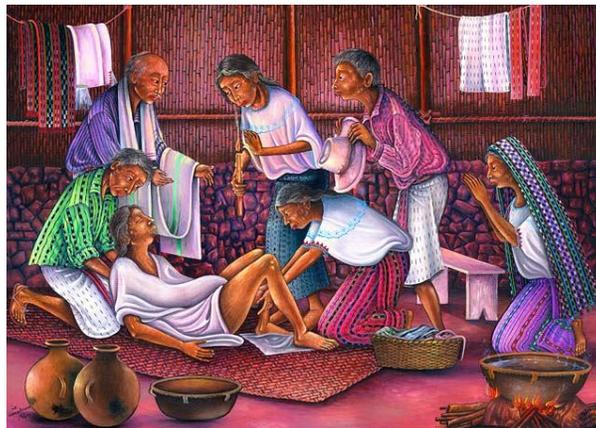


INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE TESIS DOCTORAL

“GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS CONTRA LA MORTALIDAD MATERNA EN GUATEMALA”



Fuente: http://www.artemaya.com/images/pr052_1.jpg

ALUMNO: LUIS MANUEL LÓPEZ DÁVILA
luis.lopez@ensp.insp.mx, Tel. (502) 66465186
2009-2012

México, 10 Noviembre de 2011

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 propone 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 tomará como unidad de análisis a los actores sociales que han interrelacionado 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 de 1995. En este proyecto serán consideradas las formas administrativas de entrega de servicios: el modelo de Provisión de Servicios de Salud en contratos directos del Ministerio de Salud con ONG's médicas y el modelo tradicional operado desde el Ministerio de Salud. Bajo criterios de factibilidad política, técnica y administrativa, se seleccionará 3 municipios para el estudio con base en: 1) Mortalidad Materna proporcional según zona de residencia; 2) Total de recién nacidos con bajo peso al nacer; 3) Financiero (Porcentaje de gasto en salud ejecutado del presupuesto anual municipal); 4) Indicador de capacidad operativa (Núcleos de población de 2,500 a 5,000 habitantes que cuentan con el Recursos Humanos Básicos de Atención Primaria en Salud); 5) Administrativo (años de participación en la extensión de cobertura). Las técnicas de recopilación de información se basarán 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 estimará y discutirá los indicadores de las variables de: a) Gobernanza en la descentralización de programas y; b) Participación Social. Para el análisis cualitativo se utilizará el software ATLAS-ti. El mapeo de actores y desarrollo de estrategias se realizará con la herramienta POLICYMAKER. Los resultados proporcionaran insumos para reforzar las estrategias de gobernanza y participación en la atención materna tendente al abatimiento de la mortalidad materna.

Comité de Tesis

DIRECTOR DE TESIS: **Armando Arredondo**

ASESOR DE TESIS: **Walter Flores**

ASESOR DE TESIS: **Emanuel Orozco**

SIGLAS

ADMSS= Administradoras del Servicio de Salud

APS= Atención Primaria en Salud

ATLAS.ti= programa de computadora para el Análisis Cualitativo de Datos

COCODES= Consejos Comunitario de Desarrollo Social

DAS = Direcciones de Área de Salud

INCAP= Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

INE= Instituto Nacional de Estadística

IRAS= Infecciones Respiratorias Agudas Superiores

ISS= Investigación en Servicios de Salud

MSPAS= Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

ONG's = Organizaciones No Gubernamentales

OMS= Organización Mundial de la Salud

OPS= Organización Panamericana de la Salud

PBS= Paquete Básico de Salud

POLICYMAKER= Análisis Político Asistido por Computadora

PSS= Provisión de Servicios de Salud

RSS= Reforma del Sistema de Salud

SIAS= Sistema Integrado de Atención en Salud

STATA= Data Analysis and Statistical Software

USAC= Universidad de San Carlos De Guatemala

Índice de contenido

1.- Introducción:.....	7
2.- Antecedentes y Planteamiento del Problema:	8
Conceptos básicos de gobernanza en salud.....	8
Contexto social.....	9
Marco normativo de la Reforma del Sistema de Salud.....	10
Proceso de la Reforma del Sistema de Salud	11
Participación Social y Gobernanza	15
3.- Justificación.....	18
4.- Objetivos	20
General.....	20
Específicos	20
5.- Marco conceptual:	21
1. LA GOBERNANZA EN SISTEMAS DE SALUD	21
2. PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD.....	26
3. CATEGORIAS DE ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29
Categorías de análisis.....	29
Operacionalización de variables.....	33
6.- Expectativas empíricas.....	52
Expectativas.....	52
7.- Material y Métodos.....	53
A) TIPO DE DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	53
B) SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN	53
C) TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN	60
D) TRABAJO DE CAMPO	62

E) MANEJO Y ANÁLISIS DE DATOS	64
F) MATRICES DE REFERENCIA	66
8.- Resultados esperados y aportes del estudio	70
9.- Limitaciones del estudio	73
10.- Cronograma	74
11.- Consideraciones éticas.....	75
12.- Recursos materiales y presupuesto	77
13.- Referencia Bibliográfica	78
Glosario de términos.....	88
Instrumentos: éticos, de medición y recolección	89
Otros.....	99

1.- Introducción:

El presente protocolo de investigación 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 lo cual se realizará un estudio de investigación que comparará el comportamiento de los resultados de los indicadores en tres municipios de Guatemala, el producto del estudio permitirá la formulación de recomendaciones para el fortalecimiento de la gobernanza y participación social en los programas para la reducción 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 presenta evidencia de los avances en materia de garantías de los Derechos ciudadanos (2). La presente investigación se centrará 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 ubicada 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 y por otro lado, el modelo tradicional del Ministerio de Salud(1).

El protocolo presenta en los antecedentes información de la reforma del sistema de salud y los programas de mortalidad materna a partir de la reforma, así como los argumentos que desde la gobernanza en salud benefician el estudio de los programas contra la mortalidad materna. El marco conceptual que desarrolla: la gobernanza en sistema 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 considerará los aspectos del manejo de datos cualitativos y la interpretación por medio de la técnica de saturación. Se utilizarán dos software para el manejo de datos cualitativos 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 generaran beneficios para la atención materna y serán una herramienta para estimular y promover el desarrollo de acciones con base a los indicadores de gobernanza y participación social que indiquen en los programas contra la mortalidad materna; las consideraciones éticas protegerán a los participantes. El estudio tiene limitaciones de factibilidad y metodología. Cuenta con el apoyo institucional de la Universidad de San Carlos de Guatemala a través de la Facultad de Ciencias Médicas y de expertos en la aplicación de la metodología a nivel nacional e internacional.

2.- Antecedentes y Planteamiento del Problema:

Los antecedentes del estudio se desarrollan en cinco apartados que por su importancia muestran los niveles de aplicación en los cuales la gobernanza como marco teórico de análisis en la política de salud se considera como una herramienta innovadora: a) conceptos básicos de gobernanza en salud; b) el contexto social de Guatemala; c) el marco normativo de la reforma del sistema de salud; d) el proceso de la reforma del sistema de salud y; e) la participación social y la gobernanza.

Conceptos básicos de gobernanza en salud

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 (5) (6) (7). 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 (8).

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 (7). El periodo bajo estudio permitirá construir los procesos de cambio de las normas con respecto a un hecho social concreto como son los programas contra la mortalidad materna y los efectos en distintos niveles (5): 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 construyen en la interacción de los actores(6) con los momentos normativos que en el proceso se han sucedido para el presente estudio desde 1996 al 2010. El aporte fundamental en este aspecto del análisis de gobernanza es la construcción de las normas de acuerdo a los contextos políticos que sucedieron en la reforma.

La necesidad en salud, se concentra en la oferta a la atención en salud materna, conformando en ella los nodos(5) que surgen en la interacción de actores y reglas del juego, por tanto el análisis de gobernanza apoyará en la identificación de nodos con efectos que pueden apoyar 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 (9) (10). Desde el análisis de gobernanza se construye el proceso de cambio en el tiempo, así como los nodos que en el suceden con la interacción de actores y normas (7), estos elementos permiten evaluar la dirección que los programas contra la mortalidad materna tuvieron, haciendo 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 (11), el estudio de la participación social es relevante para comprender como se articula en la dinámica de respuesta social organizada a la demanda de servicios de salud (12), en un tema puntual que afecta 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 permitirá avanzar en propuestas que articulen estrategias de apoyo a la participación social en los programas contra la mortalidad materna, elementos que se traducirán en insumos para la mejor atención materna.

Se registran los tres primeros estudios de gobernanza en salud en Guatemala en los últimos tres años, estos abordan 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 (13); b) La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder. Publicado en el año 2010 (14) y; c) Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud. Publicado en el año 2011 (6). La evidencia científica muestra que los estudios de gobernanza en salud en Guatemala tienen un desarrollo reciente.

Contexto social

La República de Guatemala se encuentra en la región mesoamericana, conformada por 24 grupos lingüísticos en su mayoría de origen maya, en minoría el Xinka y Garífuna, este último de población afro descendiente(15). 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 (16). Los indicadores de salud de Guatemala, se encuentran entre los más preocupantes de la región de América Latina (1).

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 encontraban refugiados en el territorio mejicano, ocho años después, se inició el proceso de retorno al territorio guatemalteco bajo el embate de la guerra contra insurgente. Fue hasta en 1996 cuando se firmó los Acuerdos de Paz, los efectos de la guerra aún se están esclareciendo, entre ellos cabe resaltar la fragmentación de la convivencia de los grupos étnicos, la perdida de las organizaciones campesinas y populares, la ideologización con el pensamiento militar en la vida civil a través de las “Patrullas de Autodefensa Civil –PAC-”, en las comunidades más afectadas.(17)

Marco normativo de la Reforma del Sistema de Salud

La presente Investigación de Servicios de Salud (ISS) se inscribe en uno de los episodios de la Reforma del Sistema de Salud –RSS- en Guatemala, iniciado en 1996. La RSS ha incorporado diversas modalidades de atención conformando un sistema de salud, caracterizado por la fragmentación y segmentación de la atención en salud (1) (18). La RSS desde el año 1995 ha integrado en su modelo de atención en salud diversos actores quienes desde el sector internacional han apoyado 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)(20). La RSS de este periodo ha logrado integrar acontecimientos sociales fundamentales en el orden político, social y legislativo. 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, integra el papel de la Ley de los Consejos Urbano y Rural, el Código Municipal y la Ley de Descentralización (11).

Los Acuerdos de Paz firmados en 1996, son el marco general para el cumplimiento de una agenda de Estado que persigue resolver la problemática social de los grupos más desposeídos. En el año 2005, fue aprobada la Ley Marco de los Acuerdos de Paz por medio del Decreto Número 52-2005.(21). 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) (18) (22). Desde los Acuerdos de Paz, se prioriza la necesidad de “Implementar programas racionales de salud integral para la mujer, lo cual implica el acceso a servicios apropiados de información, prevención y atención médica.” (21).

El marco legal por el cual se construye la dinámica de los actores sociales se encuentra referenciada en el Decreto No. 52-87 de la “Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural”, en el cual la participación de los sectores civiles fue fundamental, sin embargo de dicha herramienta legal no se ha estudiado sus efectos en la dinámica de toma de decisiones a nivel local (11). Otro marco legal que afecta las interrelaciones de los actores sociales en salud y que se relaciona con la gestión jurídica en el nivel municipal para los Planes de Ordenamiento Territorial es el Decreto No. 12-2002 sobre el “Código Municipal”(11). Este marco legal, quince años después, hace acopio a la participación de los Consejos de Desarrollo, es decir articula 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 es el Decreto No. 14-2002 referente a la “Ley General de Descentralización”(11).

De acuerdo con el “Plan Nacional para la Salud de Todas y Todos los Guatemaltecos”, 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”, puntualiza atender las intervenciones necesarias y mayor efectividad para reducir la morbi-mortalidad general, priorizando el grupo materno-infantil y neonatal(23).

Uno de los problemas fundamentales de salud guatemaltecos, se refleja en la razón de mortalidad materna, que ocupa el segundo lugar en la región de Meso América (24) y el cuarto de América Latina(25). El plan nacional de salud incluye 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 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, establece 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 está integrado por las Direcciones de Área de Salud (DAS), las Direcciones Municipales de Salud y las Redes de Actores Sociales (23).

Es importante resaltar que el problema de acceso a los servicios para la atención materna sigue siendo una necesidad de la comunidad, el número alto de partos atendidos en los hogares es un indicador que pone en relieve las formas de resolución y atención que operan 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 ha traducido 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” (9).

Proceso de la Reforma del Sistema de Salud

Las políticas de retracción del Estado en su papel benefactor, han sido parte de la aplicación de las recomendaciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, para la negociación de la deuda externa (26). 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 (26). 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 ha sido adoptado por los subsecuentes gobiernos, a través de este programa se ha prestado la atención de salud reproductiva(20); el otro que en 2005 se aprobó la Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar. Esta ley se impulsó con la puesta en marcha del Plan Estratégico para reducir la mortalidad materna 2004-2008 del MSPAS y el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR)(9).

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(20). El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) colapsaba ante las limitaciones de recursos y capacidad para cumplir con los compromisos de forma eficiente(19). Las autoridades del MSPAS conocían de la significativa participación de organismos no gubernamentales (ONG's), apoyados por agencias internacionales, quienes proporcionaban servicios médicos en áreas rurales(27). 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(27). 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” (28).

Las prioridades y políticas antes señaladas se han instalado 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 (27).

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 proveedor (27). 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 (27). Las dos primeras modalidades de provisión del servicio: la primera, la Provisión de Servicios de Salud (PSS) y; la segunda, 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) (27). La tercera modalidad (MSPAS), consiste en la entrega del servicio de salud existente en Guatemala (modalidad tradicional). Seguidamente, un 60% de los convenios definen la participación de las ONG como ADMSS (27).

