: a) Ampliar la cobertura y calidad de los servicios de agua y saneamiento básico en los tres niveles de atención; b) Extender la cobertura y mejorar la calidad de la red de los servicios en los tres niveles de atención; c) Fortalecer el desarrollo del recurso humano en Salud, a nivel técnico y especializado y la administración de la fuerza laboral, para garantizar la atención calificada en los servicios de salud sexual y reproductiva, adolescentes, embarazo, parto, puerperio y neonato y; d) Fortalecer el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la atención de la Salud Reproductiva. Se utilizó como datos la revisión de fuentes documentales: informes anuales de gobierno, informes de metas del milenio nacionales e internacionales, publicaciones sobre gobernanza, noticias de prensa. Además se utilizó la información sistematizada en Atlas.ti con la salida de código y textos que surgen del análisis de las entrevista de campo.

6.3.1 Caracterización de consecuencias

Este fue un análisis secundario de profundidad que evaluó la política y sus consecuencias para la viabilidad política de la política, un recurso para la definición de las consecuencias fueron los mecanismos formulados en el mapeo de la política. El análisis se desarrolló por medio de cinco dimensiones que describió las consecuencias de la política: 1) el tipo de consecuencia; 2) actor afectado con una breve descripción; 3) magnitud del efecto; 4) plazo en el tiempo; 5) la importancia. Los resultados del análisis se agruparon en tablas de acuerdo al tipo de consecuencia.

Tabla 6.5 Consecuencias de tipo administrativo de la política del plan de reducción de la mortalidad materna 2010-2015

Tipo	Actor / Descripción	Magnitud	Tiempo	Importancia
Administrativo	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: la ausencia de una política de estado en respuesta a la reducción de la mortalidad materna en el nivel nacional y departamental. Alta rotación de personal normativo y estratégico.	Grande	2015	■ Alta
Administrativo	Dirección de Área de Salud: la falta de estabilidad en los puestos de Dirección derivado de un sistema político cuyas alianzas de poder afectan la gobernanza del sistema de salud departamental.	Grande	2015	■ Alta
Administrativo	Coordinador de Distrito Municipal de Salud: la falta de un perfil profesional en el nivel operativo cuyas competencias en la Administración Pública con base a un normativo de la carrera del funcionario público.	Grande	2015	■ Alta

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

La tabla 6.5 mostró que las consecuencias de tipo administrativo tuvieron una magnitud grande en las instituciones del MSPAS en los tres niveles estudiados. Al observar la descripción de las consecuencias existió un denominador común centrado en el Recurso Humano y la debilidad con la cual se procedió a la contratación del mismo. Las consecuencias tuvieron una relación directa que afecta los niveles de la planificación sanitaria: normativa, estratégica y operativa. El impacto de las consecuencias a través del tiempo limitaron la posibilidad de alcanzar el objetivo 4 de las metas del milenio, con una importancia de nivel Alto para los tres actores observados: a) Coordinador de Distrito Municipal de Salud, b) Dirección de Área y; c) MSPAS. En particular el MSPAS no tuvo una política de Estado desde el año 2000 para la reducción de la mortalidad.

Tabla 6.6 Consecuencias de tipo beneficioso de la política del plan de reducción de la mortalidad materna 2010-2015

Tipo	Actor / Descripción	Magnitud	Tiempo	Importancia
Beneficioso	Comadrona: el enfoque intercultural que integra algunas prácticas como la atención del parto vertical así como el acompañamiento de la comadrona para atender a su paciente en el parto normal, puede generar confianza en las usuarias por la práctica de la pertinencia cultural.	Grande	2015	■ Alta
Beneficioso	Comisión de Salud: la integración de los grupos organizados de base comunitaria requiere apoyo de tipo político y económico que les permita la movilización de recurso para apoyar la atención materna.	Grande	2015	■ Alta

Continúa Tabla 6.6

Tipo	Actor / Descripción	Magnitud	Tiempo	Importancia
Beneficioso	Oficina Municipal de la Mujer: la falta de asignación de presupuesto para acciones en Salud Reproductiva y construcción del tejido social que promuevan las redes sociales en apoyo de la mujer. Esta oficina tiene un potencial de capacidad organizativa para implicar a las lideresas de las comunidades en trabajo de redes sociales.	Grande	2015	 Media
Beneficioso	Grupos Feministas: los grupos feministas en la lucha de los derechos sexuales y reproductivos ponen en la agenda los efectos de los embarazos no deseados y las consecuencias de una política conservadora en cuanto a la educación de los adolescentes para el uso de los PF con la consecuente situación de los embarazos en menores de edad y la mortalidad materna.	Grande	2015	 Alta

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

En la tabla 6.6 se encontró a los cuatro actores de consecuencia beneficiosa para la política de reducción de la muerte materna con una magnitud Grande y de Alta importancia. Cabe resaltar a la Comadrona y la Comisión de Salud, quienes tuvieron una relación más estrecha con apoyar la atención de la mujer embarazada para la resolución del parto y la emergencia obstétrica. Quienes integran a los actores tuvieron la correspondencia de proximidad étnica además los antecedentes mostraron que ambos actores jugaron un papel determinante en la toma de decisión de la mujer embarazada para acceder

a los servicios de atención materna frente a los escenarios caracterizados por una cultura machista que limitó a la mujer en su autonomía. Ambos actores sociales tuvieron la capacidad de movilización de recursos locales para las emergencias obstétricas y tuvieron acciones no reguladas en el sistema que incidieron en mejorar la percepción de la confianza en los servicios de salud público.

Por su parte la OMM en coordinación con la SEPREM oficina departamental promovieron, a través de las lideresas locales, la conformación de redes que trabajaron los temas de derechos de la salud sexual y reproductiva cuyos beneficios se articularon a las acciones del PNSR en cuanto a la sensibilización de los derechos de la mujer sobre su propio cuerpo, enfermedades de transmisión sexual, el uso de métodos de planificación familiar, así como la maternidad y paternidad responsable. (Ver tabla 6.6)

Los grupos feministas del nivel nacional se caracterizaron por su incidencia política en temas que afectó a la mujer, entre ellos tuvo relevancia la mortalidad materna. En la actualidad para el departamento de Huehuetenango el número de embarazos en niñas y adolescentes se incrementó y la muerte subsecuente de niñas y adolescentes, a quienes se limitó el acceso de atención por el estigma social de ocultar el agravio. Un funcionario de la DAS lo indicó:

“Ahora se están encontrando niñas embarazadas de 10 a 16 años, y nosotros les decimos a las comadronas que les den sus consultas sus masajes y que las envíen a su control al CAP, para que el médico las mire si las atienden en el CAP o en Huehue.”¹³⁹

¹³⁹ Mun_C_PresSer_3

Tabla 6.7 Consecuencias de tipo financiero de la política del plan de reducción de la mortalidad materna 2010-2015

Tipo	Actor / Descripción	Magnitud	Tiempo	Importancia
Financiero	Casa Materna: la falta de apoyo financiero por parte del MSPAS y en el nivel departamental. Afecta directamente en la calidad de la atención a las mujeres embarazadas con señales de peligro referidas desde las comunidades.	Grande	2015	■ Alta
Financiero	Consejo Departamental de Desarrollo: la incidencia política en la toma de decisión para la asignación de recursos en proyectos que puedan mejorar el desarrollo de la infraestructura para la atención materna.	Grande	2015	■ Alta
Financiero	Diputado Nacional: el marco legislativo y sus instancias operativas requieren incremento en el presupuesto acorde a la priorización regional en donde la muerte materna tiene un registro importante por causas prevenibles.	Grande	2015	■ Alta
Financiero	Gobernador Departamental: la implicación en las acciones contra la mortalidad materna puede incidir en la asignación de presupuesto de Gobernación en acciones de Salud Reproductiva. Así como el poner en agenda del CODEDE proyectos de salud materna para su aprobación.	Grande	2015	■ Alta
Financiero	Hospital Nacional: los insumos limitados para atender la demanda de las emergencias obstétricas.	Grande	2015	■ Alta

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

En la tabla 6.7 se expresó las consecuencias de tipo financiero con magnitud en todos los actores identificados fue Grande y con una importancia de nivel alto. Ahora bien, dos de los actores correspondieron a los proveedores, ambos se articularon en la atención materna. Uno en la recepción de pacientes provenientes de todo el departamento con señales de peligro identificados desde el primer nivel de atención que incluyó a los EBS del PEC o por comadronas en el nivel comunitario. El otro en la resolución de la emergencia obstétrica. Los otros tres actores fueron tomadores de decisión cada uno en posiciones de liderazgo diferente: el CODEDE fue legitimado por decreto legislativo; el diputado fue legitimado por elección nacional; el gobernador fue asignación por el presidente de la República. Los tres actores pudieron promover proyectos para incidir en la toma de decisión. Desde la agenda que el Gobernador departamental propuso para su discusión ante el CODEDE y posterior aprobación en las instancias de Consejo Regional de Desarrollo y el Consejo Nacional de Desarrollo.

Tabla 6.8 Consecuencias de tipo perjudicial de la política del plan de reducción de la mortalidad materna 2010-2015

Tipo	Actor / Descripción	Magnitud	Tiempo	Importancia
Perjudicial	Comadrona: la exigencia de la acreditación de las comadronas ante las autoridades del MSPAS. Es una acción que no se encuentra regulada y el MSPAS lo practica.	Grande	2015	 Media
Perjudicial	Comisión de salud: la no existencia de una política, una normativa, ni estrategia para promover la conformación de Comisiones de Salud en las comunidades prioritarias.	Grande	2015	 Media
Perjudicial	Consejos municipales de desarrollo: la baja incidencia política en la identificación y promoción de proyectos de salud materna, asociada a la asimetría de conocimiento por el bajo nivel educativo, limita la participación social que la Ley promueve, para la toma de decisión y aprobación de proyectos.	Grande	2015	 Alta

Continúa Tabla 6.8

Tipo	Actor / Descripción	Magnitud	Tiempo	Importancia
Perjudicial	Consejos comunitarios de desarrollo: la asimetría de conocimiento de los grupos organizados de base comunitaria y la baja incidencia política que garantice la disponibilidad de recursos en el nivel local es una desventaja del sistema, a pesar que existe un mandato de ley que promueve la participación social.	Grande	2015	■ Alta
Perjudicial	Diputado departamental: la influencia en las contrataciones en la DAS y Dirección de Hospitales, disminuye la rectoría del MSPAS son acciones no reglamentadas que afectan la selección del personal bajo criterios de competencia técnica y profesional.	Grande	2015	■ Alta
Perjudicial	Equipo básico de salud: las condiciones de contratación inhumanas fuera del marco de la ley condición que afecta el buen desempeño del recurso para la entrega de servicios con calidad y fortalecimiento del recurso humano.	Grande	2015	■ Alta
Perjudicial	Consejo técnico de distrito municipal de salud: la entrega de servicios del primero y segundo nivel de atención es limitada por los recursos materiales, insumos, equipamiento, medicamentos y recursos humanos en las zonas más postergadas.	Grande	2015	■ Alta
Perjudicial	Ministerio de salud pública y asistencia social: la planificación se formula sin tener datos consistentes de las necesidades en salud materna de los departamentos y municipios prioritarios.	Grande	2015	■ Alta

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

En la tabla 6.8 se observó que en las consecuencias de tipo perjudicial fueron de magnitud Grande, en cuanto a la importancia 5 de ellas tuvieron importancia Alta y 2 Media. Los dos de importancia media correspondieron a la organización de base comunitaria, ambos se encontraron en situación

de acciones no reguladas por parte del MSPAS, una afecta la visibilidad del actor así como la reglamentación para sus funciones. Mientras que la otra es un mecanismo de control de las comadronas para el registro de niños que correspondió al carácter legal y penal, para el control del robo de niños.

En cuanto a la importancia alta, dos de ellas se encontraron en los grupos de base comunitaria, el COCODE y COMUDE, quienes por su liderazgo tuvieron la facultad de elevar propuesta para la aprobación del proyecto de atención materna ante los fondos destinados para su aprobación por el CO-DEDE. En este punto la asimetría de conocimiento hizo un balance negativo de la participación de una figura social y política que el marco de la ley promovió para la participación social. Los otros cuatro actores que tuvieron este tipo de consecuencia se relacionaron entre ellos porque el efecto perjudicial se encontró en relación con el recurso humano: el MSPAS en cuanto a las competencias deficientes del recurso humano incidieron en una planificación que limitó la gestión apropiada del presupuesto en salud; las contrataciones de recurso humano indiscriminadas que se realizaron en la DAS y el Hospital Nacional bajo influencia de los diputados departamentales con la consecuente saturación de los servicios más próximos a la cabecera departamental y una baja producción en atención de partos y; el tipo de contratación que se realizó las ONG's del personal que conforma los EBS fuera del marco de la ley que respete las condiciones de derechos laborales, al grado de no tener seguro social; la calidad y capacidad de resolución de los servicios de salud materna en las zonas más postergadas fue limitada por la falta de presupuesto para las operaciones del personal del modelo tradicional del MSPAS. (Ver tabla 6.8)

Tabla 6.9 Consecuencias de tipo indirecto de la política del plan de reducción de la mortalidad materna 2010-2015

Tipo	Actor / Descripción	Magnitud	Tiempo	Importancia
Indirecto	Medios de comunicación: en el nivel municipal, las radios locales otorgan tiempo para tratar temas de salud asistidos por el personal del MSPAS y utilizan el idioma local. Sin embargo estas acciones no reguladas y sistematizadas podrán ser una oportunidad para incidir en la prevención de la muerte materna.	Grande	2015	■ Media
Indirecto	Organismo de la cooperación internacional: los proyectos y acciones de atención a la salud materna, podrán ser coordinados en los niveles: nacionales departamentales y municipal para la optimización de recursos provenientes de fuentes externas para reducir la mortalidad materna.	Pequeño	2015	■ Media
Indirecto	Sindicato nacional de trabajadores de salud de Guatemala: manifestaron la necesidad de cambiar las condiciones de contratación, prestaciones labores, seguridad social y capacitación del personal de los EBS, lo cual incide en la calidad de la entrega de servicios de atención prenatal y postnatal en las comunidades postergadas.	Grande	2015	■ Alta
Indirecto	Hospital nacional: la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MSPAS a través de sus acciones incidió en la sensibilización sobre la entrega de servicios con pertinencia cultural lo cual mejoró el sentimiento de confianza que limitó en las mujeres indígenas el acceso a los recursos hospitalarios.	Grande	2015	■ Alta

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

En la tabla 6.9 de Consecuencias de tipo Indirecto se tuvo en el rubro de magnitud grande en tres de las descripciones y una con magnitud pequeña. En cuanto a la importancia, dos fueron de alta importancia y dos de media importancia. Al desglosar los datos en la descripción de los actores se observó que las acciones de consecuencias indirectas en los distintos niveles requirieron su consolidación en la interrelación de actores como en la programación coordinada para que la sinergia de las consecuencias indirectas incidiera en la viabilidad de la política.

6.3.2 Caracterización de intereses

Este análisis explicó el por qué un actor tomó una posición en particular como se mostró en la tabla de actores y la posición del mapa. Este análisis también explicó los motivos de las posiciones tomadas e identificó estrategias para cambiar las posiciones de los actores. Un mismo actor pudo tener más de un interés. La tabla de intereses incluyó tres evaluaciones cualitativas sobre los actores: 1) el tipo de interés se refirió a lo que el actor pretendió ganar con su posición en la política; 2) la prioridad de interés se refirió al grado de participación de los líderes, el nivel de recursos destinados a la promoción de la posición del actor, o declaraciones explícitas sobre la prioridad (con base a las entrevistas de campo o fuente documental; 3) descripción breve de lo que motivó al actor a tomar una posición en particular (se basó en datos ambiguos y fue subjetiva). Los intereses identificaron a los actores clave que dieron la oportunidad para influir en una estrategia política.

Tabla 6.10 Intereses de los actores de tipo humanitario con respecto a la política del plan de reducción de la mortalidad materna 2010-2015

Actores / Intereses	Tipo	Prioridad
Casa materna: es la única ONG en el departamento con una proyección social para atender a las mujeres con riesgo obstétrico proporcionando albergue temporal con atención de enfermería y médica del primer nivel de atención.	Humanitario	■ Media
Medios de comunicación: el alcance de proyección social en los medios de comunicación comunitarios brinda una oportunidad para incidir en la sensibilización de las mujeres en edad fértil para la prevención de riesgo obstétrico y mejora el acceso a los servicios de salud materna.	Humanitario	■ Media

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

Se observó en la tabla 6.10 el interés de tipo humanitario que tuvo una prioridad media, de acuerdo a su nivel de influencia, con respecto a la viabilidad de la política de reducción de la muerte materna, se manifestó en dos niveles: a) en el nivel departamental se identificó una ONG con interés humanitario cuyas acciones se volcaron a brindar apoyo temporal a las mujeres con algún nivel de riesgo identificado en los 33 municipios del departamento. Aun cuando su capacidad fue limitada en el número de pacientes, el costo trasladado a las pacientes fue extremadamente bajo y la mayor parte de los gastos se complementó con fondos externos. Este tipo de acciones se implicó adecuadamente en la política de reducción de la mortalidad materna, pero tuvo la debilidad de estar centralizado en la cabecera departamental a un costado del hospital nacional con personal limitado en número; b) en el nivel municipal a través de la radio comunitaria, otorgó tiempo gratuito para cubrir temas de salud con el apoyo de los trabajadores de los servicios de salud del MSPAS en temas diversos, entre ellos la identificación de señales de peligro.

Tabla 6.11 Intereses de los actores de tipo Interés propio con respecto a la política del plan de reducción de la mortalidad materna 2010-2015

Actores / Intereses	Tipo	Prioridad
<p>Comadrona: entrega su servicio de atención materna y del parto, en el marco de los patrones culturales locales para lo cual establece un cobro, tiene una alta prioridad por su rol en la política de reducción de la muerte materna dadas las condiciones del entorno social y económico que le sitúan como recurso humano de alto valor.</p>	Interés propio	 Alta
<p>Equipo básico de salud: la mayoría del personal del EBS se moviliza de sus lugares de origen dejando a sus familias en otras ciudades además de las malas condiciones de trabajo que tienen en las ONG's, lo cual muestra una alta vocación de servicio social o por una alta necesidad económica que justifica emplearse en las ONG's del PEC.</p>	Interés propio	 Alta
<p>Consejo técnico de distrito municipal de salud – CTDMS- por el bajo nivel educativo local, la mayoría del personal sanitario es proveniente de otros lugares de origen, quienes tienen como misión gremial la entrega de servicios bajo la coordinación del CDMS, en este grupo se identificó el espíritu de vocación de servicios para vivir en lugar de condiciones de infraestructura limitadas, así como ejercer su trabajo con limitaciones de recurso material, insumos, equipo y medicamento.</p>	Interés propio	 Alta
<p>Organismo de la cooperación internacional: sus acciones satisfacen a las agendas regionales que procuran incidir en la política de salud pública con la financiación de proyecto y acciones que dan respuesta en primera instancia a la agenda regional, el tema de mortalidad materna tiene una prioridad media frente a la capacidad real de movilización de fondos que tienen los Organismo de la cooperación internacional.</p>	Interés propio	 Media

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

En la tabla 6.11 la información referente a los Intereses de los actores de tipo interés propio, tuvo a tres actores con prioridad Alta y uno medio, cabe resaltar que la prioridad alta se encontró en los tres proveedores de servicios

maternos a nivel municipal. Por un lado la comadrona quien atiende cerca de la totalidad de pacientes en servicios prenatales, por el otro lado el EBS a quienes las comadronas refirieron por medio de los FC a las mujeres embarazadas para la consulta obligatoria conforme a las normas de atención en salud integral en el primer nivel. Aun cuando ambos, desarrollaron una agenda de trabajo dirigida por intereses diferentes, la vocación de servicios a la comunidad fue un denominador común. En las condiciones actuales ambos actores fueron clave para el desarrollo de acciones en el nivel preventivo y en la detección de las señales de peligro. En este mismo nivel se encontró al CTDMS quienes por oportunidad de trabajo y vocación de servicios como integrantes de la red de servicios de salud, tuvieron una injerencia alta con el desarrollo del PNSR del MSPAS.

En cuanto al actor con una prioridad media fueron los Organismos de la cooperación internacional quienes con sus agendas regionales condujeron proyectos y acciones de cooperación internacional, las cuales fueron coincidentes con las necesidades locales en un proceso que requirió articulación con la rectoría del MSPAS, en un nivel de coordinación intersectorial, para que la sinergia en la planificación generara las estrategias acordes a las necesidades locales. (Ver tabla 6.11)

Tabla 6.12 Intereses de los actores de tipo organizativo con respecto a política del plan de reducción de la mortalidad materna 2010-2015

Actores / Intereses	Tipo	Prioridad
Consejo comunitario de desarrollo: sus intervenciones legitiman las acciones en las comunidades, por el liderazgo que tienen los miembros de los COCODE, actúa en la movilización de recursos para la atención de la emergencia obstétrica.	Organizativo	■ Alta
Comisión de salud: es un grupo organizado de base comunitaria que a través de la coordinación de la movilización de recursos de la comunidad y el dialogo apoyan a la mujer embarazada en la toma de decisión para acceder a los servicios de atención de las emergencias obstétricas.	Organizativo	■ Alta

Continúa Tabla 6.12

Actores / Intereses	Tipo	Prioridad
Coordinador de distrito municipal de salud: ejecuta las acciones de gestión, provisión y evaluación administrativa de los programas de salud del primero y segundo nivel de atención materna.	Organizativo	■ Alta
Dirección de área de salud: coordina acciones administrativas, de recurso humano, insumos, medicamentos y materiales, en el nivel operativo para la entrega de servicios de atención materna en el primero y segundo nivel de atención, en las comunidades del municipio.	Organizativo	■ Alta
Oficina municipal de la mujer: desarrolla en su agenda temas de género, derechos sexuales y reproductivos de la mujer para lo cual coordina trabajo a nivel municipal y comunitario por medio de redes sociales organizadas con las lideresas.	Organizativo	■ Alta
Hospital nacional: entrega de servicios del tercer nivel de atención de las emergencias obstétricas en el departamento.	Organizativo	■ Alta

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

Los actores presentados en la tabla 6.12 tuvieron el interés de tipo organizativo con una prioridad alta, se observó que tres de los actores pertenecieron al sistema de servicios de salud, dos de ellos del nivel departamental y uno del nivel municipal, todos ellos responsables en la entrega de servicios de atención materna con un alto grado de responsabilidad para la viabilidad de la política de reducción de la muerte materna. En el nivel municipal la OMM tuvo injerencia en cuanto a su capacidad de cohesionar a las redes de mujeres locales para diseminar la capacitación. A nivel de los grupos organizados de base comunitaria se tuvo a los COCODE y las Comisiones de salud, las cuales incidieron en la posibilidad de movilizar recursos comunitarios para la atención de las emergencias obstétricas. Las estrategias de organización fueron variadas en algunos casos se utilizaron las farmacias comunitarias, el ahorro de dinero con cuotas familiares que luego operaron como préstamo y en otros caso como un fondo común que cubrió el total de gastos de transporte sin que fuera un préstamo.

Tabla 6.13 Intereses de los actores de tipo político con respecto a la política del plan de reducción de la mortalidad materna 2010-2015

Actores / Intereses	Tipo	Prioridad
Diputados: aprobación de legislación y asignación de presupuesto en apoyo a la salud sexual y reproductiva de la mujer, además tiene la responsabilidad política de fiscalizar el cumplimiento de la ejecución del presupuesto en el Plan para la reducción de la mortalidad materna en perspectiva de alcanzar las metas del milenio objetivo 4.	Político	■ Alta
Grupos feministas: tiene un posicionamiento legítimo de reivindicar sus derechos sexuales y reproductivos con alta incidencia política en el poder ejecutivo y legislativo, con impacto en aprobación legislativa y asignación de presupuesto en temas de salud materna y rendición de cuentas.	Político	■ Alta
Ministerio de salud pública y asistencia social: es responsable de la rectoría del sistema de salud a través de las estrategias y acciones de coordinación entre las instituciones relacionadas debe hacer frente a la reducción de la mortalidad materna. Liderazgo político desde el nivel central, para ejecutar el PNSR y el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna 2010-2015.	Político	■ Alta
Sindicato nacional de trabajadores de salud de Guatemala: se tiene a la salud de la mujer como una preocupación por la calidad de los servicios disponibles, en el nivel político proponen un modelo de atención integral para todos los guatemaltecos.	Político	■ Media
Gobernador departamental: tiene un rol de liderazgo político en conexión directa con la presidencia del país, además es quien preside la reunión del CODEDE con un grado de influencia importante para incidir en los temas de agenda.	Político	■ Alta
Consejo departamental de desarrollo: en el nivel departamental tiene incidencia política para la aprobación de proyecto de atención materna.	Político	■ Alta
Consejo municipal de desarrollo: tiene el potencial de incidencia política para la asignación de recurso por medio de proyectos de salud materna elevados a la aprobación del CODEDE.	Político	■ Alta

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

El interés de tipo político con prioridad alta puso en relieve el trabajo desarrollado por los grupos feministas a través de la incidencia política que lograron con la participación de diputadas que promovieron la aprobación de marcos legislativos en apoyo a la atención materna. El MSPAS tuvo una ubicación importante para la gestión de la política para la reducción de la mortalidad materna, a través del PNSR, en contra peso el SNTSG reivindicó la salud integral de la mujer pero el nivel de importancia es medio en cuanto a sus luchas gremiales. El Gobernador departamental conjuntamente con los COMUDE y el CODEDE, se articuló como instituciones políticas para la consecución de proyectos de inversión para mejorar la atención materna. En su conjunto estos actores tuvieron las herramientas políticas para promover en la agenda de las diversas instancias el efecto sinérgico para viabilizar la política de reducción de la mortalidad materna. (Ver tabla 6.13)

6.3.3 Caracterización de oportunidades y obstáculos

Este apartado se identificó y evaluó las transiciones que presentaron las oportunidades para mejorar la viabilidad política de la política o las que crearon obstáculos significativos a sus objetivos políticos. Esta fase del análisis ayuda a identificar oportunidades de influencia que surgieron debido a cambios en las personas (quienes tuvieron roles de liderazgo o la aplicación). Así mismo ayudó a identificar los obstáculos que interfirieron con el logro de sus objetivos. Para cada actor social se identificó en un resumen las oportunidades y los obstáculos, posibles.

Las oportunidades implicaron un cambio en la dirección, o una nueva fuente de apoyo financiero, o una pérdida de apoyo político de alto nivel. Además se describió brevemente una acción que pudo tomar ventaja de la oportunidad de influir en el proceso de formulación de políticas y crear apoyo para la política.

Los obstáculos describieron brevemente una acción que pudo superar este obstáculo, para influir en el proceso de formulación de política y mejorar la viabilidad de la política de reducción de la mortalidad materna.

Tabla 6.14 Oportunidades y obstáculos para la política de reducción de la mortalidad materna en el nivel nacional 2010-2015

Actor social	Oportunidades	Obstáculos / Acción para resolver.
Diputado nacional y departamental	Posibilidad de aprobación de presupuesto para la atención de salud materna y fiscalización de los fondos aprobados.	La influencia de los diputados para la contratación de personal en la DAS y el hospital nacional / requiere un mecanismo para transparentar los procedimientos administrativos de contrataciones.
Grupos feministas	Interés de promover incidencia política y rendición de cuentas en la aplicación de la Ley para la Maternidad Saludable.	Las asimetrías de oportunidades sociales, económicas y políticas que tiene la mujer son un reto de la sociedad democrática para / mejorar la participación integral de la mujer.
Ministerio de salud pública y asistencia social	Interés de atender al mandato constitucional y código de salud para ejercer la rectoría del sistema de salud en el combate de la mortalidad materna.	El sistema de gobierno político genera cambios de los cuadros de dirección y técnicos situación que afecta la continuidad de las estrategias del programa contra la mortalidad materna. / Se requiere definir las prioridades por municipio y departamento para asignar el presupuesto con base a necesidades en salud materna insatisfechas.
Organismo de la cooperación internacional	Oportunidad de movilizar recurso en torno a la metas del milenio en lo que respecta a la disminución de la mortalidad materna.	Existe un débil desarrollo de la cohesión de las agendas de los organismos internacionales. / Fortalecimiento de las instancias de gobierno en torno a los problemas prioritarios como la mortalidad materna para direccionar los fondos externos en un plan organizado con enfoque intersectoriales.
Sindicato nacional de trabajadores de salud de Guatemala	Posibilidad de promover demandas para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores del modelo PEC.	Falta de una agenda política que incluya demandas en favor de los trabajadores del sistema de salud bajo responsabilidad del MSPAS para lo cual / se necesita una mesa de discusión para mejorar las condiciones laborales de los EBS.

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

En la tabla 6.14 se concentran los actores del nivel nacional, los cuatro tuvieron oportunidades de mejorar el contexto político de la política de reducción de la mortalidad materna, entre ellas se pudo delimitar una estructura de relación que parte desde la asignación de presupuesto y los mecanismos para transparentar el ejercicio de autoridad pública, esta acción incidió en uno de los terrenos ganados por los grupos de feministas a través del marco legislativo que estableció en la figura del OSAR la instancia para dar seguimiento y rendición de cuentas en las acciones vinculadas a la mortalidad materna. El mecanismo de vigilancia epidemiológica que el OSAR desarrolló permitió el seguimiento de indicadores en los departamentos del país.

El MSPAS requirió la transformación del procedimiento de asignación de presupuesto, es decir que de un presupuesto histórico pasó a un presupuesto con base en la planificación local de resolución de prioridades donde la salud materna tuvo preponderancia en los municipios con mayor mortalidad materna, así mismo requirió gestionar los fondos de la cooperación externa en los puntos donde la necesidad lo demandó. El otro aspecto fue de carácter legal donde los EBS pudieron fortalecer su condición y por ende la entrega de servicios de atención materna en el nivel local. Estas condiciones incidieron en favorecer la viabilidad de la política para la reducción de la mortalidad materna. El asesor encargado de la unidad de provisión lo indicó:

“El presupuesto para los servicios de salud institucionales, casi no ha presentado variación, no obstante ahora se tiene mayor cantidad de población.”¹⁴⁰

Tabla 6.15 Oportunidades y obstáculos para la política de reducción de la mortalidad materna en el nivel departamental 2010-2015

Actor social	Oportunidades	Obstáculos / Acción para resolver.
Casa materna	Posibilidad de adaptar de mejor forma la atención en salud materna con pertinencia cultural previa a una atención especializada del tercer nivel.	Presupuesto y recurso humano limitado. / El modelo de servicios prestado puede pasar a las estructuras del sistema de salud para la asignación de recurso y replicar el tipo de servicios acorde a las necesidades geográficas y de alta demanda de atención.

¹⁴⁰ Dep_PrestadorServicios_6

Continúa Tabla 6.15

Actor social	Oportunidades	Obstáculos / Acción para resolver.
Consejo departamental de desarrollo	Oportunidad de promover y aprobar proyectos de atención materna con fondos asignados a nivel departamental.	Asimetría de conocimiento que no permite identificar una priorización de proyectos con base a necesidades de la salud materna. / Se requiere un sistema de capacitación local para mejorar competencias en los miembros del CODEDE.
Dirección de área salud	Oportunidad amplia de planificar las acciones entre los diversos actores sociales que se relacionan con los programas contra la mortalidad materna.	La coexistencia del modelo tradicional y modelo del PEC genera una asimetría en cuanto al acceso a los servicios de salud. La escasez de insumos y medicamentos genera crisis permanente en la satisfacción de la demanda de atención. / Se requiere un plan coordinado de acciones que refleje un modelo de atención con objetivos y metas acorde a las necesidades de la atención materna.
Gobernador departamental	Oportunidad de ejercer un presupuesto propio para la ejecución de acciones en torno a la salud materna, además tiene la injerencia de convocar y definir la agenda de las reuniones del CODEDE.	La falta de empoderamiento de los COMUDE para elevar proyectos de necesidades en salud materna / requieren de medidas de capacitación y empoderamiento sobre el rol que tienen como miembros representantes de municipio.
Hospital nacional	Posibilidad de mejorar la calidad de la atención de la emergencia obstétrica.	La asignación del presupuesto es insuficiente para la demanda que atiende. Un sistema de referencia y contra referencia sin seguimiento y evaluación. La existencia de quejas por maltrato, racismo y discriminación con la población indígena. / Es importante desarrollar un sistema que mejore la calidad de la atención con base a investigación de campo apoyado con el Comité análisis de muerte de mujeres en edad fértil para la identificación y análisis de muerte materna.

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

En la tabla 6.15 se observaron las oportunidades y obstáculos del nivel departamental. La experiencia de la Casa Materna fue un modelo de servicios tipo albergue centralizado que de forma limitada resolvió la condición de la mujer pero no su condición del papel que tuvo culturalmente en el hogar en cuanto a las limitaciones para acceder a las sección de la Casa Materna. Su viabilidad para apoyar la política expuso un escenario posible frente a las necesidades geográficas del municipio, limitado por distancia, terreno montañoso y limitación de transporte. Las capacitaciones para promover la participación social en las instancias de los COMUDE y CODEDE, acorde al plano legislativo fueron retos alcanzables. El diseño de un plan como el propuesto en el año 2007 “Plan Departamental de Reducción de la Mortalidad Materna” fue una herramienta de planificación con enfoque territorial. Este punto se enlazó con la necesidad de desarrollar investigación en el nivel municipal para determinar los nodos que orientaron los procesos, reglas del juego y actores involucrados.

Tabla 6.16 Oportunidades y obstáculos para la política de reducción de la mortalidad materna en el nivel municipal 2010-2015

Actor social	Oportunidades	Obstáculos / Acción para resolver.
Comadrona	Interés de trabajo por vocación con enorme aceptación de las usuarias. Entrega de servicios de atención materna con pertinencia cultural. Así mismo tiene la posibilidad de aproximar a la mujer embarazada con signos de peligro, a los servicios correspondientes de atención de la emergencia obstétrica.	La Comadrona no recibe un programa sistematizado de capacitaciones, existen diferencias de acuerdo al Modelo de atención, en el cual ellas participan. El MSPAS y el RENAP tienen un sistema de control para el registro de nacimientos que afectan la confianza con las forma coercitivas de acreditación de las comadronas y tampoco tiene regulación por parte de alguna institución. La discriminación racial, maltrato y menos precio al saber ancestral de la comadrona por parte del personal sanitario genera un estigma negativo que limita la confianza en el uso de los servicios de la emergencia obstétrica. / Es urgente plantear una estrategia que incida en un trato con calidez a la comadrona por parte del sistema de salud del MSPAS.

Continúa Tabla 6.16

Actor social	Oportunidades	Obstáculos / Acción para resolver.
Comisión de salud –CS-	Interés de apoyar la atención materna con base a la movilización de recursos comunitarios en las redes de apoyo esencialmente en la toma de decisión y la disponibilidad del transporte.	No existe regulación en los niveles: nacional, departamental y municipal deben de promoverse la constitución y fortalecimiento de las CS en las comunidades. Existen CS inactivas por la falta de seguimiento. / Es importante que se regule el procedimiento de la activación y seguimiento de las funciones de las CS y ubicar el recurso económico para las acciones.
Consejo municipal de desarrollo	Posibilidad de incidencia política para la identificación y desarrollo de proyectos en temas de salud materna.	Bajo nivel educativo que limita la incidencia política. Baja participación de la mujer en la conformación de los COMUDE. / Se necesita generar mecanismos de empoderamiento y capacitación para el ejercicio de la participación social y la implicación de la mujer en puestos de liderazgo.
Consejos comunitarios de desarrollo	Posibilidad de incidir en la legitimidad que tienen las Comisiones de Salud para su aceptación a nivel local	Acciones no reguladas en la conformación de las C.S. / Regular la participación de los COCODES en la organización de las CS.
Coordinador de distrito municipal de salud	Interés de coordinar las actividades en el nivel municipal y local para la planificación, ejecución y evaluación del alcance de las metas programáticas del PNSR que incluye el funcionamiento del EBS y del PEC.	Los recursos para atender la demanda de atención se encuentran centralizados en la DAS. La infraestructura de cada municipio no corresponde a un sistema que dé respuesta a necesidades locales. No se observa coordinación de trabajo entre el CDMS y las autoridades municipales. El personal contratado en la DAS en su mayoría no habla el idioma local. / Se requiere una estrategia de planificación estratégica acorde a las necesidades de atención en salud materna del municipio.
Consejo técnico de distrito municipal de salud	Posibilidad de entrega de servicios de atención materna del primero y segundo nivel de atención.	Los recursos de: infraestructura, materiales, insumos, medicamentos, equipo y recurso humano son insuficientes para atender la demanda de necesidad en salud materna. / Se requiere una evaluación para determinar las necesidades locales y la distribución de recursos.

Continúa Tabla 6.16

Actor social	Oportunidades	Obstáculos / Acción para resolver.
Equipo básico de salud	Interés del gobierno central por mejorar la entrega, de servicios de salud maternos y la bolsa solidaria, a través de los EBS en el nivel local.	El EBS entrega los servicios de salud con un paquete mínimo de acciones del primer nivel de atención. Los EBS son itinerantes y tienen el apoyo del FC quien puede tener como responsabilidad la cobertura de varias comunidades. Los llamados centros de convergencia son lugares improvisados para realizar la consulta. La visita mensual no permite la identificación de riesgo obstétrico oportuno para su referencia. El tipo de contratación y prestaciones laborales de los EBS es infrahumano. Los desembolsos del ministerio de finanzas que es trimestrales afecta al trabajador y la disponibilidad de recursos con retrasos de 3 ó 6 meses. El recargo de funciones para la entrega de alimentos hace menos eficiente el trabajo de los EBS. / Es vital replantear la responsabilidad del Estado guatemalteco para asumir sus funciones públicas para mejorar la calidad de servicios que por mandato constitucional tiene el MSPAS.
Medios de comunicación	Posibilidad de medidas de promoción y prevención en temas de salud en el idioma local.	No existe una coordinación desde el nivel de la DAS que priorice las temáticas a desarrollar con los idiomas propios de cada municipio. / Se requiere el apoyo desde el nivel central que tiene a los profesionales de las Ciencias de la Comunicación para diseñar las estrategias de comunicación para la mujer embarazada.
Oficina municipal de la mujer	Interés de coordinar capacitación sobre temas de salud materna a través de redes sociales de mujeres.	La falta de asignación del presupuesto municipal afecta la contratación de personal y el desarrollo de las actividades programadas. En los municipios plurilingües la variedad de idiomas es una barrera a superar para la divulgación de materiales educativos. / Con solidar los mecanismos de gestión del plan de trabajo de la OMM con énfasis en las actividades relacionadas a la salud materna.

Fuente: elaboración propia con base al programa PolicyMaker

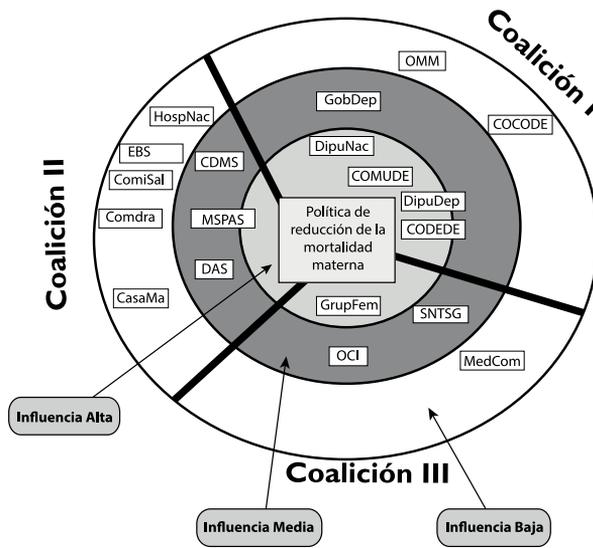
El COCODE de acuerdo al mandato legal tuvo la posibilidad de elevar iniciativas de proyectos en salud materna. Se requirió una planificación estratégica acorde a las necesidades de atención en salud materna del municipio

Es vital replantear la responsabilidad del Estado guatemalteco para asumir sus funciones públicas para mejorar la calidad de servicios que por mandato constitucional tuvo el MSPAS. Se requirió el apoyo desde el nivel central que tuvo a los profesionales de las ciencias de la comunicación para diseñar las estrategias de comunicación para la mujer embarazada. Además de consolidar los mecanismos de gestión del plan de trabajo de la OMM con énfasis en las actividades relacionadas a la salud materna. (Ver tabla 6.16)

6.3.4 Posición de los actores respecto de las metas, mecanismos y coaliciones

El mapa de coalición permitió diagramar las coaliciones actuales de los actores con respecto a la política de reducción de la mortalidad materna. Los actores tuvieron la misma posición en la política, pero no pertenecieron a una coalición. Este análisis visualizó las coaliciones actuales y potenciales. Agrupa a los actores en coaliciones, y el uso de los tres círculos concéntricos que representan los niveles de fuerza o la proximidad a la decisión.

Figura 6.2: Mapa de coaliciones en torno a la política de reducción de la mortalidad materna



Fuente: elaboración propia (Ver tabla 6.17)

Tabla 6.17 Abreviaciones de los nombres de actor de acuerdo al nivel de estudio

Abreviación	Nombre del Actor	Nivel
CODEDE	Consejo departamental de desarrollo	Departamental
CasaMat	Casa materna	Departamental
DipuDep	Diputado	Departamental
DAS	Dirección de área de salud	Departamental
GobDep	Gobernador departamental	Departamental
HospNac	Hospital nacional	Departamental
Comdra	Comadrona	Municipal
ComiSal	Comisión de salud	Municipal
COMUDE	Consejo municipal de desarrollo	Municipal
COCODE	Consejos comunitarios de desarrollo	Municipal
MedCom	Medios de comunicación	Municipal
CDMS	Coordinador de distrito municipal de salud	Municipal
CTDMS	Consejo técnico de distrito municipal de salud	Municipal
EBS	Equipo básico de salud	Municipal
OMM	Oficina municipal de la mujer	Municipal
DipuNac	Diputados	Nacional
GrupFem	Grupos feministas	Nacional
MSPAS	Ministerio de salud pública y asistencia social	Nacional
OCI	Organismo de la cooperación internacional	Nacional
SNTSG	Sindicato nacional de trabajadores de salud de Guatemala	Nacional

Fuente: elaboración propia

En el Mapa de coalición se observaron tres coaliciones: I) aglutinó a los actores con influencia alta, todos ellos con un mandato legal que les confirió medios de poder para promover, políticas, programas y proyectos en atención a la salud materna; II) enlazó a los proveedores de salud y grupos de base comunitaria todos ellos se articularon en la atención directa de acceso o entrega, de servicios de salud materna, con predominio de influencia

media y baja; III) con influencia media alta de nivel nacional, los medios de comunicación si bien fueron considerados un medio de poder en este caso su limitación es por el campo en el cual operó de nivel municipal, cabe resaltar el nivel de influencia alto de los grupos feministas que incidieron en iniciativas de ley en favor de la salud de la mujer. (Ver figura 6.2)

7. Resultados

Análisis de gobernanza y participación social

De acuerdo a los indicadores propuestos en el análisis se tienen dos dimensiones exploradas, por un lado la normativa y operativa que desagregó 8 indicadores para la variable de gobernanza en la descentralización de programas; por el otro la dimensión de movilización de recursos para la prevención de la mortalidad materna que exploró la variable de participación social. Estos indicadores se construyeron con la síntesis de los datos provenientes de fuentes de información documentales y de las entrevistas de campo.

Los indicadores se expresaron en matrices donde se valoró con base a los criterios de: a) el nivel; b) la capacidad; c) la densidad y; d) el peso, estos criterios a su vez fueron valorados en una escala de: a) bajo □; b) medio ■ y; c) alto ■ (56) (187). En cuanto el criterio no se identificó en el rubro que se analizó se consignó con las letras NE= No existe. Las matrices usaron como base el desarrollo de investigaciones previas (4) (35) (56), con modificaciones que se adecuaron al tema de programas contra la mortalidad materna. Cada uno de los indicadores tuvo previamente una definición para orientar el nivel de aplicación. En particular el indicador de participación social tomó como base una nueva propuesta teórica para su aplicación como un recurso para evaluar la participación social (75).

La organización del capítulo atendió al siguiente orden: a) los primeros seis indicadores se construyeron con los gobiernos que sucedieron en el periodo de estudio, lo cual presentó un marco de comparación en el tiempo: 1) Planeación y formulación de políticas; 2) Legislación sectorial; 3) Capacidad operativa del gobierno; 4) Habilidad directiva; 5) Estabilidad política y conflictiva sectorial; 6) Transparencia en la gestión; b) los últimos tres indicadores son de coyuntura; 7) Tipo de interacción y transacción entre actores; 8) Participación social; 9) Participación directa en salud.

7.1 Planeación y formulación de políticas

La planeación y formulación de políticas se refiere a la capacidad de las autoridades del MSPAS para delimitar prioridades en una agenda con desarrollo continuo, abordada a través de las políticas que se expresaron en los planes estratégicos de la salud reproductiva orientada a la reducción de la mortalidad materna en el periodo bajo estudio.

Tabla 7.1 Planeación y formulación de políticas de 1996 a 2012

Capacidad de las autoridades para delimitar prioridades	Años de los gobiernos de la reforma del sistema de salud			
	(1996 -2000) PAN	(2000 – 2004) FRG	(2004 – 2008) GANA	(2008 -2012) UNE
Existencia de agenda ministerial con temas con permanencia	□	■	□	□
Direccionalidad de políticas del ministerio de salud	□	■	■	□
Existencia de planes estratégicos	□	■	□	□

□ Baja capacidad ■ Media capacidad ■ Alta capacidad

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7.1 se mostró que el gobierno con un nivel medio alto en planeación y formulación de políticas para la reducción de la mortalidad materna sucedió durante el gobierno del FRG (2000-2004) en este periodo cobró relevancia la figura institucional de la SEPREM y la incidencia política que tuvo en el MSPAS para concertar una agenda interinstitucional dirigida a la formulación de “Los lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna 2003” con un fuerte componente de participación comunitaria, en el desarrollo de “planes de emergencia” para atender la emergencia obstétrica en el nivel local garantizó disponibilidad de transporte. En ese mismo periodo se tuvieron “Las recomendaciones de la línea basal de mortalidad materna 2000”. Los temas permanentes en los planes de los gobiernos subsecuentes retomaron de este periodo la aplicación del método de las cuatro demoras

que hasta la fecha es un medio de orientación en el diagnóstico oportuno para referir las emergencias obstétricas desde el nivel comunitario.

El “Plan estratégico para reducir la mortalidad materna 2004-2008 del MSPAS”. No tuvo aportes importantes que modificaran las estrategias planteadas por el gobierno anterior. Hubo un cambio estratégico en el gobierno de la UNE (2008-2012) quien acentuó el trabajo en los servicios sanitarios de los tres niveles de atención, retiró en gran medida el apoyo a las acciones comunitarias del “Plan de acción para la atención calificada materna y neonatal normal y complicada en los servicios institucionales de atención de parto. (Hospital, CAIMI, CAP y Maternidades)”. (Ver tabla 7.1)

7.2 Legislación sectorial

El análisis de la capacidad de las autoridades legislativas para la formulación de los dispositivos de reforma en distintos niveles del ejercicio público, los distintos dispositivos requirieron la regulación de procedimientos en concordancia con las necesidades de atención materna en el marco de la salud reproductiva. También se identifican los dispositivos de legislación sectorial que se emitieron en torno: a) la gobernanza y; b) la participación social.

Tabla 7.2 Recursos legales aprobados de 1996 a 2012 relacionados a la reducción de la mortalidad materna

Tipos de dispositivos que emite el sector	Periodos de los gobiernos de la reforma del sistema de salud			
	(1996 -2000) PAN	(2000 – 2004) FRG	(2004 – 2008) GANA	(2008 -2012) UNE
Legislación sectorial	(a) Ley orgánica del presupuesto (1997) (b) Ley orgánica del ejecutivo (1997) (b) Ley de dignificación y promoción Integral de la mujer (1999)	(a) Acuerdo gubernativo de creación de la SEPREM (2000) (b) Ley Desarrollo Social (2001) (c) Ley de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural (2002) (d) Ley General de Descentralización (2002)	(a) Ley marco de los acuerdos de paz (2005) (b) Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su Integración en el programa nacional de salud Reproductiva (2005)	(a) Ley de maternidad saludable (2010)*

Continúa Tabla 7.2

Tipos de dispositivos que emite el sector	Periodos de los gobiernos de la reforma del sistema de salud			
	(1996 -2000) PAN	(2000 – 2004) FRG	(2004 – 2008) GANA	(2008 -2012) UNE
Códigos	(c) Código de salud (1997)	(e) Código municipal (2002) (f) Reforma al código de salud (2003) Art. 5 sobre la participación de la comunidad en los servicios de salud		(b) Reforma al código municipal (2010)
Acuerdo ministerial			(c) “Salud solidaria el médico en tu casa” (2006)	(c) Crear la Unidad de atención de la salud de los pueblos indígenas e interculturalidad en Guatemala (2009)
Reglamentación de nuevas leyes	(d) Reglamento orgánico interno del MSPAS (1999)	(g) Reglamento de la Ley general de descentralización (2002) (h) Reglamento de la Ley de los consejos de desarrollo urbano y rural (2002) (i) Reglamento interno de la SEPREM (2001)	(d) Reformas al reglamento interno de la SEPREM (2007)	(d) Reglamento de la Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva (2009) (e) Reglamento interno de la unidad de atención de la salud de los pueblos indígenas e interculturalidad en Guatemala (2010)

Fuente: elaboración propia. (*) Reglamento de la Ley para la Maternidad Saludable (2012) Aprobado el 29 de marzo de 2012 periodo de gobierno del partido Patriota

Los dispositivos legales fueron la base para el desarrollo de grandes acuerdos nacionales que surgieron después de la firma de los Acuerdos de Paz. Por un lado se tuvo la base legal de descentralización que conllevó la transformación del modelo de Estado centralizado a un modelo que desconcentró la distribución de recursos a un nivel regional, departamental y municipal. El código de Salud y el Reglamento Orgánico Interno del MSPAS, constituyeron la

base legal del sistema de salud para la entrega de servicios, tanto del modelo tradicional como del modelo de Extensión de Cobertura en el primer nivel de atención. En cuanto a la participación ciudadana la base legal fue con la Ley de Consejos de Desarrollo que tuvo una articulación legal con la Ley de Descentralización se generó de esta forma la base del sistema de aprobación de política, programas y proyectos en diversas áreas del desarrollo nacional, regional, departamental, municipal y local, este plano legislativo procuró la armonización con el Código Municipal y sus subsecuentes reformas en cuanto a los medios de poder y toma de decisiones. (Ver tabla 7.2)

La lucha del movimiento feminista logró la Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer, este recurso de ley de reivindicación de derecho de la mujer, fue ratificado con el surgimiento de la SEPREM, la cual articuló a la Ley de Desarrollo Social para dar peso a las demandas de la salud integral de la mujer y el surgimiento del Programa Nacional de Salud Reproductiva, programa que fue reforzado con la Ley Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el PNSR. Entre los recursos legales específicos en salud materna se encontró a la Ley de maternidad saludable que abrió espacios de garantía en el acceso a los servicios y el tema de interculturalidad, este último aspecto se refrenda en el Acuerdo Ministerial que creó la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala. (Ver tabla 7.2)

En el inicio del periodo de la Reforma del sistema de salud durante el gobierno del PAN (1996 -2000) los dispositivos legislativos fueron limitados, cabe resaltar el código de Salud y Reglamento orgánico interno del MSPAS como base de la apertura al ingreso de las ONG's médicas prestadoras de servicios. Se observó en los dispositivos legales que en el periodo de gobierno del FRG (2004-2008) las aprobaciones de recursos en materia de: a) descentralización; b) participación ciudadana; c) derechos de la mujer; y; d) gobierno municipal tuvo una agenda importante para incidir en el mapa político de actores sociales y sus recursos de poder, en torno a los temas de salud materna que incidieron en la mortalidad materna. En el periodo de la GANA (2004 – 2008) se reforzó la firma de los Acuerdos de Paz con la aprobación de la Ley Marco de los Acuerdo de Paz y un desarrollo importante con la creación del PNSR con

su respectivo impuesto, así como la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar. (Ver tabla 7.2)

7.3 Capacidad operativa del gobierno

Se registraron 4 campos de la administración sanitaria: la producción y productividad; financiamiento sectorial; distribución de servicios y capacidad operativa de los programas contra la mortalidad materna, en el ejercicio de los distintos gobiernos de la reforma del sistema de salud.