El modelo de PSS (Provisión de Servicios de Salud), ha sido considerado por evaluadores como una innovación (27), que se dio como parte de un experimento que inició con 3 departamentos (de los 22 que tiene el país), el cual sin haber tenido una planeación y resultados, se dio a la tarea de ampliar de forma masiva la contratación de las PSS y las ADSS (Administradoras de Servicios de Salud) (27).

En torno a la reforma del sistema de los servicios de salud en Guatemala, el Código de Salud (1997) indica que: “las municipalidades, acorde con sus atribuciones en coordinación con las otras instituciones del sector, participarán en la administración parcial o total de la prestación de programas y de servicios de salud en sus

respectivas jurisdicciones” (11). Sin embargo el proceso de reforma municipal, se ha desarrollado en un nivel intermedio de los departamentos; en donde las Direcciones de Área de Salud (DAS) tienen capacidad rectora subsidiaria y ejecutan un gasto descentralizado para la compra de insumos a ser utilizados en la propia DAS. Para el año 2004 un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) apunta que: “Las DAS han sido el espacio administrativo privilegiado en el proceso de extensión de cobertura iniciado desde 1997”, ese dato no se refrenda con evaluaciones del impacto 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 (20) (6).

Guatemala cuenta en su estructura organizacional con el Programa Nacional de Salud Reproductiva (Ver en anexo organigrama), que ha venido concentrando desde el nivel estratégico la coordinación de acciones para disminuir la mortalidad materna (29). En el periodo de 2008 al 2012 el gobierno a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha propuesto en el “Plan Nacional para la salud de todas y todos los guatemaltecos” (23), 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” y la “Estrategia de reducción de la mortalidad materna y neonatal” (23).

El MSPAS en su plan de trabajo 2008 – 2012, define 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” (23).

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 resolutoria 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” (23).

Es importante señalar el sub-registro de la razón de la Mortalidad Materna revelado por la Encuesta Nacional de Salud Materna de 1995 y la Línea Basal de Mortalidad Materna –LBMM- del año 2000 con respecto a los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística en ese periodo (Ver en anexo gráfica 2). A raíz de esta información el MSPAS con base a la LBMM, desarrolló los “Lineamientos Estratégicos de Mortalidad Materna en el año 2003” a nivel nacional, este planteamiento contenía las siguientes acciones de nivel comunitario:

- Desarrollar planes.
- Garantizar disponibilidad de transporte.
- Promover apoyo en salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, para el año 2008 el gobierno formuló el “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)” que concentraba 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 de médicos ginecólogos obstetras por RRHH del MSPAS quienes llevarían a cabo la implementación de la propuesta.
- Capacitación de los médicos contratados por el MSPAS para dicha propuesta, por la AGOG, según modelo de capacitación de acuerdo a la propuesta” (30).

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, muestra que

por un lado se tiene el modelo tradicional administrado por el MSPAS y por el otro, el modelo de extensión de cobertura administrado por ONG's médicas (1)(27) (20). Ambos modelos de provisión de entrega de servicios operan suministrando el PBS con un costo de USD 7 por año, el cual incluye: “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” (20). En Atención materna desarrolla 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” (20).

Participación Social y Gobernanza

De acuerdo con las condiciones de desigualdad social (31) y de barreras al acceso imperantes en las comunidades indígenas, 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 (32). 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 serán considerados necesidades (32). Los programas verticales del MSPAS priorizados, entregados en Paquetes Básicos por las ONG's en comunidades indígenas, no logran establecer el vínculo entre las necesidades de salud, condiciones y respuestas (33).

En este sentido se confirma que: “—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 observa en muchos servicios curativos” (32). La participación social no logra 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 (34), 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” (32). El analfabetismo en la etnia Maya representa un 36.09 por ciento para las mujeres del área rural(15), este dato indica una condición de inequidad en cuanto al acceso a la educación y el efecto subsecuente de asimetría de conocimiento (14).

De acuerdo a la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009 –ENSMI- en el área rural se registra una tasa global de fecundidad de 4.2, con respecto a la atención prenatal no ha mostrado cambios importantes en los últimos 5 años y en el

oriente del país se registran las menores coberturas, en Zacapa y Chiquimula, el resto de departamento tienen más del 90 por ciento de atención de las mujeres embarazadas (35). Sin embargo se reportan 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, representan la mitad, en segundo lugar son atendidos en la red del Ministerio de Salud, mientras que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS- únicamente atiende el 8.4 por ciento y en las clínicas privadas el 7.9 por ciento (35). La inequidad está presente en el menor porcentaje de atención institucional en la mujer indígena o las mujeres sin ningún nivel de educación (35). Otro hallazgo indica que a mayor número de embarazos disminuye la atención institucional; en primíparas es del 45.9 por ciento, mientras que con más de 6 partos el porcentaje es de 22.2 (35). En el área rural los partos son resueltos en uno de cada diez por la vía de cesarí, mientras que en el área urbana es una cuarta parte del total atendido (35). También se encontró que a menor nivel educativo de la mujer, quien atiende el parto tiene menos oportunidad de que su parto se atienda por enfermera o médico, como es el caso de la mujer del área rural e indígena (35). Únicamente la cuarta parte del total de partos atendidos recibe atención postparto y en menor proporción en el área rural, siendo los departamentos de San Marcos y Huehuetenango los que tienen la menor proporción de atención postparto(35).

Las comunidades indígenas han construido formas autóctonas de resolución de sus necesidades de atención materna frente a la desprotección histórica del Estado en materia de políticas públicas que atiendan sus necesidades (36), es importante conocer las formas de participación social que las comunidades tienen para evitar que las políticas en salud se constituyan en un factor de choque cultural. El aporte de conocimiento de esta investigación dará insumos para generar estrategias de impacto local en la disminución de mortalidad materna a nivel de la política de cohesión de la comunidad.(37)

Existe información sobre la necesidad de apoyar modelos de atención de salud autóctonos (38) (39) así como estrategias culturalmente apropiadas para las mujeres en el tema de política pública(40), que tratan de reivindicar la pertinencia social, cultural y ética del reconocimiento de estos modelos que son efectivos para la resolución de la atención en salud. Desde la equidad, interculturalidad y derechos ciudadanos (41), las propuestas de indicadores para el análisis de gobernanza integra a los actores sociales, su entorno y la política en salud.(5)

Las formas de participación social en sociedades postconflicto armado, tienen procesos de organización social cuyas características son desconocidas en diversas aplicaciones de marcos legislativos (42). Los estudios que trabajan la participación social en esos grupos sociales, evidencian que existen 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 COCODES, los cuales en muchas ocasiones son arbitrarios a las formas ancestrales de organización social como el consejo de ancianos, generando poderes paralelos (17).

Estas disyuntivas sociales, presentes durante el conflicto y posconflicto, han sido el escenario en el cual han cobrado vigencia las leyes que apoyan la descentralización y participación ciudadana(17). La extensión de cobertura ha sido responsable de prestar atención en salud reproductiva desde sus orígenes en 1996 hasta la fecha(20), en escenarios sociales constituidos por grupos multiétnicos, campesinos y pobres, aplicando el modelo de atención en salud cuya característica fundamental ha sido la tradicional aplicación de programas verticales con una fuerte carga del modelo médico hegemónico (43).

En la agenda de la reforma del sistema de salud en Guatemala los organismos internacionales han tenido un papel fundamental, en la asignación de fondos para la planeación y ejecución de los programas de salud (37). La evidencia discute 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 representan cambios fundamentales al compararla con otros países, donde la participación social ha tenido un papel relevante (44). Existe una necesidad de utilizar indicadores de gobernanza y participación social (45) con características apropiadas al contexto social y cultural, 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 (46) se puede tener incidencia en los programas dirigidos al abatimiento de la mortalidad materna.

Con los antecedentes planteados el problema de estudio de esta propuesta tratará de responder a la pregunta siguiente:

¿Cuáles son los indicadores de gobernanza que permitan evaluar el efecto de las políticas públicas dirigidas a reducir la mortalidad materna a partir de la reforma del sistema de salud en Guatemala?

3.- Justificación

La mortalidad materna como indicador de desarrollo social coloca a Guatemala entre los países de más bajo nivel en la región de América Latina (25). Algunos autores han resaltado 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 (27). Sin embargo, no se han observado cambios importantes en el comportamiento de los problemas de salud asociados a la pobreza, tampoco los determinantes de la salud han sido abordados desde un proyecto de Estado, con planificación en la salud pública (47). La rectoría (48) del Ministerio de Salud está limitada por la fragmentación del sistema de salud (1) (18), en la cohesión de políticas públicas de Estado, ha mostrado 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(10) (9). Los indicadores de gobernanza y participación social en salud, son una herramienta teórica y metodológica que posibilita la identificación del avance de los programas antes indicados (5)(45)(6).

Esta investigación aportará datos en apoyo al compromiso de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en particular para el objetivo 5 “mejorar la salud materna” (49), 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(50).

La atención oportuna para evitar un problema como la mortalidad materna favorece la estabilidad familiar y el cuidado en condiciones dignas para la mujer, la salud reproductiva como programa que prioriza la atención materna, se constituye en Guatemala como una urgencia nacional (9). La salud pública tiene 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 (32). Las comunidades indígenas principalmente, han estado postergadas a las oportunidades de desarrollo y protección social (51). Desde este argumento, los estudios de gobernanza en salud están mostrando una mayor aproximación y comprensión de los hechos sociales, dando como resultado conocimiento para la toma de decisiones (4) (45) (52) (14).

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 (53). Este proceso debe darse desde una perspectiva de justicia social y equidad (51), en tanto son los actores sociales, inmersos en determinantes sociales (47), que han construido 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 (37).

En tal sentido, esta tesis doctoral persigue articular desde los actores sociales con la utilización de la información de los indicadores de gobernanza y participación social (45) 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 (46), en particular los programas de mortalidad materna (54) (55) (29). 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 (47), 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 (37) (46).

La propuesta atiende a una necesidad de la población que 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 (29). Este proyecto de tesis, incidirá en aportar conocimiento para la disminución de las desigualdades sociales que se reflejan en la alta tasa de mortalidad en la población indígena. (10) (Ver en anexo la Gráfica No. 1)

Se hace énfasis en la necesidad de apuntalar la auditoría social (52), dado que en el ejercicio de los programas de atención materna (54) (55) (29), 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 (56), en la búsqueda de respuestas a las necesidades de la atención materna en Guatemala (35). 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 (9). La necesidad de desarrollar investigaciones en el campo de la política en salud, tiene vital importancia, puesto que los planteamientos del actual gobierno se encaminan a la municipalización de los servicios de salud y el estímulo de la participación ciudadana (23).

4.- Objetivos

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 para el año 2010.

Específicos

1. Recolectar información de los indicadores de gobernanza y participación sociales pertinentes para la evaluación de los niveles de gobernanza y participación social en los programas para la reducción de mortalidad materna implementados durante el periodo 1996-2010.
2. Comparar las respuestas de los indicadores de gobernanza y participación social entre los tres municipios seleccionados.
3. Elaborar recomendaciones de política de salud con criterios de aceptabilidad política y ética que permitan fortalecer la gobernanza y participación social en los programas para reducción de mortalidad materna.

5.- Marco conceptual:

El marco conceptual para este proyecto plantea 3 niveles de aproximación. El primero, se refiere al abordaje de la definición de gobernanza en el ámbito de los sistemas de salud; el segundo, plantea los elementos centrales para el estudio de participación social; finalmente, el tercer nivel de aproximación plantea las principales, categorías de análisis, involucradas en el estudio.

1. LA GOBERNANZA EN SISTEMAS DE SALUD

La definición de sistemas de salud emanada de la OMS en el año 2000, delimita las características que conforman el concepto como: “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud” (57). Esta definición toma forma en cuanto se aplica en contextos específicos, de ahí que la idiosincrasia de cada nación o región tiene estructuras diferenciadas por aspectos históricos, políticos y socio económicas. Además existen fuerzas políticas y grupos de interés que ejercen influencia en la forma como ese sistema de salud se conforma. El sistema, desde la óptica de la OPS, tiene tres funciones principales: “la rectoría, el financiamiento y la prestación de servicios de salud” (58).

Dos conceptos son 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 indican que “no se ha logrado superar su segmentación”, la cual definen 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” (59).

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” (60).

Diversos actores sociales han discutido que la crisis histórica del sistema de salud en Guatemala se debe a la “Fragmentación-Segmentación” (1) (18). 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 producirlas” (61). 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” (62). 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 (63). Trabajos de publicación reciente (64) 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 (65) (66) (67) (14). 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” (63); 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” (63); c.- la forma mixta que es ampliamente aceptada y considerada como factible por la mayoría de autores (63).

Desde la gobernanza se ha propuesto “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” (68). 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” (68) 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

(68). En este estudio se toma precisamente como hecho social “a los programas contra la mortalidad materna” fenómeno social en el cual se articulan los elementos de análisis para la gobernanza. Vincular los modelos de entrega de servicios, permite conocer “las normas burocráticas (integración vertical) o incentivos económicos (contratos)” (68) en el proceso de la reforma del sistema de salud.

Se hacen cuestionamientos en torno a la política pública que ha permitido a la extensión de cobertura (entrega de servicios básicos por medio de ONG's médicas) desde el año 1996 hasta la fecha año 2011, seguir vigente (6), 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 haya construido una “*legitimización* de la construcción institucional como proceso colectivo” (68). El anterior reglón es una especulación teórica, a la cual el presente estudio podría dar una aproximación de respuesta, dado que en otros entornos se considerado 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” (68), 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” (68), 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” (68).

En el análisis de la reforma se han utilizado 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 han promovido 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 (69).