Tabla 7.3 Capacidad operativa del gobierno de 1996 a 2012

Campo de administración sanitaria	Años de los gobiernos de la reforma del sistema de salud			
	(1996 -2000) PAN	(2000 – 2004) FRG	(2004 – 2008) GANA	(2008 -2012) UNE
Producción y productividad en atención materna	□	□	□	□
Financiamiento sectorial para la atención materna	■	■	■	■
Distribución de los servicios en atención materna	■	■	■	■
Capacidad operativa del programa contra la mortalidad materna	■	□	□	□

□ Existe capacidad ■ No existe capacidad

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7.3 se observó la capacidad operativa de los gobiernos de turno a través del departamento de planificación central y las Direcciones de área, quienes fueron responsable de accionar el presupuesto para alcanzar las metas programadas en salud que incidieron en el nivel operativo para generar acciones de atención materna, no mostraron cambios relevantes aun cuando se fijó desde el año 2000 el alcance de las metas del milenio. En cuanto a la productividad el limitado recurso del presupuesto de salud mostró periodos

de crisis por la falta de insumos, medicamentos y pago a los trabajados. Es notorio que a pesar de la asignación específica del impuesto generado por la Ley del impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas destiladas, cerveza y otras bebidas fermentadas (2004) asignó el 15% para los programas de salud reproductiva, planificación familiar y alcoholismo del MSPAS, no se observó un cambio en la reducción de la mortalidad materna.

No existió el acceso a información de cuentas nacionales desagregada por programas, exceptuando algunos rubros, por operar en bolsones de recursos económicos los cuales no siempre estuvieron programados a nivel operativo, a pesar que el MSPAS desde el año 2004 digitalizó la información del gasto en salud las fuentes de financiación fueron diversas y no se logró establecer la asignación real por programas y áreas geográficas. En cuanto a la distribución de servicios existió una estructura que no dio cuenta real de la capacidad de resolución de los servicios por tener una categoría que en la realidad por factores como: deficiencia de insumo, falta de equipamiento y recurso humano especializado. No logró resolver la demanda de atención de emergencia obstétrica. (Ver tabla 7.3)

Fue en el gobierno de la UNE (2008-2012) que se intensificó la inversión en contratación de recurso humano para la ampliación de horario, en lugares que se encontraron saturados de personal, paradójicamente en otros no existió infraestructura y se encontraron atendidos por el PEC. Con excepción del primer gobierno de la reforma del sistema de salud bajo estudio, los demás incidieron en pelear con algunas mejoras el programa de atención materna, desde el nivel normativo, estratégico y operativo. Al grado que en los departamentos, cada DAS contó con personal asignado al PNSR, quienes ejecutaron desde un nivel nacional la agenda de acciones. (Ver tabla 7.3)

7.4 Habilidad directiva

Fue la capacidad desarrollada por el funcionario líder y los decisores para atender la demanda, en relación con los programas de atención materna dirigidos a la reducción de la mortalidad materna.

Tabla 7.4 Habilidad directiva de 1996 a 2012

Capacidad directiva	Años de los gobiernos de la reforma del sistema de salud			
	(1996 -2000) PAN	(2000 – 2004) FRG	(2004 – 2008) GANA	(2008 -2012) UNE
Especialización de los directivos en administración y gobierno en salud	■	■	■	■
Tipo de selección del personal directivo	■	■	■	■
Régimen laboral y salarial de directivos	□	□	□	□
Medios de control para evitar el tráfico de influencia en los contratos	■	■	■	■

□ Existe capacidad ■ No existe capacidad

Fuente: elaboración propia

La capacidad desarrollada por el funcionario líder y los decisores para atender la demanda, en relación con los programas de atención materna dirigidos a la reducción de la mortalidad materna, se encontró afectada por la discrecionalidad para otorgar plaza por filiación, al partido de gobierno y los diputados departamentales, en los puestos de Dirección técnica de acuerdo al nivel de influencia. Los contratos temporales fuera del régimen laboral y salarial afectaron principalmente a los directivos del nivel central. En forma descendente, en el nivel departamental y municipal, de acuerdo a la proximidad de los servicios de salud con respecto a el área urbana. No existieron antecedentes que los puestos directivos correspondieron algún nivel de competencia en administración de gobierno en salud, estas condiciones se mostraron permanentes en los 4 gobiernos. (Ver tabla 7.4)

7.5 Estabilidad política y conflictiva sectorial

Las relaciones de cumplimiento contractual entre los prestadores de servicios del sector público entre ellos las ONG's médica se presentó en un ambiente

de tensión laboral en donde los conflictos entre sectores afectaron la oferta de servicios por diversos factores entre ellos: insuficientes insumos, incumplimiento del pacto laboral, falta de ajuste salarial, etc. Todos estos representativos del liderazgo institucional a través de sus altos mandos del ejecutivo.

Tabla 7.5: Estabilidad política y conflictiva sectorial de 1996 a 2012

Estabilidad política y conflictiva sectorial	Años de los gobiernos de la reforma del sistema de salud			
	(1996 -2000) PAN	(2000 – 2004) FRG	(2004 – 2008) GANA	(2008 -2012) UNE
Incumplimiento del pacto Laboral sector sindical	■	□	■	■
Apoyo al modelo PEC sector sindical	□	■	■	■
Insumos insuficientes	□	□	□	□
Falta de ajuste salarial sector salud	□	□	□	□
Falta de prestaciones laborales en el modelo del PEC	□	□	□	□

□ Existe ■ No existe

Fuente: elaboración propia

En el inicio de la propuesta del modelo de extensión de cobertura el sector sindical más fuerte del país SNTSG respaldó la estrategia como una respuesta del estado a las necesidades de atención de salud en las zonas más postergadas. Sin embargo, frente a las demandas subsecuentes de los trabajadores de las ONG's por la falta de cumplimiento de contratos y prestaciones laborales, el movimiento sindical retiró el apoyo al modelo de extensión de cobertura. La conflictividad de demandas de derechos laborales en el país aglutinó a diversos movimientos sindicalista, en el gobierno del FRG se tuvo la firma del pacto laboral el cual indicó la necesidad de formar una mesa de discusión, entre el gobierno y el sector sindical para mejorar las condiciones

del empleado del MSPAS, sin embargo el empleado de las ONG's médicas nunca fue incluido. Los gobiernos de la GANA y la UNE fueron 8 años de tensión con el sector de trabajadores sindicalizados dado que las mesas de dialogo concertadas en el pacto laboral nunca fueron convocadas. (Ver tabla 7.5)

La fragilidad de la forma de contratación temporal del personal del modelo del PEC, unido a la falta de prestaciones y la movilidad que el trabajador realizó para vivir cerca de las comunidades postergadas, generó un doble pago de vivienda en aquellos con familia. Las denuncias de falta de cobertura de seguro social para cubrir las emergencias de trabajo y muerte, fueron corroborados por médicos que trabajaron en promedio de 8 a 10 años en las ONG's médicas. El encubrimiento de embarazos para prolongar la contratación del personal femenino también sucedió de acuerdo a experiencias relatadas. El agravante de condiciones laborales sucedió con la falta de insumos, medicamentos y medios de transporte para llegar a las comunidades. El clima de incertidumbre en las condiciones laborales no permitió a los EBS hacer la entrega de servicios en condiciones apropiadas. (Ver tabla 7.5)

En reacción al mal servicios entregado en algunas comunidades, la auditoria social permitió presentar demandas contra las ONG's prestadoras de servicios de salud. Las demandas que fueron trasladadas a la DAS quienes solicitaron la intervención de los administradores de las ONG para mejorar el servicio. Lo cual consistió en el cambio de personal, al respecto un médico relata lo siguiente: “el cambio de trabajadores de los EBS es como lo que sucede en un partido de futbol, sale uno y entra otro” además relato un accidente que tuvo en carretera ante tal situación no tuvo asistencia médica por parte de la ONG y tuvo que pagar el 50% del costo de reparación del vehículo. Otro trabajador resalto el hecho que como castigo a los que comenten alguna falta les envían a las comunidades más alejadas, citó el municipio con mayor distancia con respecto a la cabecera departamental. (Ver tabla 7.5)

7.6 Transparencia en la gestión

En un sistema político democrático, los funcionarios públicos y ciudadanos, se caracterizarón por rendir cuentas a través de datos que revelarán el desempeño,

gasto y resultados de su administración (36). El acceso a la información en sistemas democráticos fueron una fuente de datos para la transparencia, en este sentido se exploró la existencia de mecanismos de rendición de cuentas y el acceso a la opinión pública en temas relacionados con la mortalidad materna.

Tabla 7.6: Transparencia en la gestión de 1996 a 2012

Transparencia en la gestión	Años de los gobiernos de la reforma del sistema de salud			
	(1996 -2000) PAN	(2000 – 2004) FRG	(2004 – 2008) GANA	(2008 -2012) UNE
Existencia de mecanismos de rendición de cuentas	■	■	□	□
Acceso a la información pública	■	■	■	□
Auditoria social local	■	□	■	■

□ Existe ■ No existe

Fuente: elaboración propia

En el periodo de estudio, el gobierno con mayores logros en la incorporación con un marco legislativo para la rendición de cuentas fue la GANA 2004-2008. Posteriormente el gobierno de la UNE generó las condiciones para una Ley de Acceso a la Información Pública. Sin embargo, ambos marcos legislativos no fueron herramienta que normó los procedimientos para considerar que fueron efectivos los logros en materia de transparencia. Por un lado, el sistema de compra del estado fue continuamente mal utilizado para las compras de medicamentos e insumos. Por el otro lado, los sistemas de información pública tuvieron un bajo nivel de efectividad, pues aun cuando se tuvieron oficinas, números telefónicos y portal de Internet los mismos carecieron de eficiencia para presentar la información. (Ver tabla 7.6)

Cabe resaltar, en el periodo de gobierno del FRG se alcanzó en el año 2003 la Reforma al Código de salud en el Art. 5 sobre la Participación de la comunidad:

“El Estado garantizó el derecho de participación de las comunidades, en los programas y servicios de salud, en lo que respecta a la planificación, organización, control y fiscalización social”. Además se contó con amplios recursos legales como: la Constitución de la República de Guatemala, leyes (básicamente la de consejos de desarrollo) y acuerdos (De Paz, Pacto Fiscal, Agenda Nacional compartida, entre otros) para la auditoría social (188), sin embargo el nivel de aplicación por parte de la sociedad civil sucedió en espacios restringidos y con mayor frecuencia en los grupos organizados de nivel nacional como el OSAR para los temas de salud reproductiva y mortalidad materna. (Ver tabla 7.6)

Los mecanismos de auditoría social fueron excepcionalmente empleados en el nivel municipal y comunitario, en temas de mortalidad materna. Se tuvo acceso a dos relatos que evidenciaron el uso de la auditoría social para presentar una denuncia sobre el trabajo de los EBS en uno de los municipios bajo estudio. Sin embargo las condiciones que fueron expuestas de falta de cumplimiento de visitas, horarios restringidos de atención, falta de insumos, entre otros, fueron las condiciones que caracterizaron en gran medida los servicios de las comunidades bajo el modelo de Provisión de Servicios de Salud del PEC. Algunas acciones de seguimiento en torno a las muertes maternas que sucedieron en el año 2010 en el Municipio A, promovieron la investigación epidemiológica y se usó la metodología de los eslabones. (Ver tabla 7.6)

7.7 Tipo de interacción y transacción entre actores

Las interacciones se refirieron a los factores que organizaron entre los actores, desde los procesos y las reglas, con las cuales sobre un hecho social en particular la sociedad tomó sus decisiones en el ámbito de la salud, apoyada en la vida en democracia y salud (56). Las transacciones se refirieron a los atributos de una estructura de gobernanza que incluyeron la intensidad de incentivos, el control administrativo y el régimen de contrato de derecho (189). Las transacciones como concepto fue aplicado en estudios de sistemas de salud desde la gobernanza para determinar los tipos de transacciones entre actores (56).

7.7.1 Tipo de interacción entre actores

El indicador recabó información de los siguientes rubros: a) el estatus de los actores; b) características de los actores y; c) la densidad de las relaciones entre los actores.

a) Los actores gozan de un grado de visibilidad (56), pero el mismo no supuso la determinación o nivel de influencia en la política en salud, de allí que fue importante la identificación de la confluencia de grupos con determinados grados de visibilidad quienes definieron la agenda más o menos visible de la gobernanza del sistema de salud, en cuánto a los programas contra la mortalidad materna.

Tabla 7.7 Estatus de los actores en el ámbito de los programas contra la mortalidad materna de acuerdo al grado de visibilidad

Grado de visibilidad	Estatus de los actores	
	Formales	Informales
Visible	Diputados Proveedores de servicios de salud Autoridades departamentales Grupos Feminista MSPAS	Comisión de Salud Comadrona Casa Materna
Invisible	COMUDE COCODE Oficina Municipal de la Mujer Organismos de Cooperación Internacional SNTSG	Mujeres embarazadas Medios de Comunicación

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7.7 se observó que en el estatus formal y visible se aglutinaron los proveedores de servicios de salud así como los actores de nivel nacional con mayor recursos de poder y capacidad de legislación nacional y ministerial. Entre los actores de estatus formal con grado invisible se encontró a los Consejos de Desarrollo Comunitario y Municipal conjuntamente con la OMM, quienes no lograron empoderamiento de sus funciones, toda vez se

debió considerar su limitada capacidad de injerencia en la ejecución de recursos para proyectos de salud materna. En estatus de informales y visibles se ubicaron a los grupos organizados de base comunitaria y la comadrona. La Casa Materna fue un actor visible para apoyar las políticas de salud materna con un estatus informal. Entre los informales e invisibles se ubicaron a las usuarias, medios de comunicación. El sindicato fue un actor formal SNTSG que tuvieron un grado bajo de influencia para promover las políticas de salud materna.

b) Las características de los actores se refirió a los espacios de intervención, su modo de expresión, sus intereses declarados, su ideología, el control que tuvieron sobre determinados recursos, su relación con otros actores y su importancia percibida, vinculados a los programas contra la mortalidad materna.

Tabla 7.8 Características de los actores vinculados a los programas contra la mortalidad materna de acuerdo al tipo de actor

Características de los actores	Tipo de Actor						
	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V	Actor VI	Actor VII
Tipo	-Usuarias	-Grupos comunitarios	-Comadrona	-Proveedores	-OSC	-Gobierno	-Diputados
Status	-Informal	-Informal	-Informal	-Formal	-Formal	-Formal	-Formal
Espacio de intervención	-Parentela	-Parentela -Redes sociales -Comunitario	-Parentela -Redes sociales -Comunitario	-Sistema de servicios de salud -Comunitario	-Red social -Agenda pública -Iniciativa de ley -Protección de derechos sociales	-Público y privado -Provisión de servicios -Protección de derechos sociales -Representación social	-Público -Provisión de servicios -Representación social -Protección de derechos sociales
Modo de expresión (por tipo de respuesta)	-Pasivo	-Reactivo	-Proactivo -Coyuntural	-Normativo -Dinámico -Coyuntural -Prescriptivo	-Normativo -Dinámico -Coyuntural -Proactivo	-Normativo -Dinámico -Coyuntural -Proactivo -Prescriptivo	-Normativo -Dinámico -Coyuntural -Proactivo -Prescriptivo

Continúa Tabla 7.8

Características de los actores	Tipo de Actor						
	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V	Actor VI	Actor VII
Intereses declarados	-Recibir atención a la salud materna.	-Detección de señales de peligro -Demanda de -Servicios de atención materna -Apoyo en la toma de decisión -Movilización de recursos	-Ofertar atención prenatal y atención del parto -Detección de señales de peligro -Apoyo en la toma de decisión -Movilización de recursos	-Ofertar atención prenatal, parto, puerperio y emergencia obstétrica	-Garantizar los derechos sexuales y reproductivos -Desigualdad de género -Rendición de cuentas PNSR -Vigilancia de la MM -Derechos laborales	-Garantizar los derechos a la salud materna	-Legislar -Asignar presupuesto -Mecanismo de rendición de cuentas -Derechos de la mujer
Ideología, visión	-Individual	-Colectiva	-Colectiva	-Gremial	-Colectiva -Incluyente -Laborista	-Colectiva -Incluyente	-Colectiva -Partidista (izquierda, centro, derecha) -Incluyente
Recursos controlados	-Cultura -Simbólico	-Cultural -Simbólico -Recursos monetarios	-Cultural -Simbólico	-Capital social -Recursos monetarios	-Organizaciones sociales -Capital político -Capital social -Cultura -Marcos normativos	-Organizaciones públicas. -ONG's médicas -Capital social -Cultura -Marcos normativos	-Organización pública - Capital social -Cultura -Capital político
Importancia percibida	-Baja	-Baja	-Alta	-Alta	-Alta	-Alta	-Alta

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7.8 se compilaron las características de los actores vinculados a los programas contra la mortalidad materna, las usuarias tuvieron un status informal y su espacio de intervención sucedió en el entorno familiar con un modo de expresión pasivo receptora del interés declarado por recibir la atención materna se movió en una visión individual acorde a los recursos que controló de tipo cultural y simbólicos con una importancia baja. En el ámbito local los grupos comunitarios tuvieron un status informal con espacios de intervención en la parentela, redes sociales y comunitario, su modo de expresión fue proactivo y coyuntural, además sus intereses declarados fueron amplios desde la detección de señales de peligro que fue una de las estrategias por las cuales fueron organizados para el apoyo de la mujer embarazadas, la demanda de servicios de salud materna, cobraron un papel importante en apoyo a la

toma de decisión de la mujer con emergencia obstétrica y consecuentemente la movilización de recursos.

La comadrona tuvo un estatus formal muy bien identificado por la comunidad y los proveedores de servicios de salud tanto el modelo tradicional como el modelo PEC, el espacio de intervención fue a través de la parentela, redes sociales locales y el ámbito comunitario, su modo de expresión es proactivo y coyuntural, tuvo intereses declarados en cuanto a ofertar atención prenatal y atención del parto, fundamentalmente, además participó en la detección de señales de peligro, apoyó en la toma de decisión de la mujer embarazada y conjuntamente con los grupos comunitarios y redes locales la movilización de recursos, con una visión colectiva de su papel social. Entre los recursos controlados tuvo los propios de la cultura y simbólico con una importancia percibida alta. (Ver tabla 7.8)

Los proveedores fueron formales y su espacio de intervención fue en el sistema de servicios de salud y comunitario, el modo de expresión fue normativo, dinámico, coyuntural y prescriptivo. Los intereses declarados fueron de ofertar atención prenatal, parto, puerperio y la atención de emergencia obstétrica. Los proveedores tuvieron una ideología de tipo gremial con recursos controlados de capital social y recursos monetarios. (Ver tabla 7.8)

Las organizaciones de la sociedad civil fueron de tipo formal, el espacio de intervención fue a través de las redes sociales, la agenda pública, iniciativas de ley y protección de derechos sociales, en cuanto a su modo de expresión fue normativo, dinámico, coyuntural y proactivo. Los intereses declarados fueron amplios para garantizar los derechos sexuales y reproductivos, se acentuó las diferencias en salud por la desigualdad de género, con mandato legal para tutelar la rendición de cuentas del PNSR, usó como mecanismo la vigilancia de la mortalidad materna por medio de su red social. Este actor aglutinó al sector sindical quienes tuvieron los derechos laborales como interés declarado. La ideología fue colectiva, incluyente y laborista, tuvieron como recursos controlados a las organizaciones sociales, el capital político, capital social, cultura y marcos normativos. El OSC tuvo una importancia alta. (Ver tabla 7.8)

El gobierno en sus distintos niveles tuvo un estatus formal, con un amplio espacio de intervención como fue el público y privado, en la provisión de servicios, la protección de los derechos social y representación social. El modo de expresión fue amplio en lo normativo, dinámico, coyuntural, proactivo y prescriptivo, al observar sus intereses declarados se sintetizaron en garantizar los derechos a la salud materna. El gobierno tuvo una ideología colectiva e incluyente con recursos controlados en las organizaciones públicas y ONG's médicas, capital social, cultural y marcos normativos. Además tuvo una importancia percibida alta. (Ver tabla 7.8)

Los diputados fueron un tipo de actor formal, con un espacio amplio de intervención en lo público, la provisión de servicios, representación social y protección de derechos sociales. Además tuvieron un modo de expresión variado entre lo normativo, dinámico, coyuntural, proactivo y prescriptivo. El poder legislativo tuvo intereses declarados por su peso para legislar, asignar presupuesto, mecanismos de rendición de cuentas y derechos de la mujer. La ideología de ellos fue colectiva, partidista e incluyente, entre los recursos controlados, tuvo a las organizaciones públicas, capital social, cultura y capital político. Contaron con una importancia percibida alta. (Ver tabla 7.8)

Cabe resaltar que los actores formales: proveedores, organizaciones de la sociedad civil, gobierno y diputados, contaron con un número más amplio de espacios de intervención, modo de expresión, intereses declarados y recursos controlados. En cuanto a los actores informales: usuarias, grupos comunitarios y comadrona, tuvo un número menor en sus características con respecto a los formales. Entre los actores informales la usuaria fue relegada a las características más limitadas, mientras la comadrona tuvo características que le posibilitaron mayores vínculos con los programas contra la mortalidad materna. Los actores formales tuvieron características diversas y complementarias acordes a los espacios de intervención donde el gobierno y diputados tuvieron mayor oportunidad, en este grupo resaltó el OSC quienes mostraron en sus intereses temas propios que potencialmente incidieron en la mejora de los programas contra la mortalidad materna. (Ver tabla 7.8)

c) La densidad de las relaciones entre los actores, fue el nivel de intensidad y vinculación que existió entre los actores como entre ellos mismos, quienes interaccionaron en torno a los programas contra la mortalidad materna.

Tabla 7.9 Densidad de las relaciones entre los actores

Tipo de actor	Tipo de actor						
	Actor I usuaria	Actor II grupos comunitarios	Actor III comadrona	Actor IV proveedores	Actor V OSC	Actor VI gobierno	Actor VII diputados
Actor I	□	□	■	□	NE	NE	NE
Actor II	□	□	■	□	NE	NE	NE
Actor III	■	■	■	■	□	NE	NE
Actor IV	□	□	■	■	■	■	NE
Actor V	NE	NE	□	■	■	■	■
Actor VI	NE	NE	NE	■	■	■	■
Actor VII	NE	NE	NE	NE	■	■	■

□ Baja densidad ■ Media densidad ■ Alta densidad NE= No Existe

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7.9 se observó la densidad de las relaciones entre actores con una densidad alta en los actores V, VI y VII quienes en los últimos 10 años promovieron los marcos legislativos vigentes en materia de salud sexual y reproductiva. Con una media densidad de los actores IV, V y VI quienes se relacionaron en niveles operativos de forma programada o coyuntural, por un lado los que proveyeron servicios de salud materna (actor IV), los que regularon la contratación y operaron los medios normativos (actor VI).

Cabe resaltar la alta densidad de los OSC quienes tuvieron los mecanismos de rendición de cuentas con una alta incidencia política en materia de legislación en favor de los derechos sexuales y reproductivos. En el otro extremo de la tabla se observó una baja densidad entre los actores I, II y IV quienes actuaron en un nivel municipal. No existió ninguna densidad entre usuarias. Mientras se observó una tendencia de media y alta densidad en las relaciones que se construyeron con la comadrona por parte de los tres actores antes citados. Este análisis resaltó la importancia de la comadrona como actor articulador en las relaciones locales y los proveedores de servicios, sin embargo los OSC con las comadronas tuvieron una relación incipiente de baja densidad. Al momento del estudio no se registró relaciones entre los actores: usuaria con OSC, gobierno y diputados; grupos comunitarios con OSC, gobierno y diputados; comadronas con gobierno y diputados. (Ver tabla 7.9)

7.7.2 Tipo de transacción

Para su clasificación y comprensión del rol y peso específico de las diferentes transacciones, se propuso cuatro niveles de análisis:

- a. Negociación, cuando la interacción entre actores se dio a partir del planteamiento de una necesidad de salud materna y fue posible llegar a un acuerdo de beneficios en la prestación de servicios de salud materna (56).
- b. Dirección, interacción entre actores con el fin de dirigir o tener el mando en la provisión de servicios de salud materna (56).
- c. Distribución, se refirió a cualquier interacción donde se concretó la asignación o reasignación de recursos o insumos para la salud en la provisión de servicios de atención materna (56).
- d. Reciprocidad, representó el nivel de ganancia o beneficio mutuo que resultó de una interacción entre actores en torno a la atención materna (56).

a) Transacción por función del sistema de salud

Tabla 7.10 Tipo de transacción por función del sistema de salud en los programas contra la mortalidad materna

Tipo de transacción	Tipo de función del sistema		
	Financiamiento y aseguramiento	Rectoría y regulación	Provisión de servicios
Negociación	□	□	■
Dirección	□	▒	▒
Distribución	□	▒	▒
Reciprocidad	□	□	□

□ Baja capacidad ▒ Media capacidad ■ Alta capacidad

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7.10 se observaron las capacidades de las transacciones sucedidas de acuerdo al tipo de función del sistema, la cual se comportó de baja capacidad en el financiamiento y aseguramiento, muestra de ello fue la crisis permanente del sistema para suplir los insumos para la atención materna y el traslado deficiente para el pago de las ONG's del PEC. En la rectoría y regulación las transacciones de dirección y distribución mostraron el avance en materia legislativa y asignación de presupuesto para el PNSR. La función de provisión de servicios mostró una alta capacidad en la negociación que sucedió en la concertación de contratos con las ONG's del modelo del PEC. Paradójicamente se tuvieron contratos con proveedores de servicios de salud y el sistema de financiamiento no fue eficiente. Tanto la dirección y distribución mostraron una media capacidad acorde al bajo nivel de competencias en el recurso humano la forma deficiente de delimitar la dotación de recursos de acuerdo a prioridades locales. En cuanto al tipo de transacción de reciprocidad fue la de menor nivel en las tres funciones.

b) Transacciones entre el prestador de servicios y el tipo de atención materna

Este nivel de análisis desagregó a los proveedores de servicios con mayor presencia e injerencia en los programas de atención materna.