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 (68). 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” (68). 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 describirá a la política pública que ha favorecido al modelo de extensión de cobertura, desde una discusión de los mecanismo de regulación que refuerzan diferentes dimensiones de poder sobre los actores (68).

La gobernanza puede ser abordada desde un plano empírico, esta noción se aplica en los niveles: local, nacional, internacional y global(7). 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” (7). Este enfoque define los siguientes criterios: “el marco analítico tiene que ser realista, transdisciplinario, comparativo, generalizable, multinivel y reflexivo” (7). 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 (7). 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 (7).

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(52). 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 (52). 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” (52). 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 construye el desarrollo metodológico de la propuesta de tesis doctoral, dado que las relaciones de poder(6), 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)(5) (45)(70):

- 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 del Estado 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* (6). En particular se trabajarán con 8 de estos indicadores y el indicador de Participación social tendrá un abordaje particular el cual se presenta en el siguiente apartado.

2. PARTICIPACION 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 (8). A la fecha, la participación comunitaria ha sido instrumental (71). 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 ha establecido 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” (11). El sistema integra 5 tipos de Consejos de Desarrollo, interesa en particular el Consejo Comunitario de Desarrollo –COCODE- y el Consejo Departamental de Desarrollo –CODEDE-. A los dos marcos operativos legales, ya 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 (11).

La política en salud, ha sido formulada desde el órgano central de gobierno. Los actores sociales vinculados como los prestadores de servicios y las comunidades receptoras, no han tenido 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 (72). 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 ya se mencionó (11).

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 (73). 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 (17).

En el marco de la reforma del sistema de salud, se ha mencionado el papel de la participación social (60); 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” (74).

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 (75) (76). Así mismo, se ha propuesto “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”(77). 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” (78).

En torno a la reestructuración de un sistema, algunos autores apuntan que debe confluir 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 (12). 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 hacemos 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” (12). 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 ha estado 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 (12).

De ahí que el modelo segmentado caracterizado por la segregación de los diversos grupos sociales en sus nichos institucionales respectivos ha repercutido en el Sistema Integrado de Atención en Salud –SIAS- en Guatemala (38). Por ello la participación social, a pesar de tener un marco legal de operación (11), en la realidad no ha sido integrada, sino por el contrario, ha generado una fuerte discusión de poderes paralelos en los cuales los vicios de proselitismo han estado presentes en manos de los alcaldes municipales (17). 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 (79). La desigualdad social subyacente en la

estructura social (31), 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 Ministerio de Salud Pública y Asistencia social debe establecer la orientación estratégica al sistema en su conjunto. Se realza, en el caso de Guatemala, la falta de integración entre la participación social en salud y la delimitación de necesidades en salud. La modulación (12) deberá de integrar de manera prioritaria en el desarrollo del sistema, la movilización social para la salud, incluyendo 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 (20); centrar la regulación del sistema de manera descentralizada para posibilitar la autonomía local, y por ende garantía del respecto a los principios éticos de igualdad entre los pueblos. Al considerar de manera prioritaria la asimetría de información (14) entre pueblos indígenas y proveedores de atención, la actividad reguladora tendrá un papel importante en este aspecto (79).

Desde un punto de vista teórico se puede reflexionar el establecimiento del sistema integrador para la modulación de la función descuidada (79). 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 (80). En ese marco, entendemos por participación social en salud: “la existencia y amplitud del 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” (4), 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 (81), 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(12), 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 apunta a reconocer la participación social que operan 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 (82). 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 Cambodia con ONG del sector salud muestran el efecto facilitador que tienen las redes sociales(82).

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(83). 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, siendo la política pública un medio estratégico para dotar de recursos y posibilitar el éxito de la red social en atención materna(84).

3. CATEGORIAS DE ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Categorías de análisis

La tesis doctoral utiliza dos categorías de análisis fundamentadas en el marco conceptual, ambas categorías se han empleado en el análisis de temas de reforma del sistema de salud en la región de América Latina.

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 (5) dirigidos al abatimiento de la mortalidad

materna. De acuerdo al desempeño de los actores, programas, estrategias y política, la gobernanza se expresará en diferentes niveles: alto, medio o bajo (5).

Los actores: serán los individuos o grupos cuya acción colectiva conduce a la formulación de normas (85). Las reglas del juego (86) 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 informales sin reconocimiento legal, ambos con arreglos y efectos a través del sistema de salud (5).

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” (85).

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 (85).

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” (85).

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 (13) (71) (81), para fines de esta tesis doctoral se apoyará en la siguiente definición de Participación Social en Salud referida a: “la existencia y amplitud del 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” (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” (8). En general en América Latina la formulación de política en el sector salud se ha realizado desde un nivel central con una baja participación social y baja adecuación a la realidad local (8). 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 (71), en los ámbitos local, municipal, departamental y nacional.

En el proceso de la reforma del sector 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” (8). 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 (8). La propuesta de tesis doctoral trabajará sobre el papel de la participación social en los programas para el abatimiento de la mortalidad materna en los niveles: local, municipal, Dirección de área de salud y departamental.

La aplicación de esta categoría de análisis permitirá identificar las formas como se ha sucedido 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 tendrá presente los siguientes conceptos:

- a) el concepto de gratuidad de la salud se ha considerado a la participación como beneficiarios (8), en los países donde el sector público sanitario ha asumido la responsabilidad predominante;
- b) la participación como contribución a la promoción de la salud (8), ha generado 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;
- c) la participación comunitaria (8), ha sido 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 han utilizado para promover este tipo de participación de la “comunidad” donde la “heterogeneidad” no permite tener a un único interlocutor que actúe en representación de la diversidad.
- d) “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” (8). El marco legislativo en Guatemala (11) ha propiciado 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 concluyendo en los efectos de la violencia, los gobiernos paralelos y la manipulación de las formas de representación local para fines partidistas (17) (14) (13).

Operacionalización de variables

A continuación se presentan las dos variables a utilizar su dimensión correspondiente y la definición de cada uno de sus indicadores. Las Figuras contienen los rubros sobre los cuales se recabará la información y las fuentes de información.

Variable: Gobernanza en la descentralización de programas.

Dimensión: Normativa y operativa.

Indicador: Planeación y formulación de políticas:

Definición: Es la capacidad de las autoridades del ministerio de salud pública y asistencia social para delimitar prioridades en una agenda con desarrollo continuo, abordada a través de las políticas que se expresan en los planes estratégicos de la salud reproductiva orientados a la reducción de la mortalidad materna en el periodo bajo estudio.

Figura 1: Planeación y formulación de políticas de 1996 a 2012

Indicador	Años de los gobiernos de la reforma del sistema de salud				Fuente de información
	(1996 -2000) Partido de Avanzada Nacional	(2000 – 2004) Frente Republicano Guatemalteco	(2004 – 2008) Gran Alianza Nacional	(2008 -2012) Unidad Nacional de la Esperanza	
Existencia de agenda ministerial con temas con permanencia					Documental y entrevistas con actores del sector público
Direccionalidad de políticas del ministro de salud					
Existencia de planes estratégicos					

Baja definición +
 Media definición ++
 Alta definición +++

Variable: Gobernanza en la descentralización de programas.

Dimensión: Normativa y operativa.

Indicador: Legislación sectorial

Definición: Es la capacidad de las autoridades legislativas para la formulación de los dispositivos de reforma en distintos niveles del ejercicio público, los distintos dispositivos requieren la regulación de procedimientos en concordancia con las necesidades de atención materna en el marco de la Salud Reproductiva.

Figura 2: Legislación sectorial de 1996 a 2012

Indicador		Años de los gobiernos de la reforma del sistema de salud				Fuente de información
Legislación sectorial		(1996 -2000) Partido de Avanzada Nacional	(2000 – 2004) Frente Republicano Guatemalteco	(2004 – 2008) Gran Alianza Nacional	(2008 -2012) Unidad Nacional de la Esperanza	
Tiempo* para formular dispositivos de reforma	Nacional					Documental y entrevistas con actores del sector público
	Departamental					
	Municipal					
Tiempo* para reglamentar nuevas leyes						
Tipos de dispositivos que emite el sector						

*La unidad de medición será en meses de ejercicio del poder.

Variable: Gobernanza en la descentralización de programas.

Dimensión: Normativa y operativa.

Indicador: Capacidad operativa del gobierno.

Definición: El gobierno de turno a través del departamento de planificación central y las Direcciones de área, accionan el presupuesto para alcanzar las metas programadas en salud que inciden en el nivel operativo para generar acciones de atención materna. La productividad se define como “la relación entre la cantidad de un bien o de un servicio y la cantidad de factores que han servido para producirlo [...]... La productividad se relaciona así con la capacidad de los recursos para producir o no los servicios necesarios.”(87) La información accesible de cuentas nacionales no se desagrega por programas, exceptuando algunos rubros, por operar en bolsones de recursos económicos los cuales no siempre están programados a nivel operativo. La sistematización digital de la información en el MSPAS inicio en el año 2004.

Figura 3: Capacidad operativa del gobierno de 1996 a 2012

Indicador	Años de los gobiernos de la reforma del sistema de salud				Fuente de información
	(1996 -2000) Partido de Avanzada Nacional	(2000 – 2004) Frente Republicano Guatemalteco	(2004 – 2008) Gran Alianza Nacional	(2008 -2012) Unidad Nacional de la Esperanza	
Producción y productividad en atención materna					Documental y entrevistas con actores del sector público
Financiamiento sectorial para la atención materna					
Distribución de los servicios en atención materna					
Capacidad operativa de programas en los diferentes niveles de gobierno					

Existe +

No existe ++

Variable: Gobernanza en la descentralización de programas.

Dimensión: Normativa y operativa.

Indicador: Habilidad directiva.

Definición: Es 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.

Figura 4: Habilidad directiva de 1996 a 2012

Indicador	Años de los gobiernos de la reforma del sistema de salud				Fuente de información
	(1996 -2000) Partido de Avanzada Nacional	(2000 – 2004) Frente Republicano Guatemalteco	(2004 – 2008) Gran Alianza Nacional	(2008 -2012) Unidad Nacional de la Esperanza	
Especialización de los directivos en administración y gobierno en salud					Documental y entrevistas con actores del sector público
Tipo de selección del personal directivo					
Régimen laboral y salarial de directivos					

Existe +

No existe ++

Variable: Gobernanza en la descentralización de programas.

Dimensión: Normativa y operativa.

Indicador: Estabilidad política y conflictiva sectorial.

Definición: Las relaciones de cumplimiento contractual entre los prestadores de servicios del sector público entre ellos las ONG's médica pueden representarse en un ambiente de tensión laboral en donde los conflictos entre sectores afectan 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.

Figura 5: Estabilidad política y conflictiva sectorial de 1996 a 2012

Indicador	Años de los gobiernos de la reforma del sistema de salud				Fuente de información
	(1996 -2000) Partido de Avanzada Nacional	(2000 – 2004) Frente Republicano Guatemalteco	(2004 – 2008) Gran Alianza Nacional	(2008 -2012) Unidad Nacional de la Esperanza	
Número de paros					Documental y entrevistas con actores del sector público
Número de huelgas					
Número de conflictos sindicales					

Variable: Gobernanza en la descentralización de programas.

Dimensión: Normativa y operativa.

Indicador: Transparencia en la gestión.

Definición: En un sistema de político democrático los funcionarios públicos y ciudadanos deben rendir cuentas a través de datos que revelen el desempeño, gasto y resultados de su administración (52). El acceso a la información es una fuente de datos para la transparencia.

Figura 6: Transparencia en la gestión de 1996 a 2012

Indicador	Años de los gobiernos de la reforma del sistema de salud				Fuente de información
	(1996 -2000) Partido de Avanzada Nacional	(2000 – 2004) Frente Republicano Guatemalteco	(2004 – 2008) Gran Alianza Nacional	(2008 -2012) Unidad Nacional de la Esperanza	
Existencia de mecanismos de rendición de cuentas					Documental y entrevistas con actores del sector público
Formulación abierta/cerrada de dispositivos jurídicos de reformas					
Porcentaje de resoluciones sectoriales emitidas que son publicadas en el diario oficial de Centro América					
Acceso a la opinión pública					

Variable: Gobernanza en la descentralización de programas.

Dimensión: Normativa y operativa.

Indicador: Tipo de interacción y transacción entre proveedores y usuarios.

Definición: La gobernanza estudia los factores que organizan la interacción de actores, desde los procesos y las reglas, con las cuales sobre un hecho social en particular la sociedad toma sus decisiones en el ámbito de la salud, apoyada en la vida en democracia y salud (5). De estudios realizados de gobernanza en salud se concluye que: “Todo sistema de salud refleja un conjunto particular de acuerdos sociales y políticas entre todos los actores mencionados, particularmente entre el Estado y la sociedad” (5). El concepto de transacciones se refiere a los atributos de una estructura de gobernanza que incluyen la intensidad de incentivos, el control administrativo y el régimen de contrato de derecho (88). Este concepto es aplicado en estudios de sistemas de salud desde la gobernanza para determinar los tipos de transacciones entre proveedores y usuarios (5), los cuales forman nodos de análisis para la gobernanza los cuales se aplican en este estudio a los programas contra la mortalidad materna.

Este indicador lo recuperamos con base a dos niveles de información: el primero, el tipo de interacción entre los proveedores y usuarios; el segundo, el tipo de transacción entre proveedores y usuarios.

Los indicadores que hacen referencia a los Actores pueden variar de acuerdo a la tabla No. 4, con el fin de ejemplificar se numeran en: Actor I, Actor II, Actor III, Actor IV y Actor V. Los mismos de acuerdo al contexto, cultural, económico o social, pueden ampliarse o disminuir.