Tabla 7.11 Tipo de transacción entre los prestadores de servicios y el tipo de atención materna

Tipo de transacción	Tipo de atención											
	Atención prenatal			Atención de emergencia obstétrica			Resolución del parto			Puerperio		
	MSPAS	ONG	Comadrona	MSPAS	ONG	Comadrona	MSPAS	ONG	Comadrona	MSPAS	ONG	Comadrona
Negociación	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dirección	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distribución	<input type="checkbox"/>	NE	NE	<input type="checkbox"/>	NE	NE	<input type="checkbox"/>	NE	NE	<input type="checkbox"/>	NE	NE
Reciprocidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NE	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NE	<input checked="" type="checkbox"/>

Baja capacidad Media capacidad Alta capacidad NE= No Existe

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7.11 se observó el tipo de transacción de acuerdo al prestador de servicios se tuvo con alta capacidad de negociación y dirección en la atención prenatal, en las referencias de emergencia obstétrica y resolución de parto a la comadrona. En la atención del puerperio únicamente la comadrona tuvo una media capacidad en la transacción de reciprocidad, este dato reveló que el puerperio fue el tipo de atención donde los proveedores del MSPAS y el modelo del PEC tuvieron una tendencia de baja capacidad para la entrega de servicios. Mientras que en la distribución de recursos no mostró capacidad alguna. Ahora bien, en la reciprocidad fue la comadrona el actor con mayor capacidad mostrada en la atención prenatal, resolución del parto y puerperio, con una capacidad baja en la referencia de emergencia obstétrica.

En la transacción de negociación en la tabla 7.11 se observó que en la atención de emergencia obstétrica el MSPAS tuvo una capacidad intermedia y baja en los otros 3 tipos de atención, en cuanto a la transacción de distribución el MSPAS tuvo una baja capacidad en los cuatro momentos de entrega de servicios y tuvo en la dirección una media capacidad en la atención prenatal y referencia de emergencia obstétrica, mientras que baja capacidad en la resolución del parto y puerperio. La reciprocidad fue fluctuante entre el tipo de atención y prestador de servicios pero cabe resaltar que en la atención a la emergencia obstétrica se tuvo la alta capacidad por que fue el único prestador de este tipo de servicio.

En la tabla antes citada se observó a las ONG del PEC, quienes tuvieron transacciones de negociación y reciprocidad de media capacidad en la atención materna. Con transacción de negociación de baja capacidad en la atención de emergencias y con transacción de negociación y dirección de baja capacidad en el puerperio. En las transacciones de dirección y distribución en los 4 tipos de atención no tuvieron registro alguno, y en el tipo de atención de emergencia obstétrica y resolución de parto tampoco tuvo registros. Este análisis resaltó el papel de la comadrona como actor fundamental en las transacciones, presentó la responsabilidad primordial del MSPAS con una tendencia de baja capacidad para la atención materna.

c) Transacción por nivel de atención materna

Tabla 7.12 Tipo de transacción entre el prestador de servicios y el nivel de atención materna

Tipo de transacción	Nivel de atención materna		
	Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel
Negociación	□	□	□
Dirección	□	□	■
Distribución	■	■	■
Reciprocidad	■	■	□

□ Baja capacidad ■ Media capacidad ■ Alta capacidad

Fuente: elaboración propia

Al comparar los niveles de atención que aglutinaron a diversos proveedores se observa que en los tres niveles la transacción de negociación mostraron una baja capacidad y que únicamente la dirección en el tercer nivel tuvo una media capacidad. La distribución tiene una tendencia intermedia de capacidad en los tres niveles de atención materna, precisamente por los recursos que debió asignar cada año el MSPAS. En cuanto a la transacción de reciprocidad en el primer nivel tuvo una alta capacidad y desciende conforme el nivel aumenta. Del análisis global se tuvo que las condiciones de baja respuesta del sistema a las necesidades de atención en salud materna, se reflejaron en la tendencia de media y baja capacidad de las 4 transacciones con excepción de los beneficios entre las acciones de los actores sociales sucedidos en el primer nivel de atención materna. (Ver tabla 7.12)

d) Transacción por nivel de área geo-política

Tabla 7.13 Tipo de transacción entre actores por área geo-política de acuerdo a los programas contra la mortalidad materna

Tipo de transacción	Estructuras territoriales		
	Municipal	Departamental	Nacional
Negociación	□	□	□
Dirección	■	▒	□
Distribución	□	▒	■
Reciprocidad	■	▒	□

□ Baja capacidad ▒ Media capacidad ■ Alta capacidad

Fuente: elaboración propia

Al observar el comportamiento de las transacciones en la tabla 7.13 de acuerdo a las estructuras territoriales bajo estudio, se tuvo que en el nivel municipal se registró con alta capacidad la dirección y reciprocidad, este análisis refuerza lo que se observó en la densidad de vinculación entre actores, con una baja capacidad en la distribución y negociación, dado que el presupuesto se asignó desde el nivel central sin considerar las prioridades locales así mismo la asignación y reasignación del presupuesto de la DAS y el PNSR se hizo desde el nivel departamental y central, respectivamente. En el nivel departamental tuvo media capacidad las transacciones de dirección, distribución y reciprocidad, situación que se reflejó en los registros de alta muerte materna y baja atención de partos en el departamento. La negociación en el nivel departamental fue baja no atendió a las necesidades de salud materna. En el nivel nacional se tuvo como alta capacidad la repartición dado que la distribución del 15 % de impuesto proveniente de la bebida alcohólica y cerveza, generó el presupuesto del PNSR que se redistribuyó desde el nivel central. Las transacciones de negociación, dirección y reciprocidad se encontraron en una baja capacidad.

7.8 Participación social

La dimensión de movilización de recursos para la prevención de la mortalidad materna identificó cinco niveles de aproximación para caracterizar la influencia que tuvieron los actores sociales en la participación social y la atención materna.

- a) La capacidad de influencia que tuvo el actor social en la toma de decisiones en la distribución de recursos de acuerdo a su entorno. La baja cohesión e integración social atenuó la credibilidad de las instituciones.
- b) Los mecanismos de exigibilidad de derechos de las personas frente a los servicios de salud materna. La participación social en la sociedad democrática poseyó instrumentos que facultaron el derecho a la salud. Sin embargo las instituciones públicas tuvieron una visión de la participación como una concesión otorgada por las autoridades y no como un derecho inherente al ciudadano (75).
- c) La disponibilidad de información de los derechos y los mecanismos que permitieron hacerlos efectivos. Fueron los recursos mediáticos que estuvieron al alcance del ciudadano para promover su participación y estuvieron informado de sus posibilidades de acceso al derecho a la salud. Los niveles de organización de los ciudadanos e instancias de grupos de consumidores organizados se reflejaron en los mecanismos disponibles (75).
- d) Los mecanismos de control que existieron para atender la diversidad social y considerar la opinión de las minorías o de los sectores más marginados. La demanda a las necesidades de salud de los grupos subalternos en una sociedad segmentada por los niveles de servicios de salud, se limitó por los escasos recursos, limitada información y baja capacidad de elección. Esta situación requirió acciones que permitieron superar la visión paternalista que caracterizo al sector salud frente a la sociedad (75).
- e) Las redes sociales exploró los criterios de factibilidad para opera en los programas de atención materna.

Tabla 7.14 Recursos para la participación social en la atención materna de acuerdo al tipo de actor

Tipo de recurso para la participación social	Tipo de actor						
	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V	Actor VI	Actor VII
Influencia en la distribución de recursos	NE	NE	NE	□	□	□	■
Mecanismo de exigibilidad de derechos	NE	NE	NE	□	■	□	■
Disponibilidad de información de los derechos	NE	□	□	□	■	□	■
Mecanismo para atender la diversidad social	NE	NE	NE	□	■	□	□

□ Baja capacidad ■ Media capacidad ■ Alta capacidad NE= No Existe

Fuente: elaboración propia

Fue relevante la ausencia de influencia y mecanismos que permitieron la participación social de las usuarias, situación que les colocó en un estado de vulnerabilidad de derechos. Con respecto a los otros actores de nivel municipal como los grupos comunitarios y la comadrona, tuvo disponibilidad de información de los derechos, sin embargo los mecanismos para hacerlos efectivos no se identificaron. La falta de mecanismos se constituyó en acciones no reguladas para la atención materna, ambos actores en situación de vulnerabilidad de sus derechos que limitaron su participación social. En cuanto a los proveedores tuvieron los cuatro recursos en el nivel de baja capacidad, este dato se complementó con las condiciones laborales que tuvieron los empleados de las ONG's fuera del marco de la Ley. La participación social promovida desde los OSC tuvo una alta capacidad en los mecanismos de exigibilidad y la disponibilidad de información de derechos, toda vez ellos fueron promotores de ambos recursos. En cuanto a los mecanismos para atender la diversidad social, la OSC promovió las filiales departamentales, sin embargo existió la limitación de recursos para atender la diversidad social con una baja capacidad para la influencia en la distribución de recursos. (Ver tabla 7.14)

El gobierno tuvo los cuatro recursos de participación social en baja capacidad, las observaciones de campo indicaron el nivel de desconfianza y utilización que se hizo de las circunstancias de la población más desposeída, donde se promovieron los programas clientelares como repartición de bolsas de alimento. El gobierno no promovió la cohesión e integración social, para mejorar la credibilidad y aceptación de los servicios del sistema de salud, la tendencia de baja capacidad de los recursos para promover la participación social afectaron la posibilidad de incidir desde la política de reducción de la mortalidad materna. (Ver tabla 7.14)

Desde el rol que tuvieron los diputados como legisladores y responsables de la auditoria de la ejecución de la política de gobierno, ellos tuvieron una alta capacidad de influencia en la distribución de los recursos, acceso a los mecanismos de exigibilidad de los derechos y la disponibilidad de la información de los derechos y sus mecanismos mediáticos. Sin embargo, en cuanto se observaron los mecanismos para atender la diversidad social donde las minorías tuvieron un alto grado de vulnerabilidad, los diputados tuvieron una baja capacidad. (Ver tabla 7.14)

Tabla 7.15 Redes sociales de apoyo a la atención materna de acuerdo criterios de factibilidad

Tipo de redes sociales de apoyo		Criterios de factibilidad		
		Niveles de instrucción para operar en red social	Costos de oportunidad para operar en red social	Barreras para la participación y capacitación para operar en las RS
Parentesco		□	■	□
Autoridad	Municipal	□	■	■
	Departamental	□	□	■
	Nacional	□	□	■
Extensión de cobertura		■	■	■
Servicios MSPAS		■	■	■

□ Bajo nivel ■ Medio nivel ■ Alto nivel

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7.15 se observó de acuerdo a los criterios de factibilidad que los niveles de instrucción y las barreras para la participación y capacitación para operar en las redes sociales de apoyo a la atención materna tuvieron un bajo nivel en las redes de parentesco, sin embargo, este tipo de red soportó un alto nivel de costo de oportunidad. En la red construida desde la autoridad municipal se observó un alto nivel de costo de oportunidad y barreras para con un bajo nivel de instrucción, estos criterios de factibilidad fueron los que limitaron en mayor peso la conformación de redes. Al observar los tres niveles de autoridad resaltó el hecho que en ellos se encontró en el más bajo nivel de instrucción para operar redes sociales, este hecho se relacionó a la baja movilización de recursos para promover el trabajo en redes nacionales, departamentales y municipales. No existió regulación al respecto.

De acuerdo al costo de oportunidad para operar en redes se observó un bajo nivel en el nacional y departamental, sin embargo fueron desde estos niveles de autoridad donde se concentraron los medios económicos para desarrollar estrategias de redes sociales de apoyo a la atención materna. El alto nivel de las barreras para la participación y capacitación se presentaron en los tres niveles de autoridad. Los dos modelos de atención tuvieron en los tres criterios de factibilidad el medio nivel, que les permitió de acuerdo a los contextos la adhesión de trabajo en red, fueron ellos testigos de los efectos positivos del trabajo en red. Sin embargo, las acciones no reguladas en torno a las redes que operaron mostraron una debilidad en su permanencia como recurso de apoyo a la atención materna. (Ver tabla 7.15)

7.9 Participación directa en salud

Fueron los niveles de participación expresado en las transacciones que formaron los nodos de acuerdo al peso de la transacción: a) Negociación; b) Dirección; c) Distribución y; d) Reciprocidad. También se caracterizó por los niveles de influencia de los diferentes actores sociales en las decisiones sobre acciones de programas y proyectos.

Tabla 7.16 Principales nodos de interacción entre actores valorados por el peso de la transacción en los programas de atención materna

Nodos	Actor I usuarias	Actor II grupos comunitarios	Actor III comadronas	Actor IV proveedores	Actor V OSC	Actor VI gobierno	Actor VII diputados
Actor I	Reciprocidad <input type="checkbox"/>	Negociación <input type="checkbox"/>	Negociación <input checked="" type="checkbox"/> Reciprocidad <input checked="" type="checkbox"/>	Dirección <input type="checkbox"/>	NE	NE	NE
Actor II	Negociación <input type="checkbox"/>	Reciprocidad <input type="checkbox"/>	Reciprocidad <input checked="" type="checkbox"/>	Reciprocidad <input type="checkbox"/>	NE	NE	NE
Actor III	Negociación <input checked="" type="checkbox"/> Reciprocidad <input checked="" type="checkbox"/>	Reciprocidad <input checked="" type="checkbox"/>	Dirección <input checked="" type="checkbox"/>	Dirección <input checked="" type="checkbox"/> Reciprocidad <input checked="" type="checkbox"/>	Reciprocidad <input type="checkbox"/>	NE	NE
Actor IV	Dirección <input type="checkbox"/>	Reciprocidad <input type="checkbox"/> Dirección <input type="checkbox"/>	Negociación <input checked="" type="checkbox"/> Dirección <input checked="" type="checkbox"/>	Dirección <input checked="" type="checkbox"/>	Negociación <input checked="" type="checkbox"/> Dirección <input checked="" type="checkbox"/>	Distribución <input checked="" type="checkbox"/>	NE
Actor V	NE	NE	Reciprocidad <input type="checkbox"/>	Negociación <input checked="" type="checkbox"/> Dirección <input checked="" type="checkbox"/>	Negociación <input checked="" type="checkbox"/> Reciprocidad <input checked="" type="checkbox"/>	Negociación <input checked="" type="checkbox"/>	Negociación <input checked="" type="checkbox"/> Reciprocidad <input checked="" type="checkbox"/>
Actor VI	NE	NE	NE	Distribución <input checked="" type="checkbox"/>	Negociación <input checked="" type="checkbox"/>	Negociación <input checked="" type="checkbox"/> Dirección <input checked="" type="checkbox"/> Distribución <input checked="" type="checkbox"/>	Negociación <input checked="" type="checkbox"/> Reciprocidad <input checked="" type="checkbox"/>
Actor VII	NE	NE	NE	NE	Negociación <input checked="" type="checkbox"/> Reciprocidad <input checked="" type="checkbox"/>	Negociación <input checked="" type="checkbox"/> Reciprocidad <input checked="" type="checkbox"/>	Reciprocidad <input checked="" type="checkbox"/>

Bajo peso Medio peso Alto peso NE = No Existe

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7.16 se identificaron las relaciones entre actores a partir de nodos de vinculación e interacción de acuerdo al peso que tuvieron las transacciones. Se observó que los proveedores fueron quienes tuvieron el mayor número de relaciones con 6 actores, el tipo de transacción con predominio en las interacciones es la dirección de medio peso. Las relaciones entre actores del nivel municipal generaron transacciones donde la reciprocidad de medio y alto peso estuvo siempre presente. En las relaciones de los proveedores con otros actores se identificó a la dirección como la transacción presente con variaciones de bajo y medio peso. Los grupos comunitarios tuvieron más relaciones con los actores de nivel departamental y municipal donde la transacción de reciprocidad fue más frecuente.

La relación entre las comadronas y las usuarias se caracterizó por transacciones de negociación y reciprocidad, ambas de alto peso. La transacción de distribución se encontró presente en la relación del gobierno y los proveedores

con un medio peso. La tendencia de las relaciones entre los actores OSC, gobierno y diputados todas ellas fueron de alto peso, con mayor importancia la reciprocidad y negociación. La transacción de dirección se encontró presente en las relaciones donde uno de los actores fue subalterno. La verticalidad del ejercicio público colocó a los actores del nivel nacional, como los diputados, autoridades de gobierno y OSC, en una constante de relaciones que no existieron con los actores de base comunitaria y los trabajadores sanitarios de los distritos de salud. (Ver tabla 7.16)

Cabe resaltar que los principales nodos ubicados por nivel de estudio se presentaron en: a) las relaciones de las usuarias y comadronas en un nivel municipal; b) en las relaciones de los proveedores con comadronas y proveedores con OSC, en el nivel departamental y; c) en las relaciones entre los diputados, autoridades de gobierno y OSC. Los proveedores tuvieron nodos estratégicos que facilitaron las relaciones de los actores clave como autoridades de gobierno y OSC para las acciones de reducción de la mortalidad materna. (Ver tabla 7.16)

Tabla 7.17 Identificación de nodos entre actores de acuerdo a las actividades en torno a la atención materna

No-dos	Actor I usuarias	Actor II grupos comunitarios	Actor III comadronas	Actor IV proveedores	Actor V OSC	Actor VI gobierno	Actor VII diputados
Actor I	Comunitaria <input type="checkbox"/> Colaboración <input type="checkbox"/> Red social <input type="checkbox"/>	Comunitaria <input checked="" type="checkbox"/> Colaboración <input type="checkbox"/> Red social <input checked="" type="checkbox"/> Señales de peligro <input type="checkbox"/> Emergencia obstétrica <input checked="" type="checkbox"/>	Demanda de servicios <input checked="" type="checkbox"/> Comunitaria <input checked="" type="checkbox"/> Colaboración <input checked="" type="checkbox"/> Red social <input checked="" type="checkbox"/> Señales de peligro <input checked="" type="checkbox"/> Emergencia obstétrica <input checked="" type="checkbox"/>	Demanda de servicios <input type="checkbox"/> Señales de peligro <input type="checkbox"/> Emergencia obstétrica <input checked="" type="checkbox"/> Red social <input type="checkbox"/>	No hay relación	No hay relación	No hay relación
Actor II	Comunitaria <input checked="" type="checkbox"/> Colaboración <input type="checkbox"/> Red social <input checked="" type="checkbox"/>	Comunitaria <input checked="" type="checkbox"/> Colaboración <input checked="" type="checkbox"/> Red social <input checked="" type="checkbox"/> Movilización de recursos <input checked="" type="checkbox"/>	Comunitaria <input checked="" type="checkbox"/> Colaboración <input checked="" type="checkbox"/> Red social <input checked="" type="checkbox"/> Movilización de recursos <input checked="" type="checkbox"/>	Servicios de Salud <input type="checkbox"/> Colaboración <input checked="" type="checkbox"/> Red social <input checked="" type="checkbox"/>	No hay relación	Consejos de desarrollo <input type="checkbox"/> Movilización de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Transporte <input checked="" type="checkbox"/>	No hay relación
Actor III	Entrega de servicios <input checked="" type="checkbox"/> Comunitaria <input checked="" type="checkbox"/> Colaboración <input checked="" type="checkbox"/> Red social <input checked="" type="checkbox"/>	Comunitaria <input checked="" type="checkbox"/> Colaboración <input checked="" type="checkbox"/> Red social <input checked="" type="checkbox"/> Movilización de recursos <input checked="" type="checkbox"/>	Red social <input checked="" type="checkbox"/> Comunitaria <input checked="" type="checkbox"/>	Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/> Capacitación <input checked="" type="checkbox"/> Red social <input type="checkbox"/>	Capacitación <input type="checkbox"/>	Registro civil <input type="checkbox"/>	No hay relación
Actor IV	Demanda de servicios <input type="checkbox"/> Señales de peligro <input type="checkbox"/> Emergencia obstétrica <input checked="" type="checkbox"/> Red social <input type="checkbox"/>	Servicios de Salud <input type="checkbox"/> Colaboración <input checked="" type="checkbox"/> Red social <input checked="" type="checkbox"/>	Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/> Capacitación <input checked="" type="checkbox"/> Red social <input type="checkbox"/>	Servicios de Salud <input checked="" type="checkbox"/>	Rendición de cuenta <input checked="" type="checkbox"/> Vigilancia de muertes <input checked="" type="checkbox"/> Acuerdos sindicales <input type="checkbox"/>	Contrato de servicios <input checked="" type="checkbox"/> Programa clientelar <input checked="" type="checkbox"/>	No hay relación
Actor V	No hay relación	No hay relación	Capacitación <input type="checkbox"/>	Rendición de cuenta <input checked="" type="checkbox"/> Vigilancia de muertes <input checked="" type="checkbox"/> Acuerdos sindicales <input type="checkbox"/>	Incidencia política <input checked="" type="checkbox"/>	Incidencia política <input checked="" type="checkbox"/> Demanda de derechos <input checked="" type="checkbox"/> Rendición de cuenta <input type="checkbox"/>	Incidencia política <input checked="" type="checkbox"/> Iniciativas de Ley <input checked="" type="checkbox"/> Rendición de cuenta <input checked="" type="checkbox"/>
Actor VI	No hay relación	Consejos de desarrollo <input type="checkbox"/> Movilización de recursos <input checked="" type="checkbox"/> Transporte <input checked="" type="checkbox"/>	Registro civil <input type="checkbox"/>	Contrato de servicios <input checked="" type="checkbox"/> Programa clientelar <input checked="" type="checkbox"/>	Incidencia política <input checked="" type="checkbox"/> Demanda de derechos <input checked="" type="checkbox"/> Rendición de cuenta <input checked="" type="checkbox"/>	Programación intersectorial <input checked="" type="checkbox"/> Capacitación <input checked="" type="checkbox"/> Proyectos de salud <input type="checkbox"/> Consejos de desarrollo <input checked="" type="checkbox"/> Registro civil <input checked="" type="checkbox"/>	Asignación de presupuesto <input type="checkbox"/> Fiscalización de Programas <input type="checkbox"/>
Actor VII	No hay relación	No hay relación	No hay relación	No hay relación	Incidencia política <input checked="" type="checkbox"/> Iniciativas de Ley <input checked="" type="checkbox"/>	Asignación de presupuesto <input type="checkbox"/> Fiscalización de Programas <input type="checkbox"/>	Iniciativas de Ley <input checked="" type="checkbox"/> Aprobación de Ley <input checked="" type="checkbox"/> Asignación de presupuesto <input checked="" type="checkbox"/> Aprobación de proyectos <input checked="" type="checkbox"/>

Bajo peso Medio peso Alto peso NE =

Fuente: elaboración propia

En la tabla 7.17 se presentaron las actividades que constituyeron los nodos entre actores en torno a los programas contra la mortalidad materna. En la confluencia de la comadrona con las usuarias se identificó un alto peso en todas las actividades de convergencia las cuales se generaron en respuesta a la débil capacidad del sistema de salud para atender la demanda de salud materna. La sinergia del papel de la comadrona se continuó en las actividades: comunitaria, colaboración y movilización de recursos con los grupos comunitarios quienes unidos derivaron su apoyo a las usuarias en nodos que constituyeron la fortaleza y oportunidad de la resolución del acceso a la atención materna.

Otro nodo relevante en el nivel comunitario se observó entre los proveedores y las usuarios básicamente la confluencia de la entrega de servicios y demanda, dependen del modelo de atención, por un lado el PEC hizo una búsqueda activa con los FC de las nuevas embarazadas para su seguimiento, mientras que en el modelo tradicional fue por demanda de atención en los servicios. El peso de las acciones de demanda de servicios, señales de peligro y red social fueron de bajo peso, mientras que en la emergencia obstétrica tuvo un medio peso. Fue importante señalar que la disponibilidad de movilización de recursos fue limitada por la propia condición de pobreza que tuvieron las comunidades postergadas. (Ver tabla 7.17)

Otro nodo de oportunidades para la atención materna se conformó con la interacción que tuvieron los grupos comunitarios y los proveedores, básicamente en la logística de los servicios de salud de bajo peso, sobre todo los EBS quienes requirieron del apoyo local, caracterizado por la colaboración y la red social, de alto peso, que se activó en la visita mensual. De conformidad al reglamento de los consejos de desarrollo urbano y rural, los grupos comunitarios conformaron un nodo para tener incidencia política en la aprobación de proyectos de salud materna. En un plano municipal y local los grupos comunitarios tuvieron la capacidad de gestión para solicitar apoyo a las autoridades municipales, mismo que no tuvo regulación pero existieron antecedentes de su utilización. (Ver tabla 7.17)

La red social conformó el nodo más importante que se construyó en la interacción de las usuarias, grupos comunitarios, comadronas y proveedores, con variaciones en los pesos. Fue la red social el nodo de convergencia para promover acciones para viabilizar las acciones y estrategias de la política para la reducción de la mortalidad materna. Una actividad de alcance restringido entre los proveedores y las comadronas de programación del PNSR fue la capacitación, que no mostró sistematización, sino la improvisación del cumplimiento de funciones. Los actores de gobierno utilizaron la programación intersectorial para la optimización de recursos en actividades de capacitación que permitieron la convergencia de los sectores de la educación, SEGEPLAN, salud, ministerio público, SEPREM, procuraduría de derecho humano, entre otros, quienes promovieron acciones departamentales. (Ver tabla 7.17)

El nodo de capacitación de la interrelación del OSC y las comadronas, tuvo un bajo peso. Llamó la atención el nodo de registro civil que se conformó entre las autoridades de gobierno como el MSPAS y el RENAP con las comadronas a quienes les imprimieron responsabilidades que no se encontraron reguladas. Los nodos con fortaleza en los actores clave para promover cambios en la reglamentación y dotación de recursos se mostró entre los actores de: a) OSC; b) gobierno y; c) diputados. Los nodos con alto peso fueron: Incidencia política, Iniciativa de Ley, aprobación de Ley, demanda de derecho, rendición de cuentas, consejos de desarrollo, registro civil, asignación de presupuesto, aprobación de proyecto. Estos nodos representaron los espacios de oportunidad para viabilizar la política de reducción de la mortalidad materna. (Ver tabla 7.17)

8. Discusión, conclusiones y recomendaciones

El presente capítulo se desarrolla con base a la pregunta de investigación, objetivos específicos y las expectativas empíricas que dirigen el desarrollo de los resultados de investigación. Se responde de esta forma a la interrogante de: ¿Cuáles son los indicadores de gobernanza y participación social que permitieron evaluar el efecto de las políticas públicas en los programas contra la mortalidad materna a partir de la reforma del sistema de salud en Guatemala? Para dar respuesta a la pregunta del problema de investigación se planteó el objetivo general de: contribuir a la reducción de la mortalidad materna mediante el uso de indicadores de gobernanza, relacionados con los programas contra la mortalidad materna desarrollados a partir de la Reforma del Sistema de Salud en Guatemala, en tres municipios para el año 2012. Este objetivo permitió articular los elementos de antecedentes sobre el problema, la revisión bibliográfica, categorías y variables de investigación. Así como la formulación de los objetivos específicos del estudio.

Para el abordaje sistemático de la metodología de investigación incluyó, la afinación de instrumentos, técnicas de investigación aplicadas en el trabajo de campo, recursos tecnológicos para el plan de análisis, aspectos éticos, cronograma y presupuesto de investigación. Se siguió los objetivos específicos siguientes: 1) Recolectar información de los indicadores de gobernanza y participación social pertinentes para la evaluación de los niveles de gobernanza y participación social en las políticas y los programas de mortalidad materna implementados durante el periodo 1996-2012. 2) Caracterizar las respuestas de los indicadores de gobernanza y participación social, en torno a las políticas y programas de mortalidad materna, en tres municipios seleccionados. 3) Elaborar recomendaciones de política en salud con criterios de aceptabilidad política, género,

interculturalidad y ética que permitan fortalecer la gobernanza y participación social, en las políticas y los programas de mortalidad materna.

Con el alcance metodológico propuesto en las dos fases del estudio, se logró e integró en los capítulos de resultados, el primero se basó en las fuentes documentales y entrevistas a profundidad con actores clave de los procesos políticos. En la segunda fase se integraron dos herramientas de informática: la primera fue el programa PolicyMaker para el análisis político de la política que permitió hacer la construcción del mapa de posiciones de los actores, mapeo político, el mapa de coaliciones y la caracterización de consecuencias, intereses, oportunidades y obstáculos; la segunda, permitió reforzar el análisis con la utilización del programa Atlas.Ti para sistematizar los datos de las entrevista individual y grupal, con la identificación de códigos, asignados en los textos transcritos de las entrevistas y su posterior categorización permitió construir un cuerpo de argumentos que refuerzan el uso de la herramienta del programa PolicyMaker, también fueron recuperados datos que se registraron con base a las observaciones de campo en los sitios de estudio.

De acuerdo a las dos expectativas empíricas planteadas para el presente estudio se alcanzaron en su totalidad, por un lado, los indicadores de gobernanza en el ámbito de los programas de abatimiento de la mortalidad materna, los cuales permitieron identificar factores que fortalecen el desarrollo de las capacidades de respuesta social y de los servicios de salud ante la mortalidad materna; por el otro, los indicadores de participación social permiten la identificación de los nodos de la interacción de los actores sociales, de sus roles y reglas tendentes a fortalecer las recomendaciones de alta factibilidad para el avance de los programas de abatimiento de la mortalidad materna.

8.1 Discusión

Este apartado centra los hallazgos fundamentales en dos secciones que dividen la discusión en los aspectos propiamente de contexto en el marco de los acuerdos de paz y contenido de la política en salud reproductiva para cerrar con los retos del sistema de salud, a través de la aplicación de los indicadores de gobernanza y participación social, en los programas de reducción de la mortalidad materna.

8.1.1 Agenda de acuerdos de paz y agenda política de la salud materna

La reforma del sistema de salud modificó la entrega de servicios de salud, desde el punto de vista de acceso hubo un cambio importante que se apoyó en la entrega de servicios locales del primer nivel de atención en salud, en las comunidades más postergadas, caracterizadas por el difícil acceso por vía terrestre. Las condiciones de distancia y características geográficas, estuvieron presentes en el acceso a los municipios y comunidades de estudio, además de la limitación de transporte para movilizarse de las comunidades a los centros urbanos municipales, que regularmente circula los días de mercado. Se identificó comunidades que no tienen carreteras y deben caminar por veredas de montaña para acceder a las vías de servicio de transporte.

En ese contexto la llegada de los servicios de salud de la extensión de cobertura, dio una respuesta a la demanda insatisfecha de la población, estableció un sistema de servicios de salud, acorde a las políticas de retracción del estado en cuanto a su papel directo de prestador de servicios (187). El modelo de extensión de cobertura, llegó en un momento en el cual las ONG's médicas estaban presentes en el contexto de los proveedores de servicios, de tal forma que la estrategia del estado logró, cohesionar en un modelo nuevo de contratación por parte del estado, a las ONG's para la entrega de servicios. El modelo de extensión de cobertura tuvo dificultades para definir la coordinación de acciones con el modelo tradicional de atención, situación que contrajo algunas desavenencias locales en cuanto a la asignación de población por tratar.

El uso de los instrumentos que contenían los indicadores para medir el alcance de las metas en los servicios entregados en las comunidades, bajo cobertura del PEC, se convirtió en el medio para justificar el alcance de los objetivos programáticos. El sistema obvió temas fundamentales que para el año 1996 en el contexto social de Guatemala, se estaban sucediendo de forma paralela, a la instalación del modelo de extensión de cobertura. En un sentido, la reivindicación de los derechos de la mujer y la agenda política que llevo a la conformación de la Secretaria presidencial de la mujer, cuyo estandarte de derecho implicó la salud materna y por supuesto la mortalidad materna. En

otro sentido, a inicios del siglo XXI se tuvo la conformación y consolidación de los grupos indígenas organizados, quienes promovieron marcos legislativos, de interés intercultural que en materia de salud provocó incidencia política y organizacional en la estructura de las instituciones de gobierno.

El sistema de salud se caracterizó como una estructura mecánica, en cuanto a su papel de prestador de servicios, sin una interacción social dinámica de adaptar la entrega de servicios acorde a los patrones culturales de cada región, sobre todo las más postergadas que fueron golpeadas por los efectos de la guerra en las zonas, postconflicto armando y con mayor población indígena campesina (17). Los escenarios de abandono de los puestos de salud por parte del personal sanitario y la falta de insumos, eran el denominador común hasta previo a la firma de la paz (16). De allí que la firma de la paz en Guatemala de 1996 se acompañó de un marco político para sentar las bases del desarrollo social y económico del país, todo ello en el marco de los Acuerdos de Paz. El advenimiento del clima de paz en las tierras más afectadas como fue el caso de Huehuetenango, representó un reto para la organización social, donde el tejido social de las organizaciones campesinas fue uno de los más afectados (17).

El sistema de salud cifró sus bases en la figura de un actor social externo a la población como fueron los EBS, conformados por técnicos y profesionales foráneos. El sentimiento de invasión generado por la guerra cuyas consecuencias en esas tierras, fueron devastadoras con reportes importantes de las poblaciones que tuvieron que migrar de forma forzada en direcciones diversas, que llevaron a formar los refugiados en el sur de México, los desplazados internos, las Comunidades en Permanente Resistencia –CPR- y un grupo importante de migrantes a los EE.UU. Las acciones de salud del primer nivel de atención se instalaron en un periodo de postguerra, en contextos donde la desconfianza hacia el foráneo marcó una línea de división para promover acciones de participación social.

Las cifras de muertes maternas registradas en el departamento de Huehuetenango fue una muestra del impacto bajo que tuvieron las diversas estrategias para combatir la muerte materna. Por su parte, el seguimiento y evaluación

del Modelo de Extensión de Cobertura (28), no incidió en modificar la estrategia durante 16 años de su aparición en el sistema. Esta afirmación muestra la baja planificación que tuvo el modelo a pesar que logró sostenerse a través de los cuatro gobiernos que sucedieron a la firma de los Acuerdos de Paz. Entre los cuestionamientos que emitieron funcionarios del nivel central, se encontró que el modelo de extensión de cobertura, se instaló en comunidades postergadas, pobres y sin acceso a los servicios de salud.

Los gobiernos generaron una política que no atendió a la transformación de las condiciones de los determinantes sociales de la salud de estas poblaciones, mientras que el modelo se sostuvo de manera estática con incrementos en las comunidades que ingresaron al modelo de atención. Paradójicamente para finales del gobierno de la UNE, el modelo de extensión de cobertura tuvo un recorte del 10 por ciento y se promovió, en el último semestre del gobierno de la UNE, un modelo llamado Modelo de Atención Integral en Salud –MAIS-. A pesar que el gobierno de la UNE promovió a través de los trabajadores algunas de las acciones de los programas asistencialistas, que recargaron en funciones a los trabajadores de los EBS, el recorte de presupuesto afectó esencialmente a los FC, pues limitó el estipendio que las ONG's les asignó.

El sistema de salud sobre la base de un modelo de entrega de servicios, que operó en zonas postergadas con limitación de acceso y contingentes de población cautiva para los programas asistencialistas, fueron afectados en cuanto a la imagen que generan en la población como benefactores de las políticas del gobierno y programas de la cooperación internacional. El personal de salud responsable de la entrega de alimentos, resintió la no continuidad de estos programas que generaron aceptación en los beneficiarios, puesto que se consideró como una estrategia para aproximar los servicios de salud bajo excusa de la entrega de víveres. En tanto que al paso del tiempo esos beneficios fueron retirados debido al cambio de gobierno y la ausencia de una política pública de estado de apoyo al más desposeído.

En el periodo de gobierno del FRG se consolidaron los mayores logros en materia legislativa, para la participación ciudadana, la participación de la mujer y los programas de salud reproductiva. Este logró sin embargo no tuvo incidencia en el sistema de salud, puesto que no modificó el modelo de entrega de servicios. Sin embargo, fue en este periodo de gobierno que se conformó la SEPREM y se dieron las bases para promover desde esta secretaria, la estrategia de las cuatro demoras que a través de los siguientes gobiernos se encontró en los planes y programas para la reducción de la mortalidad materna. Este mismo gobierno presentó una tendencia de media y alta capacidad en la planeación y formulación de políticas relacionadas a temas de salud reproductiva.

8.1.2 Los retos del sistema de salud

La política de salud para la reducción de la mortalidad materna en términos del cumplimiento de los objetivos del Milenio, mostró una baja capacidad de respuesta desde el sistema de salud para alcanzar la meta en el año 2015. En la agenda de la reforma del sistema de salud en Guatemala los organismos internacionales tuvieron un papel fundamental, en la asignación de fondos para la planeación y ejecución de los programas de salud (51). La evidencia discutió la importancia del análisis político en salud en la política orientada a la disminución de la mortalidad materna, de acuerdo a la importante ayuda económica externa recibida por Guatemala, en tanto los cambios en la razón de mortalidad materna no representaron cambios fundamentales al compararla con otros países, donde la participación social tuvo un papel relevante (190).

Los hallazgos en los indicadores de gobernanza y participación social, mostraron la debilidad de respuesta que tuvo el modelo del programa de extensión de cobertura, que no incidió en la disminución de la mortalidad materna, toda vez este modelo tuvo la vital responsabilidad de la identificación temprana de las mujeres embarazadas. Los nodos mostraron la preeminencia del papel de la comadrona frente a los proveedores del sistema de salud público, puesto que fue en ella que recae la responsabilidad de atención del parto en las comunidades postergadas al acceso de servicios del sistema público.

Experiencias de la región mostraron que el fortalecimiento de los sistemas públicos tuvo una mejor capacidad de respuesta en la entrega de servicios de atención materna, cabe mencionar países como Honduras (51).

Las autoridades de gobierno del MSPAS mostraron debilidad en los procedimientos de contratación de las ONG's las cuales se sucedieron con una terna que se conformó con personas delegadas por los responsables, sin que los delegados tuvieran una capacitación previa o un perfil técnico profesional para aplicar criterios de selección. Los procedimientos para la entrega de pagos, se estableció con un mecanismo trimestral, que debilitó la condición del trabajador de los EBS, además que los contratos entre el MSPAS con las ONG's no estableció procedimientos que garantizaran las condiciones de contrato con los trabajadores de los EBS. Esa situación puso en desventaja laboral de sus derechos para hacer frente a las emergencias de salud. Paradójicamente quienes atendieron a los más postergados de acceso a los servicios de salud, no gozaron de derechos laborales y derechos a la salud.

Los retos del sistema debieron encontrar la articulación de los grupos comunitarios y las comadronas para accionar iniciativas de redes sociales que permitieran la movilización de recursos, lo cual fue efectivo en la reducción de la muerte materna. Desde el análisis político, el mapeo de actores mostró el bajo apoyo para la movilización de recursos que tuvieron los actores comunitarios, mientras son estos actores los que mayor responsabilidad tuvieron en la resolución del acceso a la atención de emergencias obstétricas. En esta misma línea de análisis se observó que los actores con medios de poder para la movilización de recursos se encontraron en una baja movilización con respecto a la política de reducción de la mortalidad materna.

La necesidad insatisfecha en salud materna exigió un mayor compromiso de los actores con medios de poder para direccionar los nodos identificados con alto peso como la asignación de presupuesto y fiscalización de programas, para evaluar la política de reducción de mortalidad materna. El fortalecimiento del OSAR como una instancia de cohesión e integración de la participación social de diversas organizaciones fue un aliado estratégico caracterizado por ser dinámico, proactivo, normativo y coyuntural, cuya injerencia en el nivel de la política suscitó efectos sin precedentes en la sociedad guatemalteca,

con el nivel de incidencia política en el marco legislativo de los derechos sexuales y reproductivos.

La verticalidad del ejercicio de la política fue otro valladar que se observó en la forma de asignar el presupuesto desde el nivel nacional, centralizado y en un esquema histórico que no permitió, variaciones acorde a las prioridades de las necesidades en salud en el nivel departamental y municipal (191). Esta ausencia de relación se observó en los indicadores que evidenció la separación de estructuras de poder entre lo municipal-local y lo nacional-central. Aun cuando el marco legislativo sobre la participación ciudadana procuró una comunicación en lo vertical de la política, las asimetrías de capacidades mostradas en los actores comunitarios, no permitió la incidencia política de llevar una respuesta organizada desde el aparato de gobierno, a las necesidades locales.

La baja cohesión e integración social que sucedió en las regiones donde el tejido social fue afectado por la persecución armada durante el conflicto (17), requirieron un tratamiento particular para promover la confianza y los derechos ciudadanos, toda vez fue el tejido social la clave para la participación social como se evidenció en los resultados positivos donde las comisiones de salud estuvieron operando con una reducción importante de las muertes maternas prevenibles, este hallazgo se reforzó con evidencia científica que comprobó la efectividad de las intervenciones locales para la reducción de la mortalidad materna (192). El rezago en los recursos para la participación social, fueron muestra de la exclusión que tuvieron los actores sociales en cuanto se hizo la lectura de la inexistencia de los recursos en los actores de base comunitaria que en su mayoría pertenecieron a grupos indígenas.

Desde un punto de vista axiológico (31) (36) el valor a la vida de la mujer se encontró que cada vez más tuvo un mayor peso para la toma de decisión, en este punto el personal sanitario avanzó en la formulación de estrategias que apoyaron la toma de decisión para que la mujer fuera atendida con prontitud. El marco legislativo de la Ley para la maternidad saludable, permitió a las redes organizadas (Comisión de salud, Comadrona, Personal de Salud, Equipo Básico en Salud), en confrontar a las personas con actitudes negativas para

movilizar a las pacientes de emergencia obstétrica, con el recurso de hacer un conocimiento escrito donde se responsabilizó al esposo o familiar quien se negó a la autorización de movilizar a la paciente a los servicios de salud.

En el plano de participación social de la mujer se encontró una limitación en las organizaciones de base comunitaria con los consejos de desarrollo. Este fenómeno de participación limitada de la mujer en el nivel local fue una agenda controversial en cuanto las nuevas tendencias, orientaron a vincular a la participación de la mujer en la política. Sin embargo en el nivel nacional, fueron los grupos feministas quienes con un alto nivel de incidencia política, representaron al sector con mayor beligerancia en los últimos avances en materia legislativa y mecanismos de rendición de cuentas en torno a la salud materna.

El reto para la política en cuanto a la integración de los aspectos de interculturalidad (193), para alcanzar los objetivos en materia de reducción de la muerte materna y las metas del milenio, requirieron estrategias que dieron respuesta al contexto de la composición étnico lingüística de acuerdo al volumen de población que subyace en los municipios, en correspondencia con los idiomas locales y el recurso humano para la entrega de servicios. Esta agenda como se identificó en los nodos, fue viable con programación intersectorial, en torno a los aspectos de la entrega de servicios de salud con pertinencia cultural. Aunque se advirtió que la tradición cultural actitudinal sobre las formas ancestrales de resolver la atención materna no tuvo una respuesta positiva en los proveedores de servicios públicos.

Por supuesto, los efectos de las leyes y la participación intersectorial (194), tuvo avances positivos para apoyar a la mujer en la toma de decisión y mejoras en el acceso a la atención materna. Pero existieron retos históricos por resolver. De acuerdo a los relatos se puso en evidencia que la percepción del maltrato que recibieron las mujeres embarazadas al aproximarse a los servicios de salud, conformaron una opinión negativa de lo que ofreció el modelo médico hegemónico occidental. En tal sentido, el marco normativo de interculturalidad, no se mostró a través de acciones generalizadas, que mostraron condiciones de relaciones sobre la base de la confianza para resolver la demanda de atención materna en los servicios de salud del MSPAS.

Del análisis de las coaliciones entre actores se observó que la aglutinación de los actores de alta influencia tuvo un mandato legal que les confirió un nivel de legalidad para el ejercicio de su posición de poder, desde la cual promovieron políticas, programas y proyectos para la reducción de la mortalidad materna. Los actores sociales correspondientes a los proveedores, incluyó a las comadronas y las comisiones salud, fueron quienes tuvieron una baja influencia, para promover la movilización de recursos y medios de poder para incidir en la política de reducción de mortalidad materna.

En el análisis de nodos de las interrelaciones entre actores se observó una relación ausente entre los actores de gobierno y los grupos comunitarios, donde la movilización de recursos del año 2010 mostró un alto grado de efectividad para la conformación de comisiones de salud. La falta de seguimiento y evaluación del impacto de las comisiones fue una oportunidad para direccionar estrategias que incidieron en la movilización de recursos locales para atender las emergencias obstétricas. El MSPAS en lo particular no tuvo una agenda o estrategias que vinculó a la participación social a través de grupos comunitarios como elemento sinérgico de las acciones que redujeron la muerte materna.

En el análisis de la política se identificó como una oportunidad el tema de transparencia, el cual desde los indicadores de gobernanza apuntaló a que durante el gobierno de la GANA inició el mecanismo para la rendición de cuentas del gasto público en los distintos niveles de su ejecución a saber: a) nacional; b) regional; c) departamental y; d) municipal. A través del sistema de contrataciones y adquisiciones del Estado, denominado GUATECOMPRAS. Aunque el uso de este mecanismos es fuertemente criticado, en cuanto a favorecer por diversos recursos a un sector empresarial, con influencia partidista, sobretodo en el gobierno de la UNE. El acceso a las fuentes de información pública, formó un medio para la transparencia. En el contexto nacional se tuvo en el año 2008 la “Ley de acceso a la información pública” en ese marco legal se creó la oficina de atención al público del MSPAS con acceso en Internet. En temas relacionados a la maternidad no fue posible la obtención de datos desde el nivel central para esta investigación a través del

portal web del MSPAS. Además existió un rezago en transferencia de información y su publicación. Otro aspecto negativo fue la falta de disponibilidad de información sobre la productividad de la atención materna que se encontró limitada por el sistema de información gerencial de salud –SIGSA- y su traslado al instituto nacional de estadística –INE- este último responsable por mandato constitucional en publicar los datos oficiales. La última publicación oficial sobre datos de mortalidad materna realizada en el año 2011 hizo referencia a datos del año 2007 (195).

El OSAR surgió en el año 2008 con el fin de monitorear y fiscalizar la implementación de las políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Se conformó con 21 organizaciones de distintos sectores, sus representaciones operaron en sedes en los distintos departamentos del país, quienes con la coordinación de una secretaria activaron el trabajo de diversos actores sociales provenientes de instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, ellos unieron esfuerzos para la rendición de cuentas en el nivel departamental. El trabajo de rendición de cuentas que el OSAR desarrolló en los temas de salud materna se rigieron al “Plan de monitoreo y evaluación del observatorio en salud reproductiva, Guatemala” publicado en el año 2011. La información fue accesible por Internet.

En cuanto a las habilidades directivas en todos los gobiernos existió la necesidad de mejorar la especialización de los directivos en administración y gobierno en salud, así como los procedimientos de selección de personal directivo. Aun cuando existió un régimen laboral y salarial para los directivos, la discrecionalidad para la ubicación de personal que no tuvo trayectoria como funcionario público fue una práctica frecuente que los diputados departamentales promovieron. Fue también en el periodo del FRG que se firmó el pacto laboral con el sindicato nacional de trabajadores de salud de Guatemala, lucha que no logró consolidar la mesa de negociación en los dos gobiernos siguientes.

La información que se recabó no buscó la confiabilidad ni la validez en términos estadísticos (124). Ante la falta de carrera del funcionario público (20), fue indispensable acceder algunas de las entrevista con exfuncionarios, quienes

fueron actores clave de procesos en los gobiernos anteriores. Existe el sesgo de memoria como un factor que pudo alterar la calidad de datos (124). En tal sentido la triangulación de información con fuentes documentales y diversos actores permitió construir procesos y contextos con confirmabilidad de los datos (124). El sub registro de los datos de mortalidad materna que se evidenció con la línea basal del año 2000 es otro aspecto que se observó (39). Los instrumentos de registro de datos de las autopsias verbales tuvieron algunas variantes no estandarizadas en su llenado. El sistema de información gerencial en salud –SIGSA- no representó una fuente fidedigna de información y tuvo dos años de rezago en la publicación de datos (20).

8.2 Conclusiones y recomendaciones

El presente apartado se organiza a partir de las principales conclusiones alrededor de la pregunta de investigación, los objetivos y las expectativas empíricas planteadas.

En lo relativo a la pregunta de investigación, que planteó abordar la determinación de los indicadores de gobernanza y participación social para, evaluar el efecto de las políticas públicas en los programas contra la mortalidad materna a partir de la reforma del sistema de salud en Guatemala, podemos concluir los siguientes puntos:

- Los indicadores que permitieron evaluar el efecto de las políticas públicas en los programas contra la mortalidad materna en el periodo de la reforma del sistema de salud en Guatemala se organizaron en dos dimensiones. Por un lado, se tuvo a los indicadores de la dimensión normativa y operativa que permitieron la comparación en los periodos de gobierno bajo estudio entre los años 1996 a 2012, y que fueron los siguientes: 1) La planeación y formulación de políticas. 2) La legislación sectorial. 3) La capacidad operativa del gobierno. 4) La habilidad directiva. 5) La estabilidad política y conflictiva sectorial. 6) La transparencia en la gestión. Por otro lado, se tuvo acceso a revisar los indicadores que evaluaron la Movilización de recursos comunitarios para la prevención de la mortalidad materna que permitieron un análisis de coyuntura, entre ellos: 7) El tipo

de interacción y transacción entre actores. 8) La participación social. 9) La participación directa en salud.

- La planeación y formulación de políticas permitió evaluar la capacidad de las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio de la valoración de los siguientes criterios: a) existencia de agenda ministerial con temas con permanencia; b) direccionalidad de políticas del ministerio de salud y; c) existencia de planes estratégicos. El indicador requirió obtener datos de fuentes documentales y realizar entrevistas individuales a informantes clave quienes al momento de la entrevista ocupaban, puestos de dirección en el gobierno. El material de apoyo esencial consistió en: los informes anuales de gobierno, planes y programas de gobierno, publicaciones del ministerio de salud sobre temas de maternidad, salud reproductiva y mortalidad materna. El indicador permitió ver en el tiempo, los cambios de la capacidad de planeación y formulación de políticas; para ese fin se utilizó una matriz que permitió comparar los periodos de gobierno y el comportamiento de los resultados con base a los criterios antes señalados.
- La legislación sectorial permitió evaluar la capacidad de las autoridades legislativas para la formulación de los dispositivos de reforma en distintos niveles del ejercicio público. El indicador clasificó la información en: a) legislación sectorial; b) códigos; c) acuerdos ministeriales y; d) las reglamentaciones de nuevas leyes. Los datos se ubicaron en una matriz que muestra la comparación entre los gobiernos del periodo de estudio.
- La capacidad operativa del gobierno se evaluó en cuatro rubros: a) producción y productividad en atención materna; b) financiamiento sectorial para la atención materna; c) distribución de los servicios en atención materna y; d) capacidad operativa del programa contra la mortalidad materna. El indicador resumió los datos de los informes de cada gobierno, informes de línea basal de mortalidad materna, estudio nacional de mortalidad materna, revisión de encuestas nacionales de Salud Materno Infantil, la plataforma integrada de información social de Guatemala, que permitió el acceso a las bases de datos de salud del Ministerio de

Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Educación y Ministerio de Finanzas. Asimismo, la información obtenida de las entrevistas con actores clave quienes en los distintos periodos de gobierno tuvieron mayor permanencia, permitió comparar la existencia o no de dicha capacidad operativa entre los gobiernos del periodo de estudio.