Tipo de interacción entre proveedores y usuarios

El indicador recaba información de los siguientes rubros:

- a) El estatus de los actores
- b) Características de los actores
- c) La densidad de las relaciones entre los actores

a) El estatus de los actores

Definición: Los actores que se entrevistarán gozan de un grado de visibilidad (5), pero el mismo no supone la determinación o nivel de influencia en la política en salud, de allí que es importante la identificación de la confluencia de grupos con determinados grados de visibilidad quienes podrían definir la agenda más o menos visible de la gobernanza del sistema de salud, en cuánto a los programas contra la mortalidad materna.

Figura 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 actores en el ámbito de los programas contra la MM		Fuente de información
	Formales	Informales	
Visible			Entrevistas individuales semi estructuradas Documental
Invisible			

Los diversos actores (ver tabla No. 3) se ubican en la matriz.

b) Las características de los actores

Definición: Se refiere a los espacios de intervención, su modo de expresión, sus intereses declarados, su ideología, el control que tienen sobre determinados recursos, su relación con otros actores y su importancia percibida, vinculados a los programas contra la mortalidad materna.

Figura 8: Características de los actores vinculados a los programas contra la mortalidad materna de acuerdo al tipo de actor.

Tipo de Actor	Características de los actores vinculados a los programas contra la mortalidad materna.							Fuente de información
	Status(a)	Espacio de intervención(b)	Modo de expresión (por tipo de respuesta) (c)	Intereses declarados(d)	Ideología, visión (e)	Recursos controlados(f)	Importancia percibida (g)	
Actor I								Entrevista individuales o grupales semi-estructuradas
Actor II								
Actor III								
Actor IV								

Clasificación con referencia a los hallazgos de estudios previos en sistemas:

(a) Formal o informal.

(b) Hogar, red social, Sistema de servicios de salud, sector educativo, ámbito laboral, ámbito de la sociedad (público o privado) y espacio político.

(c) Pasivo, reactivo, dinámico y coyuntural

(d) Recibir atención médica, ofertar atención médica, defender derechos de agremiados, defender la salud laboral, garantizar los derechos a la salud y representar intereses de particulares y colectividades.

(e) individual, gremial, laborista, colectiva, inclusiva o sectaria (izquierda, centro y derecha).

(f) capital cultural, simbólico, capital social y recursos monetarios.

(g) baja, media y alta.

c) La densidad de las relaciones entre los actores

Definición: Es el nivel de intensidad y vinculación que existe entre los actores como entre ellos mismos, quienes interaccionan en torno a los programas contra la mortalidad materna.

Figura 9: Densidad de las relaciones entre los actores.

Tipo de Actor	Densidad de la relación entre actores				Fuente de información
	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	
Actor I					Entrevista individuales o grupales semi-estructuradas
Actor II					
Actor III					
Actor IV					

Baja densidad +
 Media densidad ++
 Alta densidad +++

Tipo de transacción entre proveedores y usuarios

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

- 1) Negociación, cuando la interacción entre actores se da a partir del planteamiento de una necesidad de salud y es posible llegar a un acuerdo de beneficios en la prestación de servicios de salud (5).
- 2) Dirección, interacción entre actores con el fin de dirigir o tener el mando en la provisión de servicios de salud (5).
- 3) Repartición, se refiere a cualquier interacción donde se concreta la asignación o reasignación de recursos o insumos para la salud en la provisión de servicios (5).
- 4) Reciprocidad, representa el nivel de ganancia o beneficio mutuo que resulta de una interacción entre actores (5).

a) Transacción por función del sistema de salud

Definición: Es la capacidad del sistema de salud en relación a la función del sistema de salud en el financiamiento y aseguramiento, rectoría y regulación así como de provisión de servicios (5)

Figura 10: Tipo de transacción por función del sistema de salud en los programas contra la mortalidad materna.

Tipo de Transacción	Por función del sistema de salud en los programa contra la mortalidad materna			Fuente de información
	Financiamiento Y Aseguramiento	Rectoría y Regulación	Provisión de Servicios	
Negociación				Entrevista individuales o grupales semi-estructuradas
Dirección				
Repartición				
Reciprocidad				

Baja +
Media ++
Alta +++

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

Definición: Es la capacidad del sistema en materia de negociación, dirección, repartición y reciprocidad, por tipo de atención materna poniendo énfasis en el prestador de servicios de salud.

Figura 11: Tipo de transacción entre los prestadores de servicios y el tipo de atención materna.

Tipo de Transacción	Transacciones entre el prestador de servicios y el tipo de atención materna												Fuente de información
	Tipo de atención												
	Atención prenatal			Referencia de complicación obstétrica			Resolución del parto			Puerperio			
	MSPAS	ONG	Comadrona	MSPAS	ONG	Comadrona	MSPAS	ONG	Comadrona	MSPAS	ONG	Comadrona	
Negociación													Entrevista individuales o grupales semi-estructuradas
Dirección													
Repartición													
Reciprocidad													

Baja +
 Media ++
 Alta +++

c) Transacción entre el prestador de servicios y nivel de atención materna

Definición: Las capacidades del sistema en materia de negociación, dirección, repartición y reciprocidad por niveles de atención en el sistema de salud con respecto al proveedor de servicios de salud.

Figura 12: Tipo de transacción entre el prestador de servicios y el nivel de atención materna.

Tipo de Transacción	Transacciones entre el prestador de servicios y nivel de atención materna									Fuente de información
	Nivel de atención									
	Primer nivel			Segundo nivel			Tercer nivel			
	MSPAS	ONG	Comadrona	MSPAS	ONG	Comadrona	MSPAS	ONG	Comadrona	
Negociación										Entrevista individuales o grupales semi-estructuradas
Dirección										
Repartición										
Reciprocidad										

Baja +
 Media ++
 Alta +++

d) Transacción entre actores por área geo-política de acuerdo a los programas contra la mortalidad materna

Definición: La capacidad de negociación, dirección, repartición y reciprocidad por área geo-política, considerando las áreas municipal, dirección de área, departamental y nacional.

Figura 13: Tipo de transacción entre actores por área geo-política de acuerdo a los programas contra la mortalidad materna.

Tipo de Transacción	Transacciones entre actores por área geo-política de acuerdo a los programas contra la mortalidad materna.					Fuente de información
	Estructuras territoriales					
	Local	Municipal	Dirección de área	Departamental	Nacional	
Negociación						Entrevista individuales o grupales semi-estructuradas
Dirección						
Repartición						
Reciprocidad						

Baja +
 Media ++
 Alta +++

Variable: Participación social.

Dimensión: Movilización de recursos comunitarios para la prevención de la mortalidad materna.

Indicador: Influencia en la distribución de recursos.

Definición: Los niveles de influencia que tienen los actores sociales de acuerdo a los espacios en los cuales se toman las decisiones se interrelaciona en los espacios de toma de decisión, nacional, departamental, dirección de área y municipal, donde se generan los nodos en los cuales se realiza el análisis de gobernanza. La baja cohesión e integración social atenúa la credibilidad de las instituciones.

Figura 14: Influencia en la distribución de recurso en distintos espacios de acción de acuerdo al tipo de actor interrelacionado en los programas contra la mortalidad materna.

Indicador	Espacio de acción	Tipo de Actor (Ver tabla No. 4)						Fuente de información
		Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V	Actor VI	
Influencia en la distribución de recursos	Nacional							Entrevistas individuales y grupales semi-estructuradas.
	Departamental							
	Dirección de área							
	Municipal							
	Local							

Bajo +
Medio ++
Alto +++

Variable: Participación social.

Dimensión: Movilización de recursos comunitarios para la prevención de la mortalidad materna.

Indicador: Mecanismos de exigibilidad de derechos de las personas frente a los servicios de salud materna.

Definición: La participación social en la sociedad democrática posee instrumentos que facultan el derecho a la salud. Sin embargo las instituciones públicas tienen una visión de la participación como una concesión otorgada por las autoridades y no como un derecho inherente al ciudadano (8).

Figura 15: Mecanismos de exigibilidad de derechos de las personas frente a los servicios de atención materna en distintos espacios de acción de acuerdo al tipo de actor.

Indicador	Espacio de acción	Tipo de Actor (Ver tabla No. 4)						Fuente de información
		Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V	Actor VI	
Mecanismos de exigibilidad de derechos de las personas frente a los servicios de atención materna	Nacional							Entrevistas individuales y grupales semi-estructuradas.
	Departamental							
	Dirección de área							
	Municipal							
	Local							

Bajo +
Medio ++
Alto +++

Variable: Participación social.

Dimensión: Movilización de recursos comunitarios para la prevención de la mortalidad materna.

Indicador: Disponibilidad de información de los derechos y los mecanismos que permiten hacerlos efectivos.

Definición: Son los recursos mediáticos que están al alcance del ciudadano para promover su participación y estar 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 reflejan en los mecanismos disponibles (8).

Figura 16: Disponibilidad de información de los derechos y los mecanismos que permiten hacerlos efectivos en distintos espacios de acción de acuerdo al tipo de actor.

Indicador	Espacio de acción	Tipo de Actor (Ver tabla No. 4)						Fuente de información
		Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V	Actor VI	
Disponibilidad de información de los derechos y los mecanismos que permiten hacerlos efectivos	Nacional							Entrevistas individuales y grupales semi-estructuradas.
	Departamental							
	Dirección de área							
	Municipal							
	Local							

Bajo +
Medio ++
Alto +++

Variable: Participación social.

Dimensión: Movilización de recursos comunitarios para la prevención de la mortalidad materna.

Indicador: Mecanismos de control existentes para atender la diversidad social y considerar la opinión de las minorías o de los sectores más marginados.

Definición: La demanda a las necesidades de salud de los grupos subalternos en una sociedad segmentada por los niveles de servicios de salud, se limita por los escasos recursos, limitada información y baja capacidad de elección. Esta situación requiere acciones que permitan superar la visión paternalista que ha caracterizado al sector salud frente a la sociedad (8).

Figura 17: Mecanismos de control existentes para atender la diversidad social y considerar la opinión de las minorías o de los sectores más marginados en distintos espacios de acción de acuerdo al tipo de actor.

Indicador	Espacio de acción	Tipo de Actor (Ver tabla No. 4)						Fuente de información
		Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V	Actor VI	
Mecanismos de control existentes para atender la diversidad social y considerar la opinión de las minorías o de los sectores más marginados	Nacional							Entrevistas individuales y grupales semi-estructuradas.
	Departamental							
	Dirección de área							
	Municipal							
	Local							

Bajo +
Medio ++
Alto +++

Variable: Participación social.

Dimensión: Movilización de recursos comunitarios para la prevención de la mortalidad materna.

Indicador: Redes sociales de apoyo.

Definición: La capacidad para la movilización de los recursos necesarios implicados en la demanda de apoyo a la atención materna y los niveles de organización social alcanzados.

Figura 18: Redes sociales de apoyo de acuerdo criterios de factibilidad.

Indicador		Criterios de factibilidad				Fuente de información
Redes sociales de apoyo		Niveles de instrucción para operar en red social	Costos de oportunidad para operar en red social	Percepción sobre las barreras a la participación y capacitación para operar en las RS	Fuentes de poder	
Parentesco						Entrevistas individuales y grupales semi-estructuradas.
Autoridad	local					
	municipal					
	departamental					
	Nacional					
Extensión de cobertura						
Servicios del Ministerio de Salud						

Bajo +
Medio ++
Alto +++

6.- Expectativas empíricas

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

Expectativas:

- Los indicadores de Gobernanza en el ámbito de los programas de abatimiento de la mortalidad materna, permite identificar factores que fortalecerán el desarrollo de las capacidades de respuesta social y de los servicio de salud ante la mortalidad materna.
- Los indicadores de Participación Social permitirán 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.

7.- Material y Métodos

a) TIPO DE DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

Se desarrollará un estudio retrospectivo comparativo con dos componentes. En el primero se desarrollará un análisis de política de salud con base en los programas contra la mortalidad materna implementados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el periodo de estudio 1996 – 2010. En el segundo se realizarán estudios de casos sobre gobernanza y participación social en salud en 3 municipios seleccionados.

Tabla No. 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(46)	Actores sociales involucrados en la interacción. (ver tabla No. 3)
II	Estudios de casos	En 3 municipios seleccionados.

Fuente: elaboración propia.

b) SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

Fase I Análisis de políticas en salud

Tabla No. 2Munici

Selección de las personas a entrevistar de acuerdo a las Autoridades de: Gobierno Central, Departamental, Dirección de Área de Salud, Municipal y Local.

Gobierno
Programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social <ul style="list-style-type: none"> • Director • Asesores
Departamental
Gobernador departamental Gobierno local CODEDE
Dirección de Área de Salud

Director Equipo técnico de apoyo administrativo Comité de análisis de muerte de mujeres en edad fértil.
Municipal
Alcalde Consejo Municipal COMUDE Unidad de Planificación
Local
Centros de Salud Puestos de Salud ONG's médicas (Extensión de cobertura)

Fuente: elaboración propia.

Tabla No.3

Selección de las personas a entrevistar de acuerdo a la Sociedad Civil de: nivel Central y nivel local.

Nivel Central
Miembros del OSR “El Congreso de la Republica 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” (89).
Nivel local
ONG's (fuera del programa de extensión de cobertura) Comités Locales Comadrona Familias Usuarias Hombres

Fuente: elaboración propia.

Tabla No. 4

Definición de los actores sociales involucrados en el sistema de salud en Guatemala.