- La Habilidad directiva evaluó la capacidad desarrollada por el funcionario líder y los decisores para atender la demanda. El indicador exploró tres tipos de habilidad directiva: a) especialización de los directivos en administración y gobierno en salud; b) tipo de selección del personal directivo y; c) régimen laboral y salarial de directivos. Las fuentes de información fueron los reglamentos de contratación y el reglamento orgánico interno del ministerio de salud pública y asistencia social; asimismo, las entrevistas con actores clave permitieron la construcción del indicador en los periodos de gobierno estudiados.
- La estabilidad política y conflictiva sectorial evaluó el cumplimiento contractual entre los prestadores de servicios del sector público entre ellos las ONG's del modelo de Provisión de Servicios de Salud del PEC. Los criterios identificados para el indicador fueron: a) avance del pacto laboral sector sindical; b) apoyo al modelo de Provisión de Servicios de Salud del PEC; c) Insumos suficientes; d) Ajuste salarial sector salud y; e) Prestaciones laborales en el modelo del PEC. Los datos se recabaron con fuentes documentales, noticias de periódico y entrevistas con actores clave. El indicador presentó los criterios para la comparación entre los gobiernos del periodo de estudio.
- La transparencia en la gestión evaluó la capacidad del sistema político en cuanto a la rendición de cuentas por parte de los funcionarios públicos o instituciones que usaron fondos públicos como el caso de la ONG's de modelo de Provisión de Servicios de Salud del PEC. El indicador aplicó los siguientes criterios: a) existencia de mecanismos de rendición de cuentas; b) acceso a la información pública y; c) auditoría social. Los tres, caracterizaron a los cuatro gobiernos bajo estudio. Los datos fuente, fueron

de revisión documental y entrevistas de campo. El indicador permitió la comparación de los criterios de acuerdo a los periodos de gobierno.

- Los tipos de interacción y transacción: por un lado, las interacciones entre actores se refirió a la evaluación de los procesos y las reglas, con las cuales sobre el tema de mortalidad materna, la sociedad toma sus decisiones en el ámbito de la salud materna; por el otro lado; las transacciones se refirieron a los atributos de una estructura de gobernanza que incluyó la intensidad de incentivos, el control administrativo y el régimen de contrato de derecho, lo cual permite determinar los tipos de transacciones entre actores.
- Para delimitar los tipos de interacción se utilizaron los siguientes rubros: a) el estatus de los actores; b) características de los actores y; c) la densidad de las relaciones entre los actores. El estatus permitió la identificación de los actores formales o informales, con respecto al grado de visibilidad que ellos tuvieron en los programas contra la mortalidad materna. Luego se caracterizan a los actores de acuerdo a los parámetros siguientes: tipo; status; espacio de intervención; modo de expresión; intereses declarados; ideología o visión; recursos controlados e; importancia percibida. Esta caracterización permitió ubicar al actor con respecto al hecho social investigado: los programas contra la mortalidad materna. Finalmente, en una matriz se expresó el nivel de densidad con la cual sucedió la relación entre los actores con relación a la intensidad y vinculación que existió entre ellos mismos. Medido en una escala de media, baja y alta, capacidad, estos indicadores permitieron un primer nivel de análisis de coyuntura que se estableció con base a la información de campo, es decir, una lectura de las condiciones actuales.
- Las transacciones, que es el otro componente del indicador, tuvo una subdivisión de indicadores que utilizó cuatro criterios para su clasificación: a) negociación; b) dirección; c) distribución y; d) reciprocidad. En ellos, se sintetizó la capacidad que tuvo de acuerdo a los siguientes sub indicadores: a) transacción por función del sistema de salud; b) transacción entre el prestador de servicios y el tipo de atención materna; c)

transacción por el nivel de atención y; d) transacción por nivel de área geo-política. Los sub indicadores se expresaron en una escala de baja, media y alta, capacidad. Cada sub indicador se compiló en una matriz, independiente, que permitió visualizar el comportamiento de los resultados. Debe aclararse que algunas transacciones no existieron. El dato fuente para determinar la capacidad sucedió en la integración del análisis de resultados de forma global recabado esencialmente en la entrevista individual y grupal.

- La transacción por función del sistema de salud se clasificó bajo tres rubros: a) la financiación y aseguramiento; b) la rectoría y regulación y; c) provisión de servicios. El indicador permitió hacer dos tipos de comparación: a) entre los tipos de funciones de forma global y; b) por cada tipo de transacción entre las funciones del sistema de salud.
- La transacción entre los prestadores de servicios y el tipo de atención materna se subdividió en: a) atención prenatal; b) atención de emergencia obstétrica; c) resolución del parto y; d) el puerperio. De acuerdo con tres prestadores: a) MSPAS; b) ONG y; c) la comadrona, el indicador caracterizó el tipo de atención con respecto al proveedor de servicios con el tipo de transacción. Este indicador, permitió tres niveles de análisis comparativo: a) La tendencia por proveedor en cada tipo de atención; b) la tendencia de la transacción a través de del tipo de atención y; c) la tendencia de forma global del tipo de atención con respecto a los tipos de transacción.
- La transacción por nivel de atención materna utilizó la clasificación oficial del MSPAS conforme se regularon los servicios públicos: a) primer nivel; b) segundo nivel y; c) tercer nivel. El indicador caracterizó al nivel de atención materna de acuerdo con el tipo de transacción; la caracterización permitió una comparación de dos niveles: a) por nivel de atención y; b) por tipo de transacción entre los niveles de atención.
- La transacción por nivel de área geo-política se clasificó de acuerdo con los niveles de gobernanza que se exploraron y conforme a la organización de

niveles de autoridad en la toma de decisiones de recursos para la atención en salud en: a) municipal; b) departamental y; c) nacional. El indicador caracterizó los niveles de área geo-política de acuerdo a los tipos de transacción. Además permitió hacer la comparación entre: a) las estructuras territoriales de forma general y; b) por cada tipo de transacción entre los niveles de área geo-política.

- Otro indicador de coyuntura fue la participación social que evaluó la dimensión de movilización de recursos para la disminución de la mortalidad materna, el indicador exploró cinco niveles para caracterizar la influencia que tuvieron los actores sociales en la participación social para la atención materna. Se desarrolló una matriz para explorar los recursos de la participación social en: a) influencia en la distribución de recursos; b) mecanismo de exigibilidad de derechos; c) disponibilidad de información de los derechos y; d) mecanismo para atender la diversidad social. La medición se hizo con la escala de baja capacidad, media capacidad y alta capacidad, con base en los datos provenientes del trabajo de campo en los tres casos de estudio, el nivel municipal y nivel departamental. En los actores que no se pudo determinar la disponibilidad de recurso, por lo que se consignó que no existe.
- El indicador de participación social se complementó con la caracterización de los tipos de redes sociales de apoyo a la atención materna de: a) parentesco; b) autoridad municipal, departamental y nacional, c) extensión de cobertura y; d) servicios del MSPAS. Con base en los criterios de: a) niveles de instrucción para operar en redes social; b) costos de oportunidad para operar en red social y; c) barreras para la participación y capacitación, para operar en las redes sociales. El indicador se construyó con los datos recabados en las entrevistas de todos los niveles nacional, departamental y municipal. El indicador se expresó en bajo nivel, medio nivel y alto nivel.
- El último indicador de participación directa en salud utilizó dos matrices. La primera se construyó con los nodos formados entre los actores y el peso de las transacciones: a) negociación; b) dirección; c) distribución

y d) reciprocidad. El peso se definió con base en el criterio formado de todos los indicadores previamente descritos, se expresó en bajo peso, medio peso y alto peso. En los puntos donde no se construyó el nodo, se consignó no existe. La segunda matriz se construyó con base en la identificación de nodos entre los actores. Los nodos, se caracterizaron por medio de las actividades en torno a los programas contra la mortalidad materna, expresados de bajo peso, medio peso y alto peso.

En segundo término, con relación al objetivo general, se desarrolló los indicadores que se espera contribuyan a la reducción de la mortalidad materna mediante el uso de indicadores de gobernanza, relacionados con los programas contra la mortalidad materna y desarrollados a partir de la Reforma del Sistema de Salud en Guatemala, en tres municipios.

Para tal efecto, se caracterizó de forma detallada a través de los indicadores de gobernanza, la tendencia de la política y programas de reducción de la mortalidad materna en los cuatro periodos de gobierno, los niveles de poder y de autoridad de acuerdo con la identificación de los actores sociales vinculados en el sistema de servicios de salud y la respuesta social organizadas, en la atención materna. El uso de indicadores de gobernanza demostró la tendencia de debilidades de la política y los programas de mortalidad materna del MSPAS para alcanzar el objetivo 5 de la meta del milenio. Entre las debilidades, los indicadores exponen que la política para la reducción de la mortalidad materna requiere incidir en incrementar la capacidad de respuesta del MSPAS en articular los recursos y medios de poder para la cohesión e integración de las capacidades locales, que permitan el desarrollo de infraestructura y articulación del tejido social, en torno a la atención materna.

En tercer término, con respecto al primer objetivo específico, hemos logrado la recolección de información para desarrollar los indicadores de gobernanza y participación social pertinente para, la evaluación de los niveles de gobernanza y participación social en las políticas y los programas de mortalidad materna implementados durante el periodo 1996-2012.

Con respecto a la información de los indicadores, ésta se alcanzó por medio de dos fases: la primera de sistematización de la información documental

para la construcción de los temas de antecedentes y marco teórico, la cual requirió la consulta con expertos en el nivel nacional e internacional; la segunda, de trabajo de campo que requirió primero, la identificación de líderes de opinión quienes desde el nivel departamental contribuyeron a construir una red de colaboradores quienes permitieron hilar la identificación de los actores sociales, vinculados en los programas contra la mortalidad materna. Del nivel departamental al municipal hubo una estrategia de aproximación por la vía oficial con los Coordinadores de Distrito Municipal de Salud y fueron los Técnicos en Salud Rural de los tres sitios de estudio, quienes convocaron a los diversos grupos de base comunitaria para participar en las entrevistas grupales. Entre los retos superados estuvo obtener la opinión de los entrevistados en su idioma materno, lo cual se logró con la participación de personal de salud, quienes hicieron las preguntas en los idiomas maternos locales. Las respuestas fueron traducidas al español, al finalizar cada intervención. Las interrelaciones existentes entre los actores permitió la vinculación de los exfuncionarios de gobierno. El nivel central se alcanzó en un periodo de un año y tres meses de trabajo campo, en la medida que fueron identificados los actores quienes tuvieron en los gobiernos anteriores, roles de liderazgo.

En cuarto término, se cumplió con el segundo objetivo específico, con el cual hemos caracterizado las respuestas de los indicadores de gobernanza y participación social, en torno a las políticas y programas de mortalidad materna, en los tres municipios seleccionados. A continuación presentamos las principales características que se derivan de los indicadores:

- La descentralización del sistema de salud, transfirió las responsabilidades de ejecución de presupuesto, a un esquema de relaciones administrativas centralizadas en el nivel departamental. Con una dependencia centralizada en la asignación de los recursos financieros en el nivel central. Este mismo efecto se replica en el nivel normativo del Programa Nacional de Salud Reproductiva, lo que caracteriza al sistema por su verticalidad en la gestión sanitaria. Ambas acciones son consideradas como el efecto de la desconcentración del sistema de salud, en donde las limitaciones en la planificación departamental y municipal, se encuentran en una posición

de vulnerabilidad para dar respuesta apropiada a las necesidades de salud materna.

- Un componente de la reforma del sistema de salud se observó en los convenios que tienen las ONG's del modelo de Provisión de Servicios de Salud del Programa de Extensión de Cobertura, en cuanto a su rol de privatización de los servicios del Estado; en particular, con sus responsabilidades de atención materna se evidenció las debilidades en la atención del embarazo y puerperio. Las ONG's tuvieron una baja capacidad de incidir en la mejora de entrega de servicios en las comunidades más postergadas del país, durante el periodo de estudio, con el agravante de establecer contratos lesivos para con el personal que conforma los equipos básicos de salud. El modelo de Provisión de Servicios de Salud no logró coadyuvar acciones oportunas y consolidar, procesos que muestren mejoras en la prestación de servicios locales, por el contrario, la retracción del papel del Estado con la consecuente debilidad de la rectoría del MSPAS, se reflejó la debilidad de la estructura del sistema de servicios en las comunidades donde el modelo de extensión de cobertura estuvo presente.
- La posición subalterna de la mujer con respecto a sus derechos de autonomía en la toma de decisiones, es un patrón cultural que limita el acceso a los servicios de salud, oportunos en las emergencias obstétricas, confiriendo de esta forma una condición de vulnerabilidad de la cultura machista. El recurso legal de la Ley para la maternidad saludable, permite a los trabajadores sanitarios asistir, apoyar y disuadir a los familiares o conviviente de la mujer, en la toma de decisiones utilizando el recurso legal que penaliza la obstaculización del acceso a los servicios de atención materna, por parte del conviviente y funcionarios públicos. Sin embargo, las actuaciones del personal de salud, las comisiones de salud y las comadronas, están operando en funciones que le corresponde al ministerio público. En los en tornos locales, se observó acciones no reguladas por parte de las autoridades municipales para apoyar con el transporte en las emergencias obstétricas, lo cual tuvo un efecto positivo.

- En el país, la incidencia política de los grupos organizados de la sociedad civil, fundamentalmente los grupos feministas, tienen un rol de liderazgo social y político, en los cambios que garantizan desde el marco legislativo la protección de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. El efecto de este movimiento social de mujeres incide desde los años 60 en logros institucionales que son la base posterior de la apertura social, en donde la mujer indígena cobra relevancia para la reivindicación de derechos legítimos por ser el grupo social más afectado en la mortalidad materna. La incidencia política de estos grupos, logró alianzas con el poder legislativo creando los marcos legales para la salud materna y en consecuencia el abordaje de la mortalidad materna que a corto plazo, se espera sea integral.

En quinto término, se alcanzó el tercer objetivo específico, con el cual hemos elaborado las recomendaciones de política en salud con criterios de aceptabilidad política, género, interculturalidad y ética, que permitan fortalecer la gobernanza y participación social, en las políticas y los programas de mortalidad materna. Las cuales se lista a continuación:

- La política de reducción de la mortalidad materna deberá de promover que las autoridades sanitarias locales, logren generar confianza en las mujeres en edad fértil, para disminuir paulatinamente las barreras construidas por la destrucción del tejido social, manifestadas en las voces de las usuarias, siga limitando el acceso a los servicios de salud materna.
- Desde la Secretaria Presidencial de la Mujer, se puede empoderar el rol social de las comadronas, quienes podrían ser consideradas como el proveedor de la atención materna con pertinencia cultural en el cuidado del embarazo y resolución del parto, sin que esto represente llevar a la comadrona a los entornos donde las actitudes de rechazo y discriminación están promoviendo barreras ante el enfoque de interculturalidad que supone procesos complejos para cambiar la idiosincrasia en los niveles de atención en salud.
- La participación social a nivel local requiere la disponibilidad de recursos para la capacitación, así como la inducción para coordinar los recursos

locales que puedan facilitar la movilización de las emergencias obstétricas. Es importante que la rectoría del MSPAS, no traslade la responsabilidad de resolución de emergencias obstétricas en las organizaciones de base comunitaria que tienen recursos limitados para su propia subsistencia.

- Se requiere una alta capacidad de gestión en el nivel nacional para encontrar el apoyo intersectorial que permita desarrollar un plan donde convergen el sector de desarrollo social, educación, salud, transporte y obras públicas. La ubicación de recursos provenientes de la cooperación internacional, coordinados por el MSPAS, puede incidir en las acciones del nivel nacional, departamental y municipal para la capacitación del recurso humano y mejoras en la atención de la mujer embarazada, al integrar el enfoque de género con equidad y justicia social.
- Se requiere la identificación de organizaciones especializadas en la capacitación de los derechos sexuales y reproductivos, mediadores culturales para poner en contexto los contenidos de capacitación de acuerdo con la diversidad cultural del país. Acciones que pueden incidir en la reconversión de los aspectos culturales del machismo que subyacen en los roles sociales de la relación hombre - mujer y que afectan la toma de decisión y autonomía de la mujer en su entorno social, frente a la resolución de la atención materna.
- Desde el punto de vista del desarrollo de conocimiento existe la necesidad de utilizar indicadores de gobernanza y participación social, para que sus resultados puedan ser integrados en los programas de atención materna. Es en este punto, donde desde el análisis de política en salud, se puede tener incidencia en los programas dirigidos a la disminución drástica e inmediata de la mortalidad materna.
- La experiencia de la tesis doctoral, permitió aprender el dominio de teoría y manejo de herramientas metodológicas que son de alta aplicación y complejidad para aproximarse a problemas de investigación cuya naturaleza, exigen recursos metodológicos capaces de identificar los determinantes sociales que le subyacen. Este tipo de investigaciones deben

adherirse al compromiso de alcanzar las metas de milenio, desde una política ministerial de salud pública en investigación.

En sexto término, se propuso como primera expectativa empírica, reflexionar sobre si los indicadores de Gobernanza en el ámbito de los programas de abatimiento de la mortalidad materna, permiten identificar factores que fortalecen el desarrollo de las capacidades de respuesta social y de los servicios de salud ante la mortalidad materna.

Entre los factores identificados realza la apertura de la pertinencia cultural en los servicios de salud, donde la comadrona tiene el derecho de asistir a su paciente en el trabajo de parto, con el apoyo del personal médico, si se presentara una complicación, esta relación mejoró la confianza en las referencias de mujeres con señales de peligro, que hacen las comadronas o miembros de comisiones, hecho que se muestra en el aumento del número de partos atendidos por el personal de los servicios de salud. Otro factor, indica la necesidad de incrementar la rectoría del MSPAS a través de la planificación del crecimiento de la infraestructura en las comunidades postergadas para mejorar el acceso con personal que de preferencia sea del área o que, hable el idioma local y conozca los aspectos culturales entorno a la salud materna.

En último término, con relación a la segunda expectativa empírica, la cual nos plantea que los indicadores de participación social permiten la identificación de los nodos de la interacción de los actores sociales, de sus roles y reglas tendentes a fortalecer las recomendaciones de alta factibilidad para el avance de los programas de abatimiento de la mortalidad materna, la respuesta es afirmativa, en tanto que los indicadores de participación social identificaron a los nodos, hecho que se observó en la activación de comisiones de salud para la coordinación de los recursos locales en el acceso a los servicios de salud en las emergencia obstétrica, así mismo el sistema de servicios de salud se encontró fortalecido en las comunidades donde se identificó el desarrollo de infraestructura como Puesto de Salud con el recurso humano básico de personal de enfermería y un (a) educador (a).

Los nodos identificados muestran la necesidad de promover estrategias para la regulación y conformación de comisiones de salud, articuladas con el liderazgo

local de los miembros del COCODE, las comadronas y líderes en salud comunitarios, así como la dotación de recursos por parte del Estado para el funcionamiento de las comisiones de salud. Otro nodo identificado con los indicadores de participación social, pone en evidencia el efecto sinérgico que se deriva entre el desarrollo de servicios de salud del modelo tradicional del MSPAS, en el nivel local con las redes sociales comunitarias, que inciden en la disminución de la muerte materna.

9. Bibliografía

1. **Becerril-Montekio, Víctor y López-Dávila, Luis.** *Sistema de Salud de Guatemala*. Cuernavaca, México, 2011, Salud Pública Mex, Vols. 53 supl 2:S197-S208.
2. **Instancia Nacional de Salud.** *Monitoreo del Derecho a la Salud; en el marco de la reforma del sector salud en Guatemala*. Guatemala : Maya Terra, 2003.
3. **Green, Jucith y Thorogood, Nicki.** *Qualitative Methods for Health Research*. London : Sage Publitacons Ltd, 2004.
4. **Arredondo, Armando.** *Temas Selectos en Sistemas de Salud: Costos, Financiamiento, Equidad y Gobernanza; Conceptos, Tendencias y Evidencias*. México : Compañía Editorial Impresora y Distribuidora, S.A., 2009.
5. **Instituto Nacional de Estadística –INE-**. Perfil estadístico de género y pueblos: maya, garífuna, xinka y ladino. *Instituto Nacional de Estadística*. [En línea] 2010. [Citado el: 16 de 09 de 2011.] <http://www.ine.gob.gt/np/generoypueblos/documentos/Perfil%20Estadistico%20final.pdf>.
6. —. ENCOVI. *Instituto Nacional de Estadística*. [En línea] 2006. [Citado el: 16 de 09 de 2011.] http://www.ine.gob.gt/np/encovi/ENCOVI2006/Resultados_Nacionales.pdf.
7. **Instituto Nacional de Estadística –INE-**. Gobierno de Guatemala. *Población en Guatemala (demografía)*. [En línea] 2011. [Citado el: 09 de 02 de 2013.] <http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/index.htm>.
8. **Comisión para el Esclarecimiento Histórico.** *Guatemala memoria del silencio. Conclusiones y Recomendaciones*. Guatemala : Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas (UNOPS), 1999. pág. 57.
9. **Aguilera, Gabriel.** *El nuevo sujeto de la lucha en Guatemala*. [ed.] FLACSO, Programa Guatemala Instituto Centroamericano de Documentación e Investigación Social. 14-15, Costa Rica: Enero-Febrero de 1991, Polémica.

10. **Grupo de Apoyo a Refugiados Guatemaltecos.** *La contrainsurgencia y los refugiados guatemaltecos.* México : Editorial Mexicana, 1983. pág. 136.
11. **Comités de Resistencia Popular.** *Los procesos migratorios de coyuntura.* Guatemala : 1982.
12. **Jonas, Susanne.** *La batalla por Guatemala.* [ed.] FLACSO - Guatemala. Venezuela : Nueva Sociedad, 1994. págs. 131-146.
13. **Ediciones de la Paz.** *Informe de un genocidio -los refugiados guatemaltecos.* 2^a. Guatemala : Ediciones de la Paz, 1993. pág. 59.
14. **IM - GRICAR.** *El proceso de Retorno de los Refugiados Guatemaltecos; una visión desde la mesa de negociación.* Guatemala : Serviprensa, 1999. pág. 15.
15. **Presidencia de la República Secretaria de la Paz.** *Los Acuerdos de Paz.* Guatemala : 2007.
16. **López, Luis.** “Incidencia política de la participación comunitaria en la política de salud a nivel local” (Estudio de casos 2007). *Dirección General de Investigación, Universidad de San Carlos de Guatemala.* [En línea] 2007. [Citado el: 20 de 06 de 2011.] http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/investigacio_files/INFORMES/PUIEP/INF-2007-009.pdf.
17. **Flores, Walter, Ruano, A y Phe, D.** *La participación social en un contexto de violencia política: Implicaciones para la promoción y ejercicio del derecho a la salud en Guatemala.* Guatemala : Documentos de Discusión del CEGSS No. 1, 2009.
18. **Pappa Santos, Obdulio.** *Condiciones de vida y relaciones interétnicas en población desarraigada por guerra interna.* Departamento de Suchitepeque. 14, Guatemala : Serviprensa, S.A., Abril de 2002, págs. 75-101.
19. **Barrillas, Edgar.** Experiencia de descentralización en salud en América Latina: Descentralización y reformas del sistema de salud en Guatemala. Guatemala : 2004.

20. **Flores, Walter.** *El sistema de salud en Guatemala, 4: ¿Así... funcionamos? ¿hacia dónde vamos?* PNUD. Guatemala : Grupo Amanuense, 2008. pág. 104. 978-99939-908-0-2.
21. **PNUD.** *Guatemala: hacia un Estado para el desarrollo humano; Informe nacional de desarrollo humano 2009/2010.* Guatemala : 2010.
22. **Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia.** *Constitución Política de la República de Guatemala y Leyes de Desarrollo Social.* Guatemala : 2005.
23. **Congreso de la República de Guatemala.** Código de Saud Decreto Número 90-97. Guatemala : Organismos Legislativo, 1997.
24. **Verdugo, Juan C.** *Neoliberalismo e inequidad en el primer nivel del SIAS.* 2, Guatemala : abril-junio de 2002, [Portadores de Sueños]
25. **Hernández, Bernardo, y otros.** Plan Estratégico Mesoamericano de Salud Materna. *Banco Interamericano de Desarrollo.* [En línea] 2010. [Citado el: 09 de 8 de 2011.] <http://www.iadb.org/wmsfiles/products/SM2015/Documents/Spanish/Plan-salud-materna.pdf>.
26. **OPS.** *Salud en las Américas 2007.* Washington, D.C. : 2007. Vols. I - Regional, Publicación Científica y Técnica No.622.
27. **CESR/ICEFI.** *¿Derechos o privilegios? El compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala.* Guatemala/España : 2009.
28. **World Bank.** *Health System Innovations in Central America Lessons and Impact of New Approaches, [Working paper No. 57].* Washington, D.C. : (ed) Gerard M. La Forgia, 2005.
29. **OPS.** *Perfil del sistemas de salud de Guatemala.* Washington, D. C. : 2007. pág. 70.

30. **Saltman, Richard B y Ferroussier-Davis, Odile.** *The concept of stewardship in health policy.* Ginebra : World Health Organization, June de 2000, Bulletin of the World Health Organization, Vol. 78, págs. 732-739. 0042-9686.
31. **Flores, Walter.** *Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud.* Guatemala : 2011. 978-9929-8025-9-9.
32. **Moscoso Arriaza, Virginia y Flores Ramírez, Carlos.** *El Sistema de Salud en Guatemala: Retratos de muertes evitables.* Guatemala : Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.
33. **Frenk, Julio.** *La Salud de la Población; Hacia una nueva Salud Pública.* México : Fondo de Cultura Económica, 1994.
34. **OPS.** *Esquema de protección social para la población materna, neonatal e infantil: Lecciones Aprendidas de la Región de América Latina.* Washington, D.C. : 2008.
35. **Arredondo, Armando, Orozco Núñez, Enmanuel y Castañeda, Xochitl.** *Gobernanza en sistemas de salud y participación social en México a partir de la Reforma del Sector.* 29, 2005, Hitos de Ciencias Económico y Administrativas, págs. 5-19.
36. **Flores, Walter.** *Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sistemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas.* Universidad Nacional de Colombia, Revista de Salud Pública, Vol. 12 sup (1), págs. 28-38. 0124-0064. *Redalyc.org.* [En línea] 04 de 2010. [Citado el: 07 de 08 de 2013.] <http://www.redalyc.org/pdf/422/42219913003.pdf>.
37. **Flores, Walter y Gómez Sánchez, Ismael.** *La Gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder. Cuaderno de Investigación del CEGSS No. 3.* Guatemala : 2010.
38. **Instituto Nacional de Estadística –INE-.** *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995.* INE/MSPAS/USAID/UNICEF/DHS. Guatemala : 1996. pág. 245.

39. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-**. *Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000*. Guatemala : 2003.
40. —. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002*. Guatemala : 2003. pág. 295.
41. —. Informe Preliminar ENSMI 2008-2009. [En línea] 2010. [Citado el: 17 de 09 de 2011.] http://www.ine.gob.gt/np/ensmi/Informe_ENSMI2008_2009.pdf.
42. **Cevallos, Rodrigo; Amores, Alfredo; Di Fabio, José.** *Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas*. Quito : Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación, Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas OPS/OMS, 2009.
43. **ONU**. Declaración de las Naciones Unidas sobre derechos de los pueblos indígenas. *Naciones Unidas*. [En línea] 2007. [Citado el: 10 de 02 de 2013.] http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/DRIPS_es.pdf.
44. **Ibacache, Jaime.** La Salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. [En línea] 1997. [Citado el: 10 de 02 de 2013.] <http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.ht>.
45. **Lolas, Fernando, Martin, Douglas K y Quezada, Álvaro.** *Prioridades en Salud y Salud Intercultural*. Chile : CIEB, Universidad de Chile, Centro Colaborador en Bioética OMS, 2007.
46. **Secretaria Planificación y Programación de la Presidencia –SEGEPLAN-**. Mapas de pobreza y desigualdad de Guatemala. *SEGEPLAN*. [En línea] 4 de 2005. [Citado el: 17 de 10 de 2011.] http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_remository&Itemid=274&func=startdown&id=87.

47. **González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréns, M., Porrás-Condey, R., Carvalho, N., y otros.** *Deficiencia de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México.* Cuernavaca : 2007, Salud Pública de México, Vol. 49 (Supl 1), págs. S37-S52.
48. **Mills, A., Brugha, R., Hanson, K., & McPake, B.** *What can be done about the private health sector in low-income countries?* Israel : 2002. págs. 325-330. 2107-6952.
49. **Meentzen, Angela.** Políticas públicas para los pueblos indígenas de América Latina: Los casos de México, Guatemala, Ecuador, Perú y Bolivia. *Konrad Adenauer Stiftung.* [En línea] 2007. [Citado el: 08 de 09 de 2011.] http://www.kas.de/wf/doc/kas_11358-544-4-30.pdf.
50. **Shiffman, Jeremy.** *Generating political priority for maternal mortality reduction in five developing countries.* 5, 2007, American Journal of Public Health, Vol. 97, págs. 796-803.
51. **Barrillas, Edgar.** La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 1(3).* [En línea] 1997. [Citado el: 07 de 09 de 2011.] <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v1n3/0441.pdf>.
52. **Eder, Karin y García Pú, María Manuela.** *Modelo de la Medicina Indígena Maya en Guatemala.* Guatemala : 2003.
53. **Figueroa Mont, Ismar Sjhanny .** *Las relaciones de género y la participación de la mujer en los COCODES y el COMUDE EN LOS MUNICIPIOS de San Antonio Huista y Santa Eulalia del departamento de Huehuetenango.* Guatemala : DIGI-USAC, 2010.
54. **Meentzen, Angela.** Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas [informe preliminar]. [En línea] 2001 . [Citado el: 07 de 09 de 2011.] <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd47/mujeres.pdf>.

55. **Midré, Georges.** *El papel del Estado y los derechos de los ciudadanos.* Guatemala : Serviprensa, S.A, Abril de 2002, Revista Estudios Interétnicos, págs. 49-56.
56. **Arredondo, Armando, y otros, y otros.** *Gobernanza en Sistemas de Salud: Conceptos, aportes y evidencias para el avance de estrategias de Protección Social en la Salud de los Migrantes.* México : 2010.
57. **Secretaría de la Paz –SEPAZ-.** *Agenda Pública hacia los Pueblos Indígenas en el Marco de los Acuerdos de Paz 2005-2012. Resultados de los Talleres Antigua I, II, III, junio -julio 2005.* Embajada de Buena Voluntad de los Acuerdos de Paz de Guatemala / Secretaría de la Paz -SEPAZ- / Fondo Nacional para la Paz -FONAPAZ-. Guatemala : Secretaría de la Paz, 2005. pág. 39.
58. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-.** *Acuerdo Ministerial No. 1632-2009.* Guatemala : 2009.
59. —. *Acuerdo Ministerial No. 8-2010.* Guatemala : 2010.
60. —. *Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural.* MSPAS/UN-FPA/AECI. Guatemala : 2010. pág. 77.
61. **Instituto Nacional de Estadística -INE-.** Estimaciones de la Población total por departamento. Período 2003-2011. *Instituto Nacional de Estadística, Guatemala, C.A.* [En línea] 2013. [Citado el: 28 de 02 de 2013.] http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/ProyeccionesXDepto_03_11.xlsx.
62. **Asamblea Nacional Constituyente.** *Constitución Política de la República de Guatemala.* Guatemala : 1985.
63. **Consejo de Desarrollo Departamental de Huehuetenango. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Dirección de Planificación Territorial.** *Plan de Desarrollo Departamental de Huehuetenango.* Guatemala : 2011. pág. 146 (Serie PDD SEGEPLAN:CD 13).

64. **Fundación Propaz.** *Análisis de la conflictividad electoral 2011 en Huehuetenango.* Guatemala : 2011. pág. 48.
65. **Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, Fondo de Población de Naciones Unidas.** *Planes Departamentales de Reducción de la Mortalidad Materna.* Guatemala : 2007. pág. 497.
66. **Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-**. Plan de Desarrollo Departamental Huehuetenango. *Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-*. [En línea] 2011. [Citado el: 28 de 02 de 2013.] <http://www.segeplan.gob.gt/dnl/index.php?cod=330>.
67. **Instituto Nacional de Estadística -INE-**. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida -ENCOVI- 2011. *Instituto Nacional de Estadística -INE-*. [En línea] 2011. [Citado el: 28 de 02 de 2013.] <http://www.ine.gob.gt/np/encovi/documentos/Pobreza%20y%20Desarrollo%202011.pdf>.
68. —. Estimaciones de la Población total por municipio. Período 2008-2020. *Instituto Nacional de Estadística -INE-*. [En línea] 2013. [Citado el: 28 de 02 de 2013.] <http://www.ine.gob.gt/np/poblacion/Municipios2008'2020.xls>.
69. **Consejo Municipal de Desarrollo del Municipio de Aguacatán y Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, Dirección de Planificación Territorial.** *Plan de Desarrollo Santa Eulalia, Huehuetenango.* Guatemala : SEGEPLAN/DPT, 2010. págs. 129 (Serie: PDM SEGEPLAN, CM 1327).
70. **Consejo Municipal de Desarrollo del Municipio de Malacatancito y Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, Dirección de Planificación Territorial.** *Plan de Desarrollo Municipal Malacatancito, Huehuetenango.* Guatemala : 2010. págs. 98 (Serie: PDM/SEGEPLAN,CM 1303).

71. **Consejo Municipal de Desarrollo del Municipio de Aguacatán y Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia, Dirección de Planificación Territorial.** *Plan de Desarrollo Aguacatán, Huehuetenango.* Guatemala : 2010. págs. 129 (Serie: PDM SEGEPLAN, CM 1327).
72. **Brody, Alyson.** Bridge; development - gender. [En línea] 2009. [Citado el: 10 de 12 de 2012.] http://www.bridge.ids.ac.uk/vfile/upload/4/document/1105/Governance_OR_Spanish.pdf.
73. **Bareiro L, Torres I.** Gobernabilidad Democrática, Genero y Derechos de las Mujeres en América Latina y el Caribe. [En línea] 2010. [Citado el: 09 de 12 de 2011.] <http://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bitstream/10625/43866/1/130388.pdf> 09/12/2011.
74. **Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R.** *Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación.* Rio de Janeiro : 2006, Cad. Saúde Pública, Vol. 22 Sup , págs. 535-545.
75. **Celedón, Carmen y Noé, Marcela.** Reformas del sector de la salud y participación social. *Rev Panam Salud Pública [online].* [En línea] 2000. [Citado el: 21 de 08 de 2011.] http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000700013&script=sci_abstract&tlng=es.1020-4989.
76. **Londoño, Juan Luis y Frenk, Julio.** Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. [aut. libro] FUNSALUD. *Observatorio de la Salud.* México : FUNSALUD, 1997, págs. 307-346.
77. **WHO.** *World Health Organization The world health report 2000: health systems: improving performance.* Geneve : 2000.
78. **OPS.** “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”, (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). Washington, D.C. : 2010.

79. **S/A.** *Agenda de Salud para las Américas, 2007.* 2007.
80. **OPS/OMS.** “*Política # 6: Participación y Fiscalización Social en la Gestión Pública de los Servicios de Salud; Estructurales: Fortalecimiento de los comités de salud locales, con énfasis en la vinculación de grupos desarraigados y desmovilizados.*”. Guatemala : 2000.
81. **Burszty, I.** *Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud Segmentados.* Cuernavaca : 2010, Salud Pública de México, Vol. 12, págs. 77-88.
82. **Rodríguez, Ch., Lamothe, L., Barten, F., y Haggerty, J.** *Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina.* Cuernavaca : 2010, Salud Pública de México, Vol. 12, págs. 151-159.
83. **Bazzani, Roberto.** *Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en sistemas de salud.* sup 1, Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Rev. salud pública, Vol. 12, págs. 1-7. 0124-0064.
84. **Revista de Salud Pública.** *Gobernanza de las políticas de salud en las Américas, Atención primaria, equidad y sistemas de salud.* Sup (1), Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Vol. 12. 0124-0064.
85. **Báscolo, Ernesto y Yavich, Natalia.** *Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina.* Sup (1), Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Vol. 12. 0124-0064.
86. **Jean L., Denis, y otros.** *Reforma y gobernanza en salud: el atractivo del gerenciamiento en la acción pública.* Sup (1), Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Vol. 12. 0124-0064.

87. **Álvaro, Cardona, Emmanuel, Nieto y Luz M, Mejía.** *Un enfoque de gobernanza aplicado al análisis de una investigación sobre trabajadores cesantes en Medellín-Colombia.* Sup (1), Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Vol. 12. 0124-0064.
88. **Báscolo, Ernesto.** *Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud.* Sup (1), Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Vol. 12, págs. 8-27.
89. _____. *Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina.* Rio de Janeiro, Brasil : Asociación Brasileña de Pos-Grado en Salud Colectiva, junio de 2011, Ciencia & Saúde Colectiva, Vol. 16, págs. 2763-2772. 1413-8123.
90. **Arredondo, Armando y Orozco, Emanuel.** Equity, governance and financing after health care reform: lessons from Mexico. 2008, Int J Health Plann Mgmt, págs. 37-49.
91. **Flores, Walter y Ruano, Ana.** *Atención Primaria en Salud y Participación Social: Análisis del contexto histórico en América Latina, de los desafíos actuales y las oportunidades existentes.* . Guatemala : Documentos de Discusión del CEGSS No.2, 2009.
92. **CEAR.** Encuesta Sociodemográfica de población desplazada y repatriada; Triangulo Ixil. Guatemala : 1993.
93. **Jarillo Soto, Edgar C y Guinsberg, Enrique.** *Temas y desafíos en Salud Colectiva.* Buenos Aires : Lugar Editorial, 2007. 978-950-892-287-8.
94. **Delgado-Gallego, María E y Vázquez-Navarrete, Luisa.** Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. *Rev salud pública.* [En línea] 2006. [Citado el: 09 de 08 de 2011.] <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n2/v8n2a01.pdf>. 8 (2).

95. **Vaillancourt Rosenau, Pauline.** *Health care reform in the nineties.* Thousand Oaks, California : Sage Publications, Inc, 1994.
96. **Homedes, Nuria y Ugalde, Antonio.** *Decentralizing Health Services in Mexico; a case study in state reform.* La Jolla, California : Center for U.S. Mexican Studies, UCSD, 2006.
97. **González-Block, Miguel Ángel.** Experiencias de reforma a los sistemas de salud en el mundo. [aut. libro] FUNDASALUD. *Observatorio de la Salud* . México : FUNSALUD, 1997, págs. 285-366.
98. **González-Block, M. Á.** Experiencias de reforma a los sistemas de salud en el mundo. México : 1997.
99. **Londoño, J. L., & Frenk, J.** Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. México : 1997.
100. **González-Block, M. Á.** Herramientas de Priorización de Intervenciones Esenciales de Salud. Cuernavaca : 2006.
101. **Menéndez, E. y Spinelli, H. (coords.).** Participación social ¿para qué?, Buenos Aires : Lugar Editorial, 2006.
102. **Mendizabal, Enrique.** Understanding networks: The functions of research policy networks. London. *Overseas Development Institue.* [En línea] 2006. [Citado el: 23 de 08 de 2011.] <http://www.odi.org.uk/resources/download/133.pdf>. Working paper 271.
103. **Orozco Núñez, E, González-Block MA, Kageyama-Escobar LM, Hernández-Prado B.** *Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna, Arranque Parejo en la Vida.* 2, Cuernavaca : marzo-abril de 2009, Salud Pública de México, Vol. 51, págs. 104-113.
104. **Mendizabal, Enrique.** Bulding Effective Research Policy Networks: Linking Function and Form. Lodon. *Overseas Development Institute.* [En línea] 2006. [Citado el: 23 de 08 de 2011.] <http://www.odi.org.uk/resources/download/130.pdf>. Working Paper 276.

105. **Gómez, Elsa.** *Genero, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica.* 5/6, 2002, Pan Am J Public Health , Vol. 11.
106. **Tajer, Débora.** Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. [En línea] 2004. [Citado el: 09 de 12 de 2011.] http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/Construyendo_Tajer.pdf.
107. **López P, Rico B, Langer A, Espinoza G. (Comp.).** *Género y política en salud.* México, DF : Secretaría de Salud, 2003.
108. **Chirix García, Emma Delfina;** *Reflexionando y actuando: Mujeres indígenas y participación política.* Universidad de San Carlos de Guatemala, Instituto de Estudios Interétnicos. Guatemala : Nojib' sa/Isaias Juárez, 2007. pág. 170. 978-99922-907-2-9.
109. **Sacayón Manzo, Eduardo Enrique;** *Entre el abandono y la esperanza: mujeres en los gobiernos locales.* Guatemala : Serviprensa, 2001. pág. 125.
110. **López Gallegos, Ana María.** *Representaciones sociales y prácticas de género en los actores de violencia conyugal.* Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Nuevo León. Nuevo León : 2004. pág. 172, Tesis Maestría en Ciencias.
111. **Brody, Alyson.** *Género y Gobernanza. Informe general.* Brighton : BRIDGE, 2009.
112. **Facio Montejo, Ada.** *Cuando el género suena cambios trae (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal) .* San José, C.R: ILANUD, 1992. pág. 156. 9977-25.029-4.
113. **OPS.** *Indicadores Básicos para el Análisis de la Equidad de género en Salud.* Washington D.C. : Organización Panamericana de la Salud, 2004. pág. 212. 92 75 32546 4.
114. **ONU.** Podemos Erradicar la pobreza 2015; Objetivos de Desarrollo del Milenio. [En línea] [Citado el: 10 de 08 de 2011.] <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>.

115. **Banco Interamericano de Desarrollo.** Proyectos: GU-G1001 : Inicia-tiva Salud Mesoamérica 2015 - Guatemala. *Banco Interamericano de Desarro- llo.* [En línea] 2011. [Citado el: 10 de 08 de 2011.] [http://www.iadb.org/ es/proyectos/project-information-page,1303.html?id=GU-G1001](http://www.iadb.org/es/proyectos/project-information-page,1303.html?id=GU-G1001).
116. **Walt, Gill y Gilson, Lucy.** Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. 1994, *Health Policy and Planning*, Vol. 9 (4), págs. 353-370.
117. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-.** *Linea- mientos estratégicos para reducir la mortalidad materna.* Guatemala : Programa Nacional de Salud Reproductiva, República de Guatemala, 2003.
118. —. *Plan Estratégico para Reducir la Mortalidad Materna 2004-2008.* Guate- mala : Programa Nacional de Salud Reproductiva, República de Guate- mala, 2004.
119. —. *Plan de Acción para la reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y mejora- miento de la Salud Reproductiva 2010-2015.* Guatemala : Programa Nacional de Salud Reproductiva, República de Guatemala, 2010.
120. **OPS.** *Diálogo social como Herramienta para la Extensión de la Protección Social en Salud.* Washington, D.C. : 2007.
121. **Hufty, Marc.** *Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico.* sup. (1), Bogotá : Instituto de salud pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, *Rev. salud pública*, Vol. 12, págs. 36-61.
122. **Prats i Català, Joan.** Gobernabilidad democrática para el desarrollo humano. *Institut Internacional de Governabilitat.* [En línea] 2001. [Citado el: 17 de 10 de 2011.] [http://www.hegoa.ehu.es/dossierra/gobernanza/3- Prats2001.pdf](http://www.hegoa.ehu.es/dossierra/gobernanza/3-Prats2001.pdf). 10 págs. 103-148 .
123. **Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva.** Observatorio en Sa- lud Sexual y Reproductiva. *Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva.* [En línea] 2011. [Citado el: 18 de 10 de 2011.] [http://www.osarguatemala. org/node/1](http://www.osarguatemala.org/node/1).

124. **Ulin, Priscilla R.** *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos.* Washington, D.C. : OPS, Publicaciones Científica y Técnica No. 614, 2006.
125. **Freyermuth-Enciso, Graciela y Cárdenas-Eli, Rosario.** Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas mediante las estrategias RAMOS y RAMOS modificada. Cuernavaca : noviembre-diciembre de 2009, *Salud Pública de México*, Vol. 51, págs. 450-457.
126. **Ibañez, Jesús.** *Más allá de la Sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica.* Madrid : Siglo XXI, 1979.
127. **Walker D, Myrick F.** Grounded theory: an exploration of process and procedure . *Qualitative health research*. [En línea] 2006. [Citado el: 03 de 07 de 2010.] <http://qhr.sagepub.com>.
128. **Scrimshaw, Susan y Hurtado, Elena.** *Procedimientos de Asesoría Rápida -RAP- para programas de nutrición y atención primaria de salud.* Tokio, Japan : Universidad de las Naciones Unidas, 1988.
129. **Copans, Jean.** *L'enquete Ethnologique de Terrain.* Paris : Nathan, 1999.
130. **Skodol H W, Sally S H.** Triangulation of qualitative methods: heideggerian hermeneutics and grounded theory . *Qualitative health research*. [En línea] 1991. [Citado el: 04 de 07 de 2010.] <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/1/2/263>.
131. **Kennedy T J T, Lingard L.** Making sense of grounded theory in medical education. Making sense of Qualitative Research. *Medical Education*. [En línea] 2006. [Citado el: 03 de 07 de 2010.] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2929.2005.02378.x/full>.
132. **S., Mantzoukas.** The inclusion of bias in reflective and reflexive Research. A necessary prerequisite for securing validity. *Reflective and Reflexi Journal of researching nursing*. [En línea] 2005. [Citado el: 03 de 07 de 2010.] <http://jrn.sagepub.com/content/10/3/279.abstract>.

133. **Witz, K.** “Awakening to” and aspect in the other: On developing insights. 13 (2): 04/07/2010. *Qualitative Inquiry*. [En línea] 2007. [Citado el: 04 de 07 de 2010.] <http://qix.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/2/235>.
134. **Farmer T, Robinson H, Elliot S, Eyles J.** Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative health research*. [En línea] 2006. [Citado el: 02 de 07 de 2010.] <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/16/3/377>.
135. **Arredondo, A., y Orozco Núñez, E.** *Equity, governance and financing after health care reform: lessons from Mexico*. 23, England : 2008, Int J Health Plann Mgmt, págs. 37-49.
136. **Presidencia de la República de Guatemala. Secretaria General de Planificación.** *Programa de Gobierno 1996 -2000*. Guatemala : 1996. pág. 136.
137. **Instituto Nacional de Estadística -INE-**. *La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995*. Guatemala : 1995.
138. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-**. **Programa nacional materno infantil.** *Plan nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal*. Guatemala : 1997.
139. **Frente Republicano Guatemalteco –FRG-**. *Plan de Gobierno 2000-2004*. Guatemala : 1999. pág. 37.
140. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS- y Secretaría Presidencial de la Mujer -SEPREM-**. *Lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna. Hacia la Implementación de las Recomendaciones del Informe Línea Basal de Mortalidad Materna / 2000*. Guatemala : 2003. pág. 25.
141. **Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-**. *Informe anual 2002 Política de desarrollo social y población*. Guatemala : 2002. pág. 38.

142. —. *Informe Anual 200: Política de desarrollo social y población*. Guatemala : 2003. pág. 52.
143. —. Política de desarrollo social y población. *Gobierno de Guatemala, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-*. [En línea] 08 de 04 de 2002. [Citado el: 18 de 02 de 2013.] http://www.segeplan.gob.gt/downloads/clearinghouse/politicas_publicas/Transversales/Pol%C3%ADtica%20Desarrollo%20Social%20y%20Poblaci%C3%B3n.pdf.
144. —. *Informe Anual 2004: Política de desarrollo social y población*. Guatemala : 2004. pág. 64.
145. —. *Informe Anual 2005: Política de Desarrollo Social y Población*. Guatemala : 2005. pág. 68.
146. **Organismo Ejecutivo, Gobierno de la República de Guatemala.** Política Nacional de Descentralización del Organismo Ejecutivo. *Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-*. [En línea] 05 de 2005. [Citado el: 18 de 02 de 2013.] http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_remository&Itemid=274&func=fileinfo&id=245.
147. **Berge, Oscar; Stein, Eduardo;** Lineamientos General de Gobierno Período 2004 -2008. *Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-*. [En línea] 2004. [Citado el: 18 de 02 de 2013.] http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_remository&Itemid=274&func=startdown&id=342.
148. **Gobierno de Guatemala Gabinete de Desarrollo Rural.** Política de Desarrollo Rural Integral. *Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-*. [En línea] 09 de 2006. [Citado el: 18 de 02 de 2013.] http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_remository&Itemid=274&func=startdown&id=248.

149. **Sistema Nacional de Planificación Estratégica Territorial (SIN-PET).** Estrategia de Desarrollo Territorial para la República de Guatemala. *Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-*. [En línea] 08 de 2006. [Citado el: 18 de 02 de 2013.] http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_remository&Itemid=274&func=fileinfo&id=341.
150. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Planificación Estratégica.** Lineamientos Básicos y Políticas de Salud Año 2004-2008. *Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-*. [En línea] 2004. [Citado el: 18 de 02 de 2013.] http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_remository&Itemid=274&func=fileinfo&id=236.
151. **Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-**. *Informe Anual 2006: Política de Desarrollo Social y Población*. Guatemala : 2006. pág. 102.
152. —. *Informe Anual 2007: Política de Desarrollo Social y Población*. Guatemala : 2007. pág. 69.
153. **Gobierno de Guatemala.** “*Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Guatemala : 2008.
154. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-**. *Plan de Acción para la atención calificada materna y neonatal normal y complicada en los servicios institucionales de atención de parto (Hospitales, CAIMI, CPA y Maternidades)*. Guatemala : Programa Nacional de Salud Reproductiva, 2008.
155. **Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-**. *Informe Anual 2008: Política de Desarrollo Social y Población*. Guatemala : 2008. pág. 114.
156. —. *Informe Anual 2009: Política de Desarrollo Social y Población*. Guatemala : 2009. pág. 127.

157. __. *Informe Anual 2010: Política de Desarrollo Social y Población*. Guatemala : 2010. pág. 117.
158. **Congreso de la República de Guatemala**. Ley para la Maternidad Saludable Decreto Número 32-2010. *Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial*. [En línea] 09 de 09 de 2010. [Citado el: 19 de 02 de 2013.] <http://www.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnálisisDocumentaciónJudicial/cds/CDs%20leyes/2010/pdfs/decretos/D032-2010.pdf>.
159. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-**. Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010 -2015. *Observatorio en Salud Reproductiva -OSAR-*. [En línea] 2010. [Citado el: 19 de 02 de 2013.] <http://www.osarguatemala.org/userfiles/ERMM%202010-2015.pdf>.
160. **Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-**. *Informe Anual 2011: Política de Desarrollo Social y Población*. Guatemala : 2011. pág. 104.
161. **Organismo Ejecutivo**. *Acuerdo Gubernativo No. 115-99, Reglamento orgánico interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*. Guatemala: 1999.
162. **Banco Mundial**. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington, D.C. : 1993.
163. **Menéndez, Eduardo**. *El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud*. Cataluña : 1984, Arxiu D'etnografia de Catalunya, págs. 84-109.
164. **Iniciativa Reforma Sector Salud**. *Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala*. Maryland : 1998.
165. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-**. *Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Una estrategia segura para la universalización de la salud y el cumplimiento del Pacto Hambre Cero*. Guatemala : 2012. pág. 35.

166. —. Modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención. [En línea] 02 de 2007. [Citado el: 11 de 02 de 2013.] <http://icosguate.org/files/Extension%20de%20cobertura.pdf>.
167. —. *Modelo de Atención Integral en Salud*. Guatemala : 2011. pág. 70.
168. **Organización de Naciones Unidas –ONU-**. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) . *Asamblea General de Naciones Unidas*. [En línea] 18 de 12 de 1979. [Citado el: 12 de 02 de 2013.] <http://www.ucm.es/cont/descargas/documento6321.pdf>.
169. **La Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Naciones Unidas**. Declaración y Programa de Acción de Viena. [En línea] 12 de 07 de 1993. [Citado el: 12 de 02 de 2013.] <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>.
170. **Naciones Unidas**. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. [En línea] 05-13 de 09 de 1994. [Citado el: 12 de 02 de 2013.] http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_spa.pdf.
171. —. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. [En línea] 04-15 de 09 de 1995. [Citado el: 12 de 02 de 2013.] <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>.
172. **Grupo de Acción Cairo Guatemala**. *Declaración Política de las Organizaciones de Mujeres de Guatemala, ante la revisión de los compromisos del Cairo*. Guatemala : 1999. pág. 14.
173. **Organización de Mujeres Tierra Viva**. *Conversatorio sobre avances, limitaciones y propuestas que, como mujeres encontramos para el ejercicio de nuestros derechos a la salud*. Guatemala : Alma Odette Chacón, Programa de Divulgación y Documentación, 2002. pág. 65.