Actores Sociales en la interacción
<p>ONG's: Organizaciones No Gubernamentales, involucradas con contratos privados con el MSPAS, para la prestación de servicios en atención de salud. En el modelo directo que le confiere la responsabilidad directa de comunidades, en las cuales el ministerio nunca o escasamente había tenido presencia.</p>
<p>Gobierno local: La reforma del sistema de salud ha tenido respuestas que dependen de la cultura política y del desarrollo social-económico de cada departamento, de manera que no es posible plantear un perfil estandarizado de gobierno departamental en respuesta a la reforma del sistema de salud. El sistema de país responde de acuerdo a su potencial técnico y financiero de acuerdo a las direcciones de área.</p>
<p>Movimiento campesino: Las poblaciones indígenas en su mayoría campesina, han sido la mayor preocupación por lo cual la extensión de cobertura amplió su red de servicios e instaló los modelos de servicios, es un tema en el que están políticamente involucrados. Las poblaciones campesinas se agrupan por regiones y las zonas más deprimidas no están agrupadas, por lo que no se percibe una posición clara de la misma frente al proceso de cambio que actualmente vive el sistema de salud.</p>
<p>Medios de comunicación: Los medios de comunicación juegan un papel cada vez más significativo en el ámbito político fomentando la participación ciudadana en temas de interés público y particularmente en materia de salud.</p>
<p>Instituciones Políticas (partidos y comités cívicos): Los partidos políticos convergen en los valores que sustentan la necesidad de cambio en el área de la salud. Las diversas plataformas políticas abordan la necesidad imperiosa de dar acceso a todos los guatemaltecos a servicios de cuidado a la salud, así como mejorar la calidad de los mismos.</p>
<p>Población sin cobertura: Un volumen importante de la población aún no cuenta con acceso a servicios básicos de salud; se encuentra dicho grupo entre los principales beneficiarios potenciales de una reforma, ya que el sistema de salud tendría la capacidad de influencia como grupo.</p>
<p>Gobierno: Para todos los presidentes de la república, incluyendo el actual, el principal objetivo de su programa de gobierno es lograr un avance significativo en materia de bienestar social. Su estrategia se basa, entre otras cosas, en la reforma de dos sectores clave de la política social: educación y salud. Cabe destacar que, debido al tipo y magnitud de intereses involucrados en el área de la salud, el apoyo</p>

personal y directo del Presidente de la República es condición sine qua non para emprender el proceso de reforma.

Gobernador Departamental: Es una figura de poder político delegado como un puesto de confianza del presidente de la república, es la máxima autoridad no electa.

MSPAS: El principal gestor y coordinador del proceso de reforma, así como el encargado de programar la ejecución de presupuesto asignado para los diferentes programas de salud y definición del PBS.

Dirección de área: La rotación constante de Ministros de Salud tres, en lo que lleva el actual gobierno para un periodo de cuatro años incide en una alta rotación de Directores de área, condición que afecta la gestión local en salud. La política en salud fue definida por el MSPAS un año y medio después de asumir el gobierno. Mientras tanto, el gobierno operó con los programas establecidos, apoyados por la cooperación internacional. Cuenta con la participación de los diferentes sectores mencionados. Existe, entonces, una propensión y voluntad política al cambio con un sustento técnico y participativo. En este contexto, como cabeza del sector salud, el MSPAS asumirá un papel protagónico en la conducción y la implantación en el proceso de reforma del sistema de salud guatemalteco.

Sociedad Civil: La ampliación de los espacios de participación social se expresa en el reclamo de la atención a la salud como un derecho constitucional, en la exigencia por servicios de alta calidad y en la demanda por una mayor libertad para elegir al prestador. A partir de las nuevas estrategias del programa nacional de salud, se espera una mayor democratización en materia de salud. (Comités Locales)

Provisión de Servicios de Salud: ONG's médicas de contrato privado con el Ministerio de Salud para dar la atención en salud a través de un paquete básico, en comunidades con una población no mayor de 10,000 habitantes en las zonas donde el MSPAS no ha tenido presencia.

Organismo de la Cooperación Internacional: El desarrollo de los programas del MSPAS, reciben por parte de la Cooperación técnica internacional capacitación y recurso financiero.

Fuente: elaboración propia adaptado con base a la propuesta de Arredondo (5).

Fase II Estudios de casos aplicación de indicadores de gobernanza y participación social.

Paso No. 1 Selección de los tres municipios

La selección de los municipios se hará con base en el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas en Salud –INBS- (90) , para lo cual se tomaran los siguientes criterios:

1. Mortalidad Materna proporcional según zona de residencia.
2. Total de recién nacidos con bajo peso al nacer.
3. Financiero (Proporción del presupuesto anual asignado al municipio ejecutado en acciones de salud)
4. Indicador de capacidad operativa (Núcleos de población de 2,500 a 5,000 habitantes que cuentan con el Recursos Humanos Básicos de Atención Primaria en Salud)
5. Administrativo (Años de recibir la prestación de servicios con extensión de cobertura)

Tabla No. 5

Criterios de selección del municipio a estudiar en la tesis doctoral con base al Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas en Salud, con base a datos del año 2010.

Modelo	Directo (Provisión de Servicios de Salud)	Tradicional (Servicios de Salud del Ministerio de salud)
Mortalidad Materna proporcional según zona de residencia.		
Total de recién nacidos con bajo peso al nacer.		
Financiero (Núcleos de población de 2,500 a 5,000 habitantes que cuentan con el Recursos Humanos Básicos de Atención Primaria en Salud)		
Indicador de capacidad (Núcleos de población de 2,500 a 5,000 habitantes que cuentan con el Recursos Humanos Básicos de Atención Primaria en Salud)		
Administrativo (años de participación en la extensión de cobertura)		

Fuente: elaboración propia

Aplicando la calificación Z a cada criterio se obtendrá la sumatoria de cada municipio generando el INBS. Luego serán ordenados de menor a mayor para hacer una gráfica que represente la distribución del Índice. La selección de los tres municipios corresponderá: un municipio con el valor más alto, un municipio con el valor medio (y/o cercano a cero) y un municipio con el valor más bajo. La interpretación del INIS es de acuerdo al valor más alto es el que tienen mayores necesidades insatisfechas en salud, el valor medio es el estándar y el valor bajo es el que tiene menos necesidades insatisfechas en salud.

Tabla No. 6

Municipios seleccionados con base en el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas en Salud en el año 2010

Municipios Seleccionados	
Municipio A	INIS valor alto
Municipio B	INIS valor medio
Municipio C	INIS valor bajo

Fuente: elaboración propia.

Los datos de los criterios propuestos serán capturados de la siguiente forma:

Tabla No. 7

Fuentes de información para la obtención de datos.

Criterios	Modelo	Directo (Provisión de Servicios de Salud)	Tradicional (Servicios de Salud del Ministerio de salud)	Fuente de información
Mortalidad Materna proporcional según zona de residencia.				Proyecciones de población del INE. Registros del SIGSA al 2010.
Total de recién nacidos con bajo peso al nacer.				Registros del SIGSA año 2010.
Financiero (Núcleos de población de 2,500 a 5,000 habitantes que cuentan con el Recursos Humanos Básicos de Atención Primaria en Salud)				Departamento de planeación MSPAS, Base de datos Cuentas Nacionales en Salud, 2010
Indicador de capacidad (Núcleos de población de 2,500 a 5,000 habitantes que cuentan con el Recursos Humanos Básicos de Atención Primaria en Salud)				Registro del SIAS. Datos de población INE.
Administrativo (años de participación en la extensión de cobertura)				Base de datos del SIAS, contratos con ONG's desde el año 1995.

Fuente: elaboración propia.

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

Tabla No. 8

Técnicas a emplear en el trabajo de campo para la selección de actores sociales a entrevistar en los tres municipios seleccionados.

Actor social	Técnica de selección de la muestra (1)
Comadronas	Por conveniencia y técnica de bola de nieve (91) (Inicialmente se buscará el contacto con las comadronas registradas en los servicios del MSPAS y luego una comadrona no 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)(92) serán contactados.
Hombres con pareja	Informante clave (91). Grupo de discusión (93). (De acuerdo a las condiciones del lugar se podrá 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 (1) Otro método a utilizar será la teoría fundamentada, en donde el número de entrevistados al principio de la investigación no se especifica, esto porque no se sabe el rumbo que la investigación tomará, por lo que se continuará con la recolección de datos hasta que sea alcanzado el punto de saturación que nos permitirá editar nuevos conceptos que no se tienen previamente (94).

c) TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Objetivo específico 1

Recolectar información de los indicadores de gobernanza y participación sociales pertinentes para la evaluación de los niveles de gobernanza y participación social en los programas para la reducción de mortalidad materna implementados durante el periodo 1996-2010.

Tabla No. 9

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 1995 al 2010. Revisión de bases de datos de la Plataforma de Información Social Integrada de Guatemala con acceso vía internet. De acuerdo: registros de población del INE, registros de morbilidad y mortalidad del MSPAS. Requerimiento a Planificación del MSPAS sobre el gasto en Salud por municipio del departamento seleccionado.
b) entrevistas individuales 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.	-Matrices ordenadas. -Matrices relacionales. -Resumen de los datos cuantitativos. -Diagrama de Ishikawa. -Bases de datos generadas en el programa ATLAS.ti y PolicyMaker

Fuente: elaboración propia.

Tabla No. 10

Técnicas de obtención de información de acuerdo al tipo de dato de fuente primaria.

Técnica	Tipo de dato
<p>a) entrevista individuales semi estructurada.</p> <p>b) entrevista grupal semi-estructurada (Discusión de grupo).</p> <p>c) consulta a un grupo de expertos, en trabajo en forma paralela, con quienes se estimarán y discutirán algunas variables cualitativas.</p>	<p>Información de primera mano con base a:</p> <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

Fuente: elaboración propia.

Objetivo específico 2

Comparar las respuestas de los indicadores de gobernanza y participación social entre los tres municipios seleccionados.

Se elaborarán tablas resumen de los resultados de cada indicador de gobernanza y participación social de acuerdo a los por Municipio:

Tabla No. 11

Municipio	Indicador de Gobernanza					Indicador de Participación Social					
	1	2	3	3	4	5	1	2	3	4	5
A											
B											
C											

Fuente: elaboración propia. (Los números empleados son únicamente una orientación que se reemplazarán con base a los indicadores contenidos en las figuras numeradas de 1 a la 17)

Objetivo específico 3

Elaborar recomendaciones de política de salud con criterios de aceptabilidad política y ética que permitan fortalecer la gobernanza y participación social en los programas para reducción de mortalidad materna.

Los escenarios de factibilidad permitirán concentrar la información procesada en los nodos que se detalla en la sección de análisis de la información. El escenario de factibilidad atenderá a cinco pasos (5):

- 1) Formular el problema con el estudio analítico de la pregunta inicial, desagregada en otras preguntas, hacer la identificación de actores y su posicionamiento con respecto al problema y elaborar una lista de cuestiones que permitan mediar con los actores la profundización del análisis y consecuencia, del problema. La revisión de literatura de alto grado de evidencia científica será fundamental en este paso. El equipo de investigación será invitado a discutir, y de ser necesario se podrán hacer otras entrevistas a informantes clave. (ver matrices de referencia tablas de la 14 a la 19)
- 2) Iniciar el análisis con la ampliación de consultas a varios actores involucrados con base a las opiniones sobre documentos publicados en medios de comunicación masiva. Así como opiniones de expertos, líderes de opinión, académicos, etc., procurando la diversidad.
- 3) Cerrar el análisis se constituye 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 guía con las expectativas empíricas y los indicadores de las variables.
- 4) Identificar las alternativas más representativas, con base al cruce de los indicadores que para el trabajo de gobernanza se constituye en los nodos de intervención.
- 5) Deducir las consecuencias de cada alternativa, con base a los cruces de los indicadores de cada variable, representados en nodos, donde se articulan los distintos factores que se interrelacionan.

d) TRABAJO DE CAMPO

La Fase I Análisis de política en salud

Revisión documental:

Se realizará 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. Otro recurso para captura de datos documentales será 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, los mismos corresponderán al periodo de estudio y

serán vaciados en una tabla que permita la comparación de información en el periodo de tiempo de observación:

Fase I y II

Fuentes primarias:

Paso 1.

Serán capacitados los auxiliares de investigación en las técnicas para aplicar los instrumentos, la logística y procedimientos de aproximación con las autoridades del lugar. Serán instruidos 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 serán probados y ajustados en una prueba piloto (91) (95), en una localidad con similares características a las seleccionadas para el estudio. Los instrumentos serán aprobados por el comité de tesis.

Paso 3.

Los datos serán recabados de fuentes primarias de información, de la manera siguiente: entrevista individual y discusión de grupo, 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 permite considerar el alcance suficiente de la información. Guías de entrevista que utilizarán preguntas semi-estructuradas, formuladas para orientar la recuperación de información. Se podrán utilizar grabadoras digitales, si el entrevistado lo permite. En aquellos casos en los cuales las condiciones del medio no permitan el uso de una grabadora digital, se empleará el uso de un cuaderno de notas para el registro de información. (Ver en anexos instrumentos del 1 al 6)

Paso 4.

Se llevará además una bitácora del registro del trabajo de campo, que será complementaria a la información de las entrevistas, en donde se registrarán todos los niveles de información que incidan en el análisis e interpretación de los resultados. Para este nivel de datos se empleará la técnica de observación de campo, al considerarse que esta información complementaria permitirá contextualizar los datos recabados por los auxiliares de campo (96). Estos registros permitirán cruzar información complementaria que no se registren en los instrumentos, esta información permitirá al equipo de investigación posteriormente ampliar el análisis de datos.

e) MANEJO Y ANÁLISIS DE DATOS

Fase I. Análisis de política en salud

La información documental de los programas contra la mortalidad materna, serán clasificados con base en las figuras de la No. 1- 6 y posteriormente será analizada de acuerdo a su contenido, contexto, procesos y actores sociales (46). Reforzando el análisis con la herramienta de POLICYMAKER para hacer un mapa de actores (5).

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

Paso 1.