174. **Grupo de Acción Cairo Guatemala.** *Instrumentos Nacionales que respaldan la Salud Integral de las Mujeres.* Guatemala : 1999. pág. 31.
175. **Fondo de Población de las Naciones Unidas.** Programa de Acción, aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo 5 a 13 de septiembre de 1994. [En línea] 2004. [Citado el: 12 de 02 de 2013.] http://www.nicaragua.unfpa.org.ni/publicdoc/Conferencias%20CIPD,%20ODM%20y%20Beijing/icpd-poa-04reprint_spa.pdf. 0-89714-698-0.
176. **Naciones Unidas.** Conferencia Mundial contra el Racismo. *Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia.* [En línea] Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, 05 de 2001. [Citado el: 13 de 02 de 2013.] http://www.un.org/spanish/CMCR/press_kit.htm.
177. **Quesada Saravia, Lili; Villalta Pereira, Olga Isabel; Clulow, Michael; Lemus, María Eugenia; Chacon, Alama Odette;.** *Derechos sexuales y reproductivos en Guatemala: Análisis y propuesta.* Guatemala : 2004 [Construyendo Ciudadanía y Gobernabilidad desde las Mujeres, Centroamérica]. 1898776490.
178. **Sánchez Bringas, Angeles;.** *Cultura patriarcal o cultura de mujeres: una reflexión sobre las interpretaciones actuales.* 6, México, D.F. : Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 1996, Política y Cultura, págs. 161-168. 0188-7742.
179. **Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas.** *Proyecto de educación a distancia. Diplomado en Salud de la Mujer.* Guatemala : 1998.
180. **Congreso de la República de Guatemala.** Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar. Decreto Número 97-1996. *Harvard School of Public Health.* [En línea] 28 de 11 de 1996. [Citado el: 13 de 02 de 2013.] <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/guatemala.dv.96.pdf>.

181. —. Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer. Decreto Número 7-99. ACNUR. [En línea] 1999. [Citado el: 13 de 02 de 2013.] <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6726.pdf?view=1>.
182. **Secretaría Presidencial de la Mujer-SEPREM-**. *Historia. Creación de la SEPREM*. [En línea] 2009. [Citado el: 13 de 02 de 2013.] <http://www.seprem.gob.gt/site.php?id=4>.
183. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas / DR-PAP**. *Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel*. Guatemala : 2010.
184. **Congreso de la República de Guatemala**. Ley de Guatemala. [En línea] 2004. [Citado el: 29 de 07 de 2013.] <http://leydeguatemala.com/decreto-numero-21-04/23/>.
185. **Dirección de Área de Salud de Huehuetenango, Departamento de Epidemiología**. Memorias de estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica. MSPAS, Guatemala, 2010.
186. **Reich, Michael R. y Cooper, David M**. PolicyMaker 4 Software . [En línea] 2011. [Citado el: 2013 de 10 de 02.] <http://www.polimap.com/>
187. **Bossert, Thomas**. *Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance*. 10, Great Britain : Elsevier Science, 1998, Vol. 47. PII: S0277-9536(98)00234-2.
188. **Mesa Intersectorial de Diálogo de Desarrollo Económico y Social**. Guía de Auditoria Social. *Universidad Rafael Landívar*. [En línea] Enero de 2004. [Citado el: 2013 de 07 de 28.] http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2012/PNUD/Guia_Auditoria_Social.pdf.
189. **Williamson, Oliver E**. The Theory of the Firm as Governance Structure: From Choice to Contract. [En línea] 2002. [Citado el: 06 de 11 de 2011.] <http://pubs.aeaweb.org/doi/pdfplus/10.1257/089533002760278776>.

190. **Buse, Kent y Dickinson, Clare.** How can the analysis of power and process in policy-making improve health outcomes? Moving the agenda forward. *Overseas Development Institute*. [En línea] 10 de 2007. [Citado el: 15 de 10 de 2011.] http://www.odi.org.uk/publications/briefing/bp_octo7_health_outcomes.pdf. Briefing Paper 25.
191. **Flores, Walter.** *Measuring and monitoring equity of resource allocation in decentralised settings: research in Guatemala*. Liverpool : 2006. [Tesis doctoral]
192. **Kidney, Elaine; Winter, Heather R; Khan, Khalid S; Gülmezoglu, A Metin; Meads, Catherine A; Deeks, Jonathan J; MacArthur, Christine;.** *Systematic review of effect of community-level interventions to reduce maternal mortality*. 2009, BMC Pregnancy and Childbirth. doi:10.1186/1471-2393-9-2.
193. **Salaverry, Oswaldo.** *Interculturalidad en Salud*. Perú : 2010, Rev Peru Med Exp Salud Pública, Vol. 27, págs. 80-93.
194. **McQueen, David V.; Wismar, Matthias ; Lin, Vivian ; Jones, Catherine M. ; Davies, Maggie;.** *Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences*. Malta : 2012.
- 195 **Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia – SEGEPLAN- / Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS-.** *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*. Guatemala : Servi-prensa, S.A., 2011. 978-9929-587-39-7.

9.1 Bibliografía complementaria

Arredondo, A., et al. Proyecto: *Equity, Financing and Decentralization in Mexico*. INSP, México, 2006 [Síntesis Ejecutiva]

Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington, D.C. : 1993.

Bobadilla, J. L. *Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos*. En FUNSALUD, *Observatorio de la Salud* . [ed.] FUNSALUD. México, pp. 255-274. 1997

Cardona, Álvaro, Nieto, Emmanuel y Mejía, Luz M. *Un enfoque de gobernanza aplicado al análisis de una investigación sobre trabajadores cesantes en Medellín, Colombia*. Sup (1), Bogotá, Colombia : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Abril de 2010, Rev. Salud Pública, Vol. 12, págs. 123-137. 0124-0064.

Denis, Jean L., y otros. *Reforma y gobernanza en salud: el atractivo del gerenciamiento en la acción pública*. Sup. (1), Bogotá, Colombia : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Rev. Salud Pública, Vol. 12, págs. 105-122. 0124-0064.

Frenk, J., & Donabedian, A. *State intervention in medial care: types, trends, and variables*. *Helth Pol Plann* , 2 (1), pp. 17-31. 1987

FUNSALUD. *Observatorio de la Salud*. México, D.F.: FUNSALUD. 1997

González-Block, M. Á. *Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública de México*. 3, Cuernavaca : s.n., 1990, Salud Pública de México, Vol. 32, págs. 337-351.

INSP. *Guía para elaborar protocolos de tesis*. p. 32 [Cuadernos de la Secretaría Académica] 2010

Labonté, Ronald. *Health Systems Governance for Health Equity: Critical Reflections*. Sup. (1), Bogotá, Colombia : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Rev. Salud Pública, Vol. 12, págs. 62-76. 0124-0064.

Ministerio de Finanzas de Administración Financiera. Sistema Integrado de Administración Financiera. [En línea] 2011. [Citado el: 24 de 10 de 2011.] <https://sicoin.minfin.gob.gt/sicoinweb/login/frmlogin.htm>.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–. Sistema Integral de Atención en Salud. [En línea] 2011. [Citado el: 07 de 11 de 2011.] <http://www.mspas-sias.gob.gt/>.

Ministerio Público de Guatemala. Memoria de labores 2010. *Ministerio Público de Guatemala*. [En línea] 2011. [Citado el: 24 de 10 de 2011.] <http://www.mp.gob.gt/acerca-del-mp/memoria-de-labores/>.

OMS. *Servicios de Salud: ¿Se seleccionan adecuadamente y están bien organizados?* En *OMS, Informe Sobre la salud en el mundo 2000*. Ginebra : 2000. págs. 55-76.

—. *Aplicación del Pensamiento Sistémico al Fortalecimiento de los Servicios de Salud*. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud /OMS. Ginebra : D. Savigny & A. Taghereed, 2009.

Roemer, M. *Evolución histórica de los sistema de salud*. En M. Roemer: *Perspectiva mundial de los sistemas de salud*, México, D.F.: Siglo Veintiuno, pp. 17-35. 1980

Ruelas Barajas, E., & Conheiro, A. A. *Tendencias a futuro de la organización de la atención médica en México*. En FUNSALUD, Observatorio en Salud, México: FUNSALUD, pp. 380-400. 1997

Saltman, R., & Odile, F.-D. *The concep of stewardship in health policy*. Bulletin of the World Health Organization , 78 (6). 2000

Sojo, Ana; Uthoff, Andras. *Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones*. CEPAL Naciones Unidas, Santiago de Chile, [Documento de proyecto], p. 20, 2007.

Pineault, Raynald. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona : Masson, S.A, 1987.

Schneider, Maria Cristina, y otros. *Métodos de medición de las desigualdades de salud.* Cuernavaca : 2002, Rev Panam Salud Pública, Vol. 12.

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia –SEGEPLAN-. Plan de Desarrollo Departamental de Huehuetenango: SEGEPLAN. *Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia -SEGEPLAN-*. [En línea] 2011. [Citado el: 28 de 02 de 2013.] http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_k2&view=item&task=download&id=330. Serie PDD SEGEPLAN:CD 13.

UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. *Unesco.org.* [En línea] 2006. [Citado el: 21 de 08 de 2011.] <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>.

Vaillancourt Roseneau, Pauline. Health care reform in the nineties. SAGE Publications, United States, p. 306, 1994.

Anexos

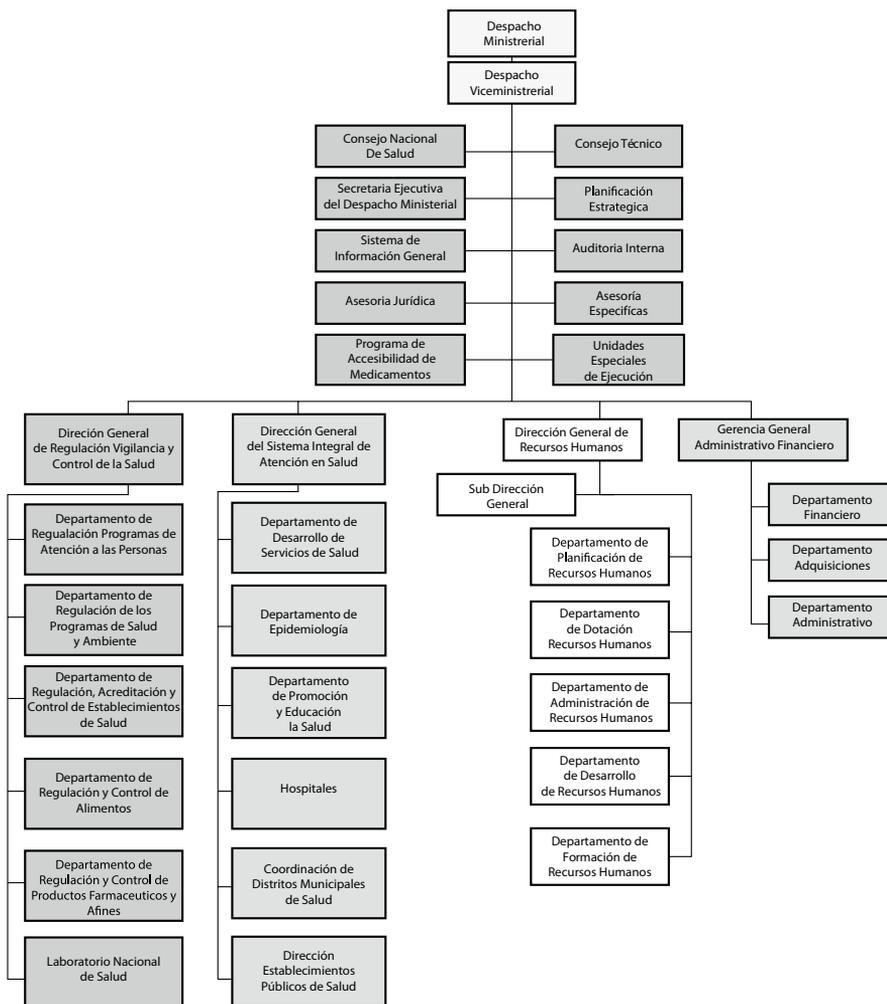
Glosario de términos

Indicadores frecuentes en el análisis de la mortalidad materna	Descripción
Frecuencia y proporción de muerte maternas	Registro de fallecimiento por causa materna. La muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras está en embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por, el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
Frecuencia y proporción de Muertes obstétricas directas	Muertes maternas causadas por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, o por intervenciones, omisiones y tratamiento inadecuado.
Frecuencia y proporción de Muerte relacionadas con el embarazo	Muertes maternas durante el embarazo o dentro de los 42 días de terminación del embarazo, independientemente de su causa.
Muertes Maternas Indirectas	Son las resultantes de enfermedades existentes desde antes del embarazo o de enfermedades que evolucionaron durante el embarazo, no debidas a causas obstétricas directas, pero que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo.
Frecuencia y Proporción de Causa específica de muerte materna	Registro médico de acuerdo a la clasificación de CIE-10 de la muerte materna
Razón de mortalidad materna	Una de las medidas mortalidad materna de uso más frecuente es la razón de mortalidad materna, que se define de la manera siguiente: # de muertes maternas # de nacidos vivos * 100,000 =

Indicadores frecuentes en el análisis de la mortalidad materna	Descripción
Tasa de mortalidad materna	No es un indicador de uso frecuente; no obstante, la tasa de mortalidad materna es una verdadera tasa, ya que todas las mujeres en el numerador se incluyen en el denominador: #de muertes maternas # de mujeres en edad reproductiva * 100,000 =
Número de paridad	Un embarazo primípara, hasta 4 embarazos múltipara y más de 4 embarazos gran múltipara.
Número de consultas maternas	El número de visitas de acuerdo a la norma.
Accesibilidad a los servicios	Tiempo de traslado del domicilio a la unidad de atención más cercana. O distancia en Km.
Consultas médico materna	Evalúa el número de consultas atendidas por médico día.

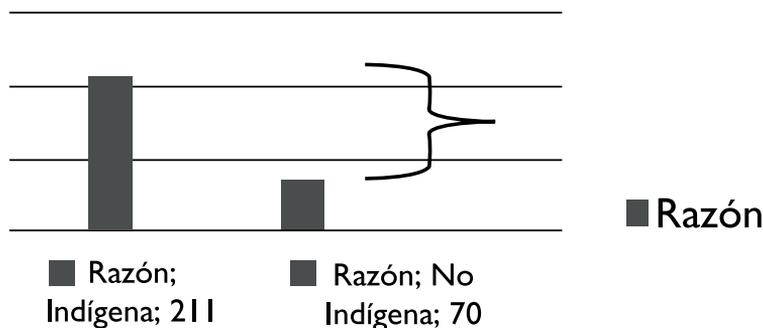
Otros

Organigrama del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



Fuente: elaboración con base al publicado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Acuerdo Gubernativo No. 115-99 [Internet] <http://portal.mspas.gob.gt/index.php/en/organigrama-mspas.html> fecha de búsqueda [10/06/2014]

Gráfica I
Mortalidad materna por grupo étnico, Guatemala,
línea basal mortalidad materna, 2000



Fuente: elaboración propia datos de LBMM, Guatemala, 2000

Tabla I
Aspectos regulatorios del MSPAS relacionados con los
programas de mortalidad materna

Componente	Desarrollo	Resultados/ aplicación
2.1.1 Normativa	De acuerdo al Plan Nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos ¹⁴¹ , en la política “2. Mejorar y ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud integrales e integrados. 7. Responder a la demanda de servicios de salud, generada por la implementación de los programas de solidaridad y equidad social. 9. Armonización y alineamiento de la cooperación internacional a los intereses nacionales y prioridades sectoriales”.	En correspondencia con las políticas se revisaran los procedimientos normativos que garantizan el cumplimiento de la política del plan de gobierno verificando el cumplimiento en el nivel de atención primario.
	<i>Atender las intervenciones necesarias y mayor efectividad para reducir la morbi-mortalidad general, priorizando el grupo materno-infantil y neonatal; y la disminución de la desnutrición crónica mediante una coordinación sectorial efectiva, equitativa y focalizada.</i>	

Continúa Tabla I

Componente	Desarrollo	Resultados/ aplicación
2.1.2 Estratégica	Con base en el plan nacional de salud se tiene la: “Estrategia de reducción de la mortalidad materna y neonatal.”(política 2, 7 y 9) La “Estrategia de la reducción de la desnutrición crónica” (política 7,9) A raíz de la creación del Acuerdo Gubernativo No. 115-99, Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la División de Saneamiento del Medio, pasó a ser el Departamento de Regulación de los Programas de la Salud y Ambiente, DRPSA, como una dependencia de la Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud. Este Departamento tiene dentro de sus funciones realizar acciones técnico normativas, de prevención, promoción, vigilancia, autorización y recuperación de la salud ambiental. ¹⁴²	Tiene como misión: “Contribuir al mejoramiento de las condiciones sanitario ambientales que prevenga y mejore la calidad de la salud humana.” ¹⁴³ Se podrá aportar elementos para que el departamento cumpla su misión de “ente regulador eficiente y eficaz, que a través de la acción normativa y reguladora, contribuya a la prevención y mitigación de riesgos ambientales a la salud humana” ¹⁴⁴
2.1.3 Táctica	Las Direcciones Generales y la Unidad de Planificación Estratégica. La Dirección General del SIAS y el Departamento de Desarrollo de Servicios de Salud, quien tiene a su cargo las Unidades de Provisión de Servicios de nivel I, nivel II y nivel III y la Unidad de Desarrollo a las Áreas de Salud, establecerá los mecanismos operativos entre los diferentes niveles ejecutores, direcciones de áreas de salud y distritos municipales, y entregará la asistencia técnica para la aplicación de la normativa nacional.	Coordinación de actividades entre el nivel central medio y operativo. Podrán desarrollarse mecanismos para visitas semestrales de terreno a nivel de las áreas y municipios para conocer con mayor profundidad el desarrollo y avances de los procesos del proyecto.
2.1.4 Operativa	El nivel operativo está integrado por las Direcciones de Área de Salud –DAS-, las Direcciones Municipales de Salud y las Redes de Actores sociales. Con base al plan de acción 2008 del proyecto ASDI se realizará la exploración de necesidades para identificar problemas no resueltos en el nivel operativo.	Jefatura de Área del MSPAS facilitará los mecanismos operativos para reuniones trimestrales de monitoreo, acompañamiento y evaluación del proyecto, en coordinación con el MSPAS. Sesiones para conocer, discutir y tomar acciones para resolver problemas operativos, que enfrente la ejecución del proyecto a nivel local. (Hospital, CAIMI, CAP y Maternidades)

Fuente: elaboración propia con información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala 2010

¹⁴¹ http://portal.mspas.gob.gt/departamento_de_regulacion_de_los_programas_de_salud_y_ambiente.html 02/10/2010

¹⁴² Ídem

¹⁴³ Ídem

Datos sobre mortalidad materna en Guatemala

Tabla 2
Mortalidad materna por lugar de muerte en Guatemala, 2000

Lugar de muerte	Número	Porcentaje
Hogar	351	53.9
Hospital Público	244	37.5
Otros	56	8.5
Total	651	100

Fuente: Elaboración propia, datos de LBMM, MSPAS, Guatemala, 2000

Tabla 3
Mortalidad materna proporcional por causa, Guatemala, 2008

Retención de la Placenta y resto placentarios	62	23,2
Eclampsia	35	13.1
Atonía uterina	32	12.0
Sepsis Puerperal	25	9.4
Hemorragias ante, durante y posparto inmediatas	24	9.0
Ruptura uterina al inicio y durante el trabajo del parto	9	3.4
Embolia de coágulo sanguíneo, de líquido amniótico y otras embolias	9	3.4
Aborto Incompleto / no especificado	6	2.2
Choque durante después del trabajo del parto	8	3.0
Placenta previa con hemorragias	5	1.9
Retención de la placenta sin hemorragia	5	1.9
Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica	5	1.9
Otras causas	42	15.7
Total	267	100.0

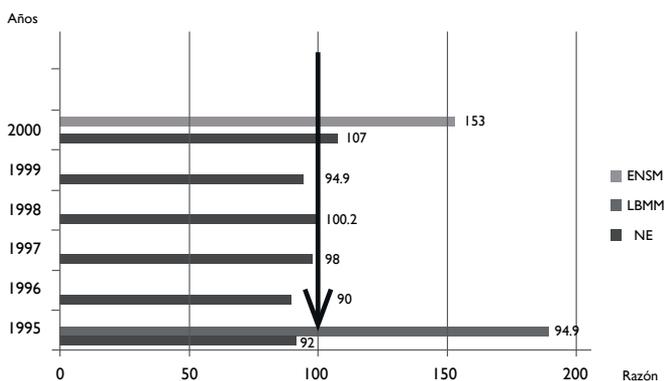
Fuente: MSPAS, Sigsa, Guatemala, 2008

Tabla 4
Mortalidad Materna En la Región de Centro América
en diferentes periodos

PAÍSES () año de la información	Mortalidad Materna por 100.000 Nacidos Vivos	
	Tasa	N de muertes
Belice (05)	n/c	3
Costa Rica (05)	39,3	31
El Salvador (97-02)	71,2	112
Guatemala (00)	148,8	670
Honduras (97)	108,0*	216
Nicaragua (04)	86,5	121
Panamá (04)	66,0	46
TOTAL	108,4	1.199

Fuente: tomado de [Internet] http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menu-principal/05_Preguntas/Temas/Respuesta/MORTmin.pdf03/10/2010

Gráfica 2
Evolución de la Razón Mortalidad Materna en Guatemala para el periodo de 1995-2000, de tres fuentes de datos



Fuente: elaboración propia datos del MSPAS, Guatemala 2003. Encuesta Nacional de Salud Materna (ENSM); Línea Basal Mortalidad Materna (LBMM); Instituto Nacional de Estadística (INE)

Tabla 5
Razón de mortalidad materna en edad fértil, Guatemala, 2008

Departamento	Tasa	Razón de MM x 100,000
Quiché	170.22	220.98
Alta Verapaz	189.70	152.38
Huehutenango	198.44	197.76
Ixcán	269.27	

Fuente: elaboración propia con datos del MSPAS, 2008

Tabla 6
Última actualización: enero 2008 (última información disponible) (2)
AMERICA del SUR y MÉXICO

PAÍSES	Mortalidad Materna por 100.000 Nacidos Vivos	
	Razón	No. de muertes
Argentina (05)	39,2	273
Bolivia (99-03)	230,0	604
Brasil (04)	76,1	2.814
Chile (04)	19,8	50
Colombia (05)	72,7	632
Ecuador (05)	85,0	239
México (05)	63,4	1.315
Paraguay (04)	153,5	235
Perú (94-00)	185,0	1.084
Uruguay (06)	n/c	6
Venezuela (05)	59,9	357
TOTAL	79,9	7.609

El paréntesis que sigue al nombre del país () corresponde al año en que se dispuso de la información de Mortalidad Materna. n/c tasa no calculada debido al bajo número de muertes. Para el cálculo de las tasas de mortalidad materna en esta Región, se utilizó como denominador el número de nacidos vivos durante 1 año y área dada (N = 9.522.500).

Fuente: tomado de [Internet] http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menuprincipal/05_Preguntas/Temas/Respuesta/MORTmin.pdf 03/10/210

Tabla 7
CENTRO AMERICA (actualización Enero 2008)

PAÍSES () año de la información	Mortalidad Materna por 100.000 Nacidos Vivos	
	Tasa	N de muertes
Belice (05)	n/c	3
Costa Rica (05)	39,3	31
El Salvador (97-02)	71,2	112
Guatemala (00)	148,8	670
Honduras (97)	108,0*	216
Nicaragua (04)	86,5	121
Panamá (04)	66,0	46
TOTAL	108,4	1.199

*Se repiten cifras anteriores. Paréntesis () es el año de información sobre tasas de mortalidad materna. Para el cálculo de las tasas de mortalidad materna en esta Región, se utilizó como denominador el número de nacidos vivos durante 1 año y área dada (N = 1.106.000).

Fuente: tomado de [Internet] http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menuprincipal/05_Preguntas/Temas/Respuesta/MORTmin.pdf 03/10/210



La impresión de este documento se realizó en la Unidad de Publicaciones y Divulgación de la Dirección General de Investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en junio de 2014, con un tiraje de 300 ejemplares.

Gobernanza y participación social en el desarrollo de programas contra
la mortalidad materna en Guatemala

La obra que tiene en sus manos es producto del trabajo de tesis doctoral del autor principal Luis Manuel López Dávila, presentada el 22 de octubre de 2013 en el Programa de Doctorado en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública de México, con el reconocimiento de Mención Especial.



La publicación de la tesis adaptada a un libro tiene modificaciones de estructura y ajustes someros en su contenido. En este sentido se debe mencionar la contribución de los coautores Armando Arredondo López y Emanuel Orozco Núñez.

Esta obra es el producto de la adhesión de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala al Instituto Mesoamericano en Salud Pública de México, que entre sus pilares consideró la línea de investigación de la mortalidad materna. El Instituto Carlos Slim de la Salud otorgó los fondos becarios para la formación del Doctor Luis López, contribuyendo de esta manera a la formación de recurso humano en la región mesoamericana.

La publicación de este libro tiene como propósito contribuir a la reducción de la mortalidad materna con la utilización de indicadores de gobernanza en el avance de los programas de mortalidad materna. Este enfoque parte de la reforma de salud en Guatemala en el periodo de 1996 a 2012, donde se propuso un proyecto de investigación evaluativa centrado en el uso y análisis comparativo de indicadores, tendencias y niveles de gobernanza y participación social.

ISBN: 978-9929-620-04-9



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala

DG
Dirección General de Investigación