Debido a la naturaleza de la investigación y a la metodología utilizada para recabar los datos, es necesario que toda la información que sea obtenida en los municipios de estudio se transcriba al formato Word, para crear el documento primario, a realizar por el grupo de trabajo de campo. Para la codificación de los datos obtenidos se contará con el apoyo de 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 crearán unidades hermenéuticas, posteriormente se cargará la unidad primaria, enseguida se crearán códigos que permitirán la relación entre ellos, se agruparán en similares conceptos, para hacerlos más realizables, tomando los datos de cada unidad primaria (97) (98) (99). La información será tabulada por categorías que permitirán su posterior categorización, para de allí construir el listado con base a los indicadores propuestos de gobernanza y participación social.

Paso 2.

Procesamiento de la información

Los datos ingresados en las matrices correspondientes serán analizados por el método de triangulación metodológica que consiste en el uso de más de una técnica de recolección de datos e implica el uso de varios tipos de enfoques cualitativos, contribuyendo a la validez de resultados de la investigación cuando sean utilizadas entrevistas con gestantes (primíparas o múltiparas), con familiares y personal sanitario del nivel operativo Direcciones de áreas, Hospitales, CAIMI, CAI, maternidades, comadrona y la observación, 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 ha habido 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” (100) (101).

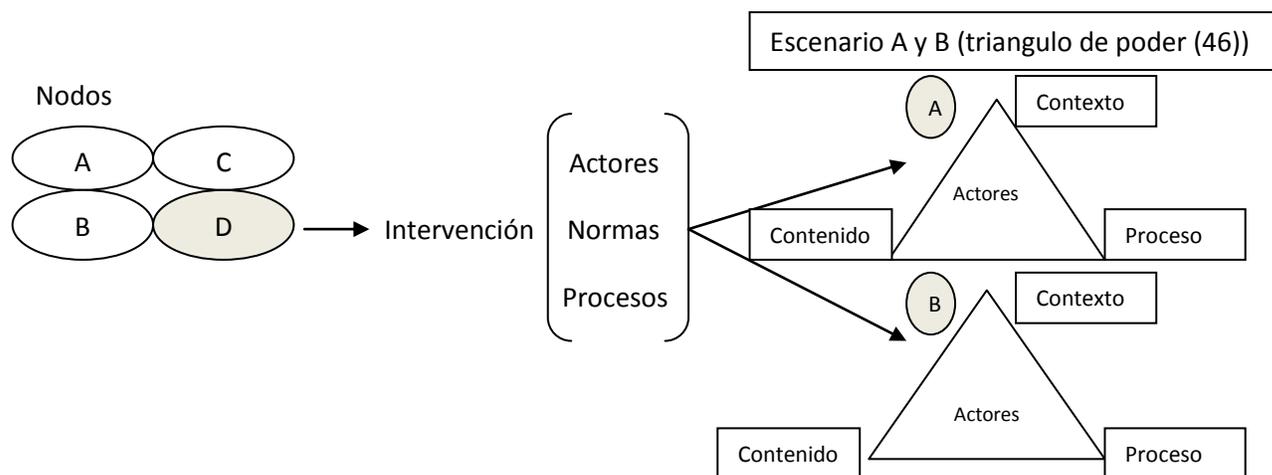
El análisis de resultados será controlado por medio del plan de análisis y el diseño de gráficos de los resultados; para ello se propone ATLAS.ti el cual será monitoreado con el programa de PolicyMaker. Además PolicyMaker será utilizado en las recomendaciones para determinar los enlaces entre el rol de actores con la ejecución de estrategias en políticas dirigidas al abatimiento de la mortalidad materna (102).

Los nodos que son un elemento fundamental para el análisis de gobernanza serán trabajados en la matriz de referencia expuesta en el siguiente inciso (f), sin embargo podrán ser consideradas otras tablas que de acuerdo a la información recopilada permita establecer las interrelaciones de actores y los nodos correspondientes.

Las expectativas empíricas orientan la búsqueda de hallazgos que den respuesta a las debilidades o fortalezas del sistema de salud, las cuales serán abordadas en escenarios de factibilidad (5). Centrando los aportes con base a los nodos que permitan proponer intervenciones (85) de acuerdo a la factibilidad en el escenario social de cada municipio.

Escenarios factibles

Diagrama No. 1



Fuente: elaboración propia.

Los escenarios factibles construidos con la metodología expuesta en el apartado de técnicas de recolección de datos, serán discutidos con base a los criterios del triángulo de la política de salud que emplea 4 aspectos: actores, contexto, contenido y proceso (46).

f) MATRICES DE REFERENCIA

Nodos

Son la confluencia de interacciones entre los actores de acuerdo a los indicadores de gobernanza y participación social, valorados por el peso relativo de las respuestas obtenidas. Es importante recalcar que los actores pueden variar de acuerdo al escenario cultural, social y económico de allí que las matrices a construir serán adecuadas a los contextos necesarios. Se toma como referencia la propuesta de Armando et al (5).

Tabla No. 12

Nodos entre actores interacción en actividad de acción.

Nodos	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V
Actor I	Colaboración 5 % Red social 20 %				
Actor II		Red social10%	Servicios de Salud 20%		
Actor III				Programación 10%	
Actor IV					
Actor V					

Fuente: elaboración propia. (Los datos consignados son para orientar al lector de cómo se espera emplear la matriz)

Tabla No. 13

Nodos de Influencia en la distribución de recurso en distintos espacios de acción de acuerdo al tipo de actor interrelacionado en los programas contra la mortalidad materna, valorados por el peso relativo de las respuestas obtenidas.

Nodos	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V
Actor I	Local 5%	Local 10%			
Actor II					
Actor III				Municipal30%	70% DAS
Actor IV					
Actor V					

Fuente: elaboración propia. (Los datos consignados son para orientar al lector de cómo se espera emplear la matriz)

Tabla No. 14

Nodos de mecanismos de exigibilidad de derechos de las personas frente a los servicios de atención materna en distintos espacios de acción de acuerdo al tipo de actor, valorados por el peso relativo de las respuestas obtenidas.

Nodos	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V
Actor I					
Actor II					
Actor III					
Actor IV					
Actor V					

Fuente: elaboración propia.

Tabla No. 15

Nodos de la disponibilidad de información de los derechos y los mecanismos que permiten hacerlos efectivos en distintos espacios de acción de acuerdo al tipo de actor, valorados por el peso relativo de las respuestas obtenidas.

Nodos	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V
Actor I					
Actor II					
Actor III					
Actor IV					
Actor V					

Fuente: elaboración propia.

Tabla No. 16

Nodos de los mecanismos de control existentes para atender la diversidad social y considerar la opinión de las minorías o de los sectores más marginados en distintos espacios de acción de acuerdo al tipo de actor, valorados por el peso relativo de las respuestas obtenidas.

Nodos	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V
Actor I					
Actor II					
Actor III					
Actor IV					
Actor V					

Fuente: elaboración propia.

Tabla No. 17

Nodos por transacciones entre actores de acuerdo a: negociación, dirección, repartición, reciprocidad, valorados por el peso relativo de las respuestas obtenidas.

Nodos	Actor I	Actor II	Actor III	Actor IV	Actor V
Actor I	Repartición 5%				
Actor II		Dirección 10%			
Actor III					
Actor IV					
Actor V			Negociación 10%		

Fuente: elaboración propia. (Los datos consignados son para orientar al lector de cómo se espera emplear la matriz)

Tabla No. 18

Recomendaciones para fortalecer la Gobernanza en los municipios bajo estudio con base al análisis de escenarios factibles.

Municipio	Limitaciones	Fortalezas
A		
B		
C		

Fuente: elaboración propia.

Tabla No.19

Recomendaciones para fortalecer la Participación Social en los municipios bajo estudio con base al análisis de escenarios factibles.

Municipio	Limitaciones	Fortalezas
A		
B		
C		

Fuente: elaboración propia

8.- Resultados esperados y aportes del estudio

Se realizará un informe ejecutivo con un lenguaje apropiado para entregarlo a los diferentes instancia que tienen incidencia en los programas contra la mortalidad materna: a) en el nacional en el Programa de Salud Reproductiva; b) en el Departamento de Planificación del MSPAS; c) en la Dirección de área; d) municipal e) centro y puestos de salud del MSPAS; f) ONG's médicas (extensión de cobertura) h) otras instancias locales.

El estudio tendrá el acompañamiento del equipo de investigadores del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, de tal forma que el proceso de desarrollo de la tesis doctoral permitirá informar e implicar a otros investigadores en los aspectos teóricos y metodológicos de gobernanza en salud en la investigación de sistema de salud.

Aportes para el mayor avance de programas orientados a reducir la mortalidad materna desde la gobernanza en salud:

- a) Se podrá fortalecer el diseño de políticas públicas sustentables, incidiendo en la capacidad de gestión de los actores sociales, considerando el marco normativo, en el cual se pueden fortalecer los aspectos positivos y empoderar a los actores sociales de su rol en el avance de los programas orientados a reducir la mortalidad materna.
- b) Los actores sociales podrán desde el marco jurídico hacer uso de las leyes que refuerzan su rol en la lucha para reducir la mortalidad materna.
- c) El empoderamiento de las estrategias de Reforma, es una herramienta que articula las reglas de interrelación de los actores sociales, de tal forma que se podrá incidir de forma positiva en las estrategias de los programas para el combate de la mortalidad materna.
- d) La eficacia en la producción de servicios de salud es un elemento esencial de provisión de servicios en donde los modelos podrán ser retroalimentados para su mejor funcionamiento en la entrega de servicios eficaces, para disminuir la mortalidad materna.
- e) En la coordinación intersectorial se podrá apuntalar los aspectos positivos o identificar las debilidades de vinculación intersectorial, para potencializar los programas o acciones tendentes a reducir la mortalidad materna.

- f) La estabilidad política y conflictividad laboral proporcionará información sobre las capacidades del recurso humano para desempeñar una función pública de tal forma que el sistema de servicios de salud se articule por las capacidades locales de los prestadores de servicio. En los programas de atención materna es fundamental conocer la capacidad del capital humano en cuanto a su idoneidad y pertinencia para operar dichos programas de mortalidad que inciden en la reducción de la mortalidad materna.
- g) La rendición de cuentas con relación a la transparencia en la ejecución del presupuesto y la necesaria auditoría social son aspectos clave en la gestión de los programas tendientes a reducir la mortalidad materna, de allí que el estudio podrá recomendar el fortalecimiento de los procesos positivos o bien la instalación de procesos que transparenten la ejecución del gasto.

Aportes para el mayor avance de programas tendientes a reducir la mortalidad materna desde la participación social:

- a) El estudio de la participación social permite conocer el estado de la cohesión e integración social que se relaciona con la credibilidad de las instituciones. De ahí que se podrá aportar recomendaciones para mejorar la cohesión e integración social entorno a los programas de atención materna y reducción de mortalidad en dicho grupo.
- b) Se podrá aportar información sobre los derechos de las mujeres frente a los servicios públicos además de considerar la necesidad de facilitar instrumentos para hacerlos efectivos. Por aparte se proporcionará información a las autoridades encargadas de los programas tendientes a reducir la mortalidad materna para generar acciones de empoderamiento local.
- c) Se podrá incidir en mejorar los niveles de información sobre los derechos ciudadanos de la mujer ante el sistema de salud, así como promover los mecanismos que permitan hacerlos efectivos.
- d) Los niveles de diversidad social requieren mecanismos de control para recoger la opinión de las minorías o sectores marginados, evitando de esta forma que el paternalismo generado en el sistema, no interfiera en una justa redistribución de los recursos, acceso a la información así como la capacidad de elección de los sectores afectados por la mortalidad materna.
- e) El estudio además suministrará información para fortalecer a las organizaciones sociales que trabajan o apoyan para mejorar las condiciones de salud de la mujer. Las limitaciones por niveles de instrucción, costos de oportunidad y capacitación, serán identificadas como insumos de programación que podrían ser abordados desde el nivel operativo local a través de los prestadores de servicios, iniciativa que podrían mejorar la

integración y funcionamiento de las redes sociales como un aliado estratégico en la atención materna.

9.- Limitaciones del estudio

1. El trabajo de campo está calendarizado con base a la programación del doctorado en salud pública.
2. Los recursos económicos provienen del Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud USAC, fondo que restringe la posibilidad de ampliar el número de municipios.
3. La recomendación del Colegio de Doctores en Salud Pública del INSP al aprobar el título con base al resumen es de trabajar en un municipio.
4. La información que se recabará no busca la confiabilidad ni la validez en términos estadísticos, tampoco los hallazgos del estudio serán generalizables (91).
5. Es altamente probable que algunos de los actores clave del proceso de reforma, no se encuentren disponibles en el MSPAS por la falta de carrera del funcionario público y los contratos temporales que operan a nivel de dirección (18), además existe el sesgo de memoria como un factor que podría alterar la calidad de datos (91).
6. Los estudios de gobernanza en sistemas de salud en Guatemala son de reciente aparición con 4 publicaciones en los últimos 3 años (6) (13)(14)(52).
7. A pesar de los desacuerdos teóricos sobre la gobernanza, en los estudios de gobernanza en salud se muestran una tendencia de acuerdos en el uso de las categorías de análisis aplicados en investigación de APS (103) (61) (104) (105) (45) (70)(4)(5) (6) (14) (71).
8. La captura de información para los indicadores a utilizar se realizará con grandes bases de datos algunas de ellas unificadas en la Plataforma de Información Social Integrada (PISI) (1), esto supone una ventaja relativa dado que no se pueden obtener series de datos para el periodo de estudio. En Guatemala, la sistematización de los datos a través del SICOIN-WEB (Sistema de contabilidad Integrada / Gobierno Central) que da acceso a las cuentas nacionales en salud se inició en el año 2004 (106).
9. La variación de convenios con las ONG's en el periodo de estudio es un factor a considerar(107).
10. El sub registro de los datos de mortalidad materna evidenciado con la línea basal del año 2000 es otro aspecto a considerar (108).
11. El Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA- no representa una fuente fidedigna de información y tienen usos limitados (18).
12. El ambiente de violencia en el país es otro factor que puede limitar el desarrollo del estudio, en cuanto a la seguridad que deberá tener el equipo de campo para evitar la exposición a daños relacionados al clima de violencia en Guatemala (109).

10.- Cronograma

MES DEL ESTUDIO (INICIA EN ABRIL DE 2011)																		
ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Elaboración del planteamiento del problema de investigación	X																	
2. Búsqueda sistemática de información bibliográfica	X																	
3. Redacción del protocolo	X	X	X	X	X													
4. 1ª revisión por los asesores			X															
5. 2ª revisión por los asesores y elaboración de la versión final					X													
6. Aprobación del jurado para defensa de protocolo						X												
7. Presentación a los diferentes comités						X	X	X										
8. Defensa del protocolo programado para el mes de octubre								X										
9. Elaboración del árbol de decisiones y de los instrumentos							X	X	X									
10. Aplicación de cédula de recolección de la información y entrevistas semi-estructuradas (parte documental)									X	X								
11. Aplicación de la entrevista semi estructurada (parte cualitativa) y transcripción											X	X	X					
12. Análisis de la información (cualitativa y cuantitativa)												X	X	X				
13. Redacción de la tesis y/o artículo científico														X	X			
14. Envío a publicación y difusión en congresos de investigación														X	X	X	X	
15. Examen de grado (defensa de la tesis) última presencial del Doctorado SP octubre de 2012																		X

11.- Consideraciones éticas

El proyecto será presentado ante el comité de ética en investigación de la Universidad de San Carlos de Guatemala, comité local que será el respaldo para fines de comunicación por parte de los participantes en el estudio. El comité de ética de investigación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, emitirá opinión ética sobre el proyecto de tesis doctoral. Además de tener la aprobación de la Comisión de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública como institución docente que apoya el desarrollo de la investigación a nivel de tesis doctoral.

Se obtendrá la autorización del estudio para la fase de trabajo de campo en las diversas instancias de autoridades locales, municipales e institucionales de la dirección de área de salud y nivel central, ONG's médica, representantes de organizaciones civiles o religiosas. Los diversos actores sociales involucrados en el estudio serán abordados tanto desde las estructuras de autoridad colectiva como individual, para presentar los alcances que tiene el estudio, con un documento de una página en el cual se expone el objetivo general, el tipo de metodología y niveles de confidencialidad de la información. Los investigadores de campo serán presentados de forma oficial con documentos institucionales y estarán debidamente identificados para el trabajo de campo.

Esta investigación es considerada sin riesgo. Sin embargo, conservará el anonimato del municipio en la presentación de resultados a nivel de revistas de publicación y el informe ejecutivo, así como en el informe de tesis; resguardando de esta forma la identidad del municipio y sus habitantes. Las bases de datos cualitativos tendrán un código de seguridad en los medios electrónicos donde se almacena.

En un documento redactado con lenguaje apropiado para cada actor social que será entrevistado se desarrollará un consentimiento informado el cual tendrá un encabezado con el nombre del responsable de la investigación así como la dirección postal, correo electrónico y teléfono. Los documentos de Consentimiento Informado podrán ser únicamente un instrumento el cual será leído por la persona responsable de aplicarlo, dado que muchos actores sociales son analfabetas. También será considerado un traductor para el manejo del idioma local Maya. La aceptación del consentimiento informado de quienes acepten la entrevista podrá ser únicamente verbal, por las circunstancias de reticencia a firmar o colocar la impresión digital en un documento. La entrevista podrá ser grabada en medio digital o únicamente escrita de acuerdo al consentimiento expreso del entrevistado.

Los principios éticos de vital observación en este estudio (110), son: respecto por las personas, con el objeto de evitar que se limite a las mismas en su autonomía y capacidad de decisión para participar en el estudio será considerado el

consentimiento individual para la entrevista aun cuando las autoridades locales otorguen su autorización; los beneficios son indirectos para los participantes, dado que la información tendrá valor para el sistema de salud en cuanto a la posible integración de los resultados para el abatimiento de la mortalidad materna, de tal forma que no se podrá ofrecer algún tipo de beneficio directo por su participación en el estudio, no se observa ningún tipo de riesgo derivado de su participación en el estudio y; justicia, evitando que por la vulnerabilidad social o económica, la persona perciba únicamente que es utilizada. En tal sentido será devuelta la información por diversos medios en el municipio trabajado.

Previo al trabajo de campo se recabará información sobre la situación de violencia en el municipio y comunidades en las cuales se realizará el estudio, con el objeto de tomar las medidas necesarias de resguardo de la integridad del equipo de investigación. Se tendrá un sistema de comunicación diario para constatar que los investigadores de campo se encuentran bien. Cada uno de ellos tendrá acceso a un seguro médico y de accidentes adquirido en el sistema de seguros privados, cubierto con fondos propios de la investigación.

12.- Recursos materiales y presupuesto

Tabla No. 21

Presupuesto proyecto estimación con base al dólar americano tasa de cambio \$1.00 por Q. 7.58651 ¹			
Recursos humanos	Costo Unitario	Factor	Costo total (\$)
Investigadores (4)			
Capacitación de asistentes de investigación y encuestadores	85xDIA	4x3=12	1020
Estudio piloto	85xDIA	4x2=8	680
Trabajo de campo(2 entrevistas/D)	85xDIA	4x5=20	1700
Procesamiento y análisis de información	85xDIA	4x5=20	1700
Asistentes de investigación (3)			
Capacitación de asistentes	25xDIA	3x3=9	225
Estudio piloto	50xDIA	3x2=6	300
Trabajo de campo(2 entrevistas/D)	50xDIA	3x20=60	3000
Encuestadores (2)			
Capacitación de encuestadores	17xDIA	2X3=6	102
Estudio piloto	34xDIA	2x2=4	136
Trabajo de campo(3 cuestionarios/D)	34xDIA	2x20=40	1360
Secretaria(1)			
Elaboración de máscara de captura	34xDIA	1x5=5	170
Capturista	42xDIA	1X10=10	420
Conductor	25xDIA	1x60	1500
Subtotal			12313
Recursos materiales			
Computadora	600	2x1	1200
Grabadora digital	200	3x1	600
Programas para análisis	2000	2x1	4000
Transporte (gasolina, cassetas)	22xDIA	60 DIAS	1320
Impresión de cuestionarios y entrevistas	1.70xCADA UNO	2x120	408
Subtotal			7528
Otros			
Asistencia a congresos para difusión	1500c/u	4x1	6000
Publicación de 2 artículos producto del Proyecto	850 c/u	2	1700
Seguro médico y de accidentes para auxiliares de investigación	20xDIA	4x90=360	720
Subtotal			10220
Total			28261²

¹ Factor de cambio del Banco de Guatemala [Internet] <http://www.banguat.gob.gt/cambio/> fecha de búsqueda 23/04/2011

² El presupuesto en su totalidad será financiado por el Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

13.- Referencia Bibliográfica

1. **Becerril-Montekio, Víctor y López-Dávila, Luis.** *Sistema de Salud de Guatemala*. Cuernavaca, México, Salud Pública Mex, 2011, Vols. 53 supl 2:S197-S208.
2. **Salud, Instancia Nacional de.** *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. **Arredondo, Armando, 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.
6. **Flores, Walter.** *Aproximación a la gobernanza del Sistema de Salud de Guatemala y las políticas públicas de salud*. Guatemala, 978-9929-8025-9-9, 2011.
7. **Hufty, M., Báscolo, E., y Bazzani, R.** *Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación*. Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública, Vol. 22 Sup , págs. 535-545, 2006.
8. **Celedón, Carmen y Noé, Marcela.** Reformas del sector de la salud y participación social. *Rev Panam Salud Publica [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.
9. **CESR/ICEFI.** *¿Derechos o privilegios? El compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala*. Guatemala/España, 2009.
10. **Moscoso Arriaza, Virginia y Flores Ramírez, Carlos.** *El Sistema de Salud en Guatemala, 3: Retratos de muertes evitables*. Guatemala : Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.
11. **Secretaría de Coordinación Ejecutiva de la Presidencia.** *Constitución Política de la República de Guatemala y Leyes de Desarrollo Social*. Guatemala, 2005.
12. **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.

13. **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.
14. **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.
15. **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>.
16. —. 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.
17. **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.
18. **Flores, Walter.** *El sistema de salud en Guatemala, 4: ¿Así... funcionamos? ¿hacia dónde vamos?* PNUD. Guatemala : Grupo Amanuense, 2008. pág. 104.
19. **Barrillas, Edgar.** Experiencia de descentralización en salud en América Latina: Descentralización y reformas del sistema de salud en Guatemala. Guatemala, 2004.
20. **PNUD.** *Guatemala: hacia un Estado para el desarrollo humano; Informe nacional de desarrollo humano 2009/2010.* Guatemala, 2010.
21. **Secretaría de la Paz, Presidencia de la República.** *Los Acuerdos de Paz.* Guatemala, 2007.
22. **Verdugo, Juan C.** *Neoliberalismo e inequidad en el primer nivel del SIAS. 2,* Guatemala, abril-junio de 2002, Portadores de Sueños.
23. **Gobierno de Guatemala.** “*Plan Nacional para la Salud de todas y todos los guatemaltecos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.* Guatemala, 2008.
24. **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>.
25. **OPS.** *Salud en las Américas 2007.* Washington, D.C. : s.n., 2007. Vols. I - Regional, Publicación Científica y Técnica No.622.
26. **Banco Mundial.** *Informe sobre el desarrollo mundial 1993.* Washington, D.C., 1993.

27. **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.
28. **Iniciativa Reforma Sector Salud.** *Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala*. Maryland, 1998.
29. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** *Plan de Acción para la reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015*. Guatemala : Programa Nacional de Salud Reproductiva, República de Guatemala, 2010.
30. —. *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.
31. **Secretaría Planificación y Programación de la Presidencia.** 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.
32. **Frenk, Julio.** *La Salud de la Población; Hacia una nueva Salud Pública*. México : Fondo de Cultura Económica, 1994.
33. **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.
34. **Mills, A., Brugh, 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.
35. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** 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.
36. **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.
37. **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.
38. **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>.
39. **Eder, Karin y García Pú, María Manuela.** *Modelo de la Medicina Indígena Maya en Guatemala*. Guatemala, 2003.

40. **Meentzen, Angela.** Estrategías 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>.
41. **Midré, Georges.** *El papel del Estado y los derechos de los ciudadanos.* 14, Guatemala : Serviprensa, S.A, Abril de 2002, Revista Estudios Interétnicos, págs. 49-56.
42. **Pappa Santos, Obdulio.** *Condiciones de vida y relaciones interétnicas en población desarraigada por guerra interna. Departamento de Suchitepequez.* 14, Guatemala : Serviprensa, S.A., Abril de 2002, págs. 75-101.
43. **Menéndez, Eduardo.** *El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud.* 3, Cataluña, 1984, Arxiu D'etnografia de Catalunya, págs. 84-109.
44. **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.
45. **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.
46. **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.
47. **OPS.** *Perfil del sistemas de salud de Guatemala.* Washington, D. C., 2007. pág. 70.
48. **Saltman, Richard B y Ferroussier-Davis, Odile.** *The concept of stewardship in health policy.* 6, Ginebra : World Health Organization, June de 2000, Bulletin of the World Health Organization, Vol. 78, págs. 732-739. 0042-9686.
49. **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>.
50. **Banco Interamericano de Desarrollo.** Proyectos: GU-G1001 : Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 - Guatemala. *Banco Interamericano de Desarrollo.* [En línea] 2011. [Citado el: 10 de 08 de 2011.] <http://www.iadb.org/es/proyectos/project-information-page,1303.html?id=GU-G1001>.
51. **OPS.** *Esquema de protección social para la población materna, neonatal e infantil: Lecciones Aprendidas de la Región de América Latina.* Washington, D.C. : s.n., 2008.
52. **Flores, Walter.** *Los principios éticos y los enfoques asociados a la investigación de la gobernanza en los sisemas de salud: implicaciones conceptuales y metodológicas.* 1, Cuernavaca, 2010, Salud Pública de México , Vol. 12 Sup, págs. 28-38.

53. **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.
54. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** *Lineamientos estratégicos para reducir la mortalidad materna*. Guatemala : Programa Nacional de Salud Reproductiva, República de Guatemala, 2003.
55. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** *Plan Estratégico para Reducir la Mortalidad Materna 2004-2008*. Guatemala : Programa Nacional de Salud Reproductiva, República de Guatemala, 2004.
56. **OPS.** *Diálogo social como Herramienta para la Extensión de la Protección Social en Salud*. Washington, D.C., 2007.
57. **WHO.** *World Health Organization The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneve, 2000.
58. **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.
59. **S/A.** *Agenda de Salud para las Américas, 2007*. 2007.
60. **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.
61. **Bursztyn, I.** *Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud Segmentados*. 1, Cuernavaca, 2010, Salud Pública de México, Vol. 12, págs. 77-88.
62. **Rodríguez, Ch., Lamothe, L., Barten, F., y Haggerty, J.** *Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina*. 1, Cuernavaca, 2010, Salud Pública de México, Vol. 12, págs. 151-159.
63. **Bazzani, Roberto.** *Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en sistemas de salud*. Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Rev. salud pública, Vol. 12, sup 1, págs. 1-7. 0124-0064.
64. **Agudelo, Carlos (ed)** *Gobernanza de las políticas de salud en las Américas, Atención primaria, equidad y sistemas de salud*. Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Revista de Salud Pública, Vol. 12. Sup (1) 0124-0064.
65. **Báscolo, Ernesto y Yavich, Natalia.** *Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina.*, Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Vol. 12. Sup (1) 0124-0064.

66. **Jean L., Denis, y otros.** *Reforma y gobernanza en salud: el atractivo del gerenciamiento en la acción pública.* Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Vol. 12. Sup (1) 0124-0064.
67. **Álvaro, Cardona, Emmanuel, Nieto y Luz M, Mejía.** *Un enfoque de gobernanza aplicado al análisis de una investigación sobre trabajadores cesantes en Medellín-Colombia.* Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Vol. 12. Sup (1) 0124-0064.
68. **Báscolo, Ernesto.** *Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud.* Bogotá DC : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Vol. 12, Sup (1), págs. 8-27.
<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12s1/v12s1a02.pdf>.
69. **Báscolo, Ernesto.** *Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina.* 6, Rio de Janeiro, Brasil : Asociación Brasileña de Pos-Grado en Salud Coletiva, junio de 2011, Ciencia & Saúde Colectiva, Vol. 16, págs. 2763-2772. 1413-8123.
70. **Arredondo, Armando y Orozco, Emanuel.** *Equity, governance and financing after health care reform: lessons from Mexico.* 23, 2008, Int J Health Plann Mgmt, págs. 37-49.
71. **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.
72. **CEAR.** Encuesta Sociodemográfica de población desplazada y repatriada; Triangulo Ixil. Guatemala, 1993.
73. **Jarillo Soto, Edgar C y Guinsberg, Enrique.** *Temas y desafíos en Salud Colectiva.* Buenos Aires : Lugar Editorial, 2007. 978-950-892-287-8.
74. **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).
75. **Vaillancourt Rosenau, Pauline.** *Health care reform in the nineties.* Thousand Oaks, California : Sage Publications, Inc, 1994.
76. **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.
77. **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.

78. **González-Block, M. Á.** Experiencias de reforma a los sistemas de salud en el mundo. México, 1997.
79. **Londoño, J. L., & Frenk, J.** Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. México, 1997.
80. **González-Block, M. Á.** Herramientas de Priorización de Intervenciones Esenciales de Salud. Cuernavaca, 2006.
81. **Menéndez, E. y Spinelli, H. (coords.).** *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires : Lugar Editorial, 2006.
82. **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.
83. **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.
84. **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.
85. **Hufty, Marc.** *Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico.* Bogotá : Instituto de salud pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Rev. salud pública, Vol. 12, sup. (1), págs. 36-61.
86. **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>. 10 págs. 103-148 .
87. **Pineault, Raynald.** *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias.* Barcelona : Masson, S.A, 1987.
88. **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>.
89. **Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva.** Observatorio en Salud 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>.
90. **Schneider, Maria Cristina, y otros.** *Métodos de medición de las desigualdades de salud.* 6, Cuernavaca, 2002, Rev Panam Salud Pública, Vol. 12.

91. **Ulin, Priscilla R.** *Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos.* Washington, D.C. : OPS, Publicaciones Científica y Técnica No. 614, 2006.
92. **Freyermuth-Enciso, Graciela y Cárdenas-Eli, Rosario.** *Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas mediante.* 6, Cuernavaca, noviembre-diciembre de 2009, salud pública de México, Vol. 51, págs. 450-457.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v51n6/a02v51n6.pdf>.
93. **Ibañez, Jesús.** *Más allá de la Sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica.* Madrid : Siglo XXI, 1979.
94. **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>.
95. **Scrimshaw, Susan y Hurtado, Elena.** *Procedimientos de Asesoría Rápida -RAP- para programas de nutrición y atención primaria de salud.* Tokiio, Japan : Universidad de las Naciones Unidas, 1988.
96. **Copans, Jean.** *L'enquete Ethnologique de Terrain.* Paris : Nathan, 1999.
97. **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>.
98. **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>.
99. **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>.
100. **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>.
101. **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>.
102. **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.
103. **Cardona, Álvaro, Nieto, Emmanuel y Mejía, Luz M** *Un enfoque de gobernanza aplicado al análisis de una investigación sobre trabajadores cesantes en Medellín, Colombia.* Bogotá, Colombia : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Abril de 2010, Rev. Salud Pública, Vol. 12, Sup (1), págs. 123-137. 0124-0064.

104. **Denis, Jean L., y otros.** *Reforma y gobernanza en salud: el atractivo del gerenciamiento en la acción pública.* Bogotá, Colombia : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Rev. Salud Pública, Vol. 12, Sup. (1), págs. 105-122. 0124-0064.

105. **Labonté, Ronald.** *Health Systems Governance for Health Equity: Critical Reflections.* Bogotá, Colombia : Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, 2010, Rev. Salud Pública, Vol. 12, Sup. (1), págs. 62-76. 0124-0064.

106. **Ministerio de Finanzas de Administración Financiera.** Sistema Integrado de Administración Financiera. [En línea] 2011. [Citado el: 24 de 10 de 2011.]
<https://sico.infin.gob.gt/sico.infinweb/login/frmlogin.htm>.

107. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Sistema Integral de Atención en Salud. [En línea] 2011. [Citado el: 07 de 11 de 2011.] <http://www.mspas-sias.gob.gt/>.

108. —. *Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000.* Guatemala, 2003.

109. **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/>.

110. **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>.

Complementaria:

Arredondo, A., et al. Proyecto: *Equity, Financing and Decentralization in Mexico.* INSP, México, 2006 [Síntesis Ejecutiva]

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

Frenk, J., & Donabedian, A. *State intervention in medial care: types, trends, and variables.* *Health Pol Plann* , 2 (1), pp. 17-31. 1987

FUNSALUD. *Observatorio de la Salud.* México, D.F.: FUNSALUD. 1997

INSP. *Guía para elaborar protocolos de tesis.* p. 32 [Cuadernos de la Secretaría Académica] 2010

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.

Vaillancourt Roseneau, Pauline. *Health care reform in the nineties.* SAGE Publications, United States, p. 306, 1994.

14.- 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: $\frac{\# \text{ de muertes maternas}}{\# \text{ de nacidos vivos}} * 100,000 =$
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: $\frac{\# \text{ de muertes maternas}}{\# \text{ de mujeres en edad reproductiva}} * 100,000 =$
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.

Instrumentos: éticos, de medición y recolección



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

*GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO
DE PROGRAMAS CONTRA LA MORTALIDAD MATERNA EN
GUATEMALA*

GUÍA- PRESENTACIÓN ANTE AUTORIDADES LOCALES. No.1

El portador de la presenta quien se identifica con el nombre de Luis Manuel López Dávila es alumno del programa de doctorado en Salud Pública de México, con filiación laboral como investigador de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quien actualmente está desarrollando su tesis doctoral, con el objetivo general de: Identificar indicadores de gobernanza, participación social en salud y redes sociales, así como sus determinantes con respecto a los programas contra la mortalidad materna -desarrollados a partir de la Reforma del Sistema de Salud en Guatemala, en municipio con alta razón de mortalidad materna en el año 2010.

El estudio consiste en recabar información a través de entrevistas con las personas e instituciones que apoyan a las mujeres embarazadas durante su atención materna. Además de revisar registros oficiales de los programas relacionados a la atención materna. La información será confidencial con fines académicos y sus resultados podrán mejorar la atención materna a nivel local.

Para lo cual solicitamos su autorización y apoyo en el desarrollo del trabajo de campo en las instancias correspondientes bajo su jurisdicción. Para ampliar información sobre el trabajo que desarrollará el investigador puede comunicarse al Teléfono: _____ o bien dirigirse al Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala ubicado en la Ciudad universitaria Campus Central, zona 12, edificio S-11 en el 3er nivel en la Dirección General de Investigación. O al correo electrónico: _____



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

*GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO
DE PROGRAMAS CONTRA LA MORTALIDAD MATERNA EN
GUATEMALA*

GUÍA- CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ENTREVISTA. No.2

Usted ha sido identificado como una persona clave para suministrar información relacionada con la atención materna (en su familia, comunidad, institución o servicio de salud) la información que usted pueda suministrar apoyará el trabajo de investigación de Luis Manuel López Dávila quien es alumno del programa de doctorado en Salud Pública de México, con filiación laboral como investigador de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Este estudio tiene como objetivo general: Identificar indicadores de gobernanza, participación social en salud y redes sociales, así como sus determinantes con respecto a los programas contra la mortalidad materna -desarrollados a partir de la Reforma del Sistema de Salud en Guatemala, en municipio con alta razón de mortalidad materna en el año 2010.

El estudio consiste en recabar información a través de entrevistas con mujeres embarazadas, las personas e instituciones que las apoyan durante su atención materna. La información será confidencial con fines académicos y sus resultados podrán mejorar la atención materna a nivel local.

Para lo cual solicitamos su consentimiento (aceptación) para dar información la cual puede ser grabada o escrita de acuerdo a su autorización. Si usted no desea contestar alguna de las preguntas o bien suspender la entrevista, se encuentra en total libertad de hacerlo, además al finalizar la entrevista usted puede solicitar que la información no sea utilizada.

Para ampliar información sobre el trabajo que desarrolla el investigador puede comunicarse al Teléfono: _____ o bien dirigirse al Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala ubicado en la Ciudad universitaria Campus Central, zona 12, edificio S-11 en el 3er nivel en la Dirección General de Investigación, en la ciudad de Guatemala. O al correo electrónico: _____



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

*GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO
DE PROGRAMAS CONTRA LA MORTALIDAD MATERNA EN
GUATEMALA*

*GUÍA- ENTREVISTA A PROVEEDORES Y FUNCIONARIOS PUBLICOS.³
No.3*

No. _____

FICHA DE IDENTIFICACION

Lugar donde trabaja: _____

Autoridad local _____

MSPAS _____ Centro de Salud _____ o Puesto de salud _____

Nombre de ONG de extensión de cobertura _____

Sector político _____

Puesto _____ . Cargo y tareas que

Desempeña, _____

Antigüedad en el trabajo actual _____

³ Instrumento para entrevistas individuales o grupales.

- 1 ¿Quiénes son las personas que apoyan en la atención en salud durante el embarazo?

- 2 ¿Están organizados en la comunidad para apoyar la atención materna? Sí___ No___
 En cuál de las etapas cree usted que hay más atención:
 PRENATAL, PARTO Y PUERPERIO.

 ALCANCES, LIMITACIONES Y LOGROS.

- 3 ¿Cómo las autoridades locales apoyan en la atención materna? DOTACIÓN DE RECURSOS
 Municipal: económico y/o recurso humano

 Departamental a nivel de Gobernación.

- 4 ¿Los proveedores de servicios se integran en las redes sociales de apoyo a la atención materna? Sí_____ No_____ No sabe_____
 ALCANCES, LIMITACIONES Y LOGROS.

 MSPAS

 ONG's

 Otros: (Bomberos)

- 5 ¿Cómo se articula la comadrona tradicional en las redes sociales?

- 6 ¿Existe un marco legal y lineamientos de que articule en la participación social la función de las redes sociales de apoyo a la atención materna? Sí_____ Puede mencionar alguna:
 No_____ No sabe_____

- 7 ¿Se han creado órganos que integren en la atención pública las redes sociales comunitarias? Sí___ Cuáles:

 No_____ No sabe_____

- 8 ¿La cooperación técnica internacional en salud ha impulsado la inclusión de las redes sociales en salud para la atención materna?

- 9 ¿Cómo considera que la extensión de cobertura de las ONG's se ha dado en este municipio del departamento: como una desconcentración de funciones, como una delegación de funciones o como la devolución de funciones en la atención materna?

- 10 ¿En relación con los cambios de la atención materna, que responsabilidades permanecen centralizadas y cuáles descentralizadas?

- 11 ¿Existe un sistema de monitoreo y supervisión de los cambios implementados con la provisión de servicios de las ONG's en la atención materna? Sí _____ ¿En qué consiste?
No _____
- 12 Los cambios en la atención materna a partir de la descentralización, incluyen cambios en:
-En la capacitación del recurso humano ¿Cuáles cambios?

-En la prestación de servicios. ¿Cuáles?
-En la atención otorgada por el Ministerio de salud. ¿Cuáles?
-En la atención otorgada por la extensión de cobertura. ¿Cuáles?
-En el uso de los recursos que se asignan en cada año presupuestal para la atención materna. ¿Cuáles?
- 13 Desde que inició la descentralización se han implementando cambios en la participación de la extensión de cobertura. ¿Cuáles son las dos principales ventajas y desventajas de dichos cambios? (UNA VENTAJA Y UNA DESVENTAJA PARA CADA MOMENTO)
-En la atención prenatal.
-En la atención del parto.
-En la atención posparto.
- 14 ¿Ha observado un cambio importante en materia de democratización de la salud a partir de los nuevos planteamientos de participación social, particularmente por parte de algunas ONG's, los usuarios, organizaciones civiles y/o líderes comunitarios? En la rendición de cuenta a nivel local.
- 15 ¿Ha observado algún cambio a partir de la descentralización de los servicios de salud en los programa de salud reproductiva en particular con efectos en la atención materna?
- 16 ¿Ha partir de la descentralización en la planificación del presupuesto y su ejecución se han realizado con base en las prioridades locales de la atención materna? ¿CUÁLES Y DESDE CUÁNDO?
- 17 Si se han construido espacios de participación social donde interactúen proveedores de los servicios de salud con líderes comunitarios, ONG's, organizaciones civiles y usuarios de los servicios de salud. ¿CUÁLES Y DESDE CUÁNDO?
- 18 Considera que los cambios en los últimos años en el sistema de salud en Guatemala han tenido efectos en las relaciones entre los diferentes actores sociales del sistema de salud (entre proveedores, usuarios, organizaciones civiles y líderes comunitarios) MENCIONE EL PRINCIPAL EFECTO POSITIVO Y EL PRINCIPAL EFECTO NEGATIVO.
- 19 ¿Cuál es el conocimiento y opinión que usted tiene sobre la extensión de cobertura?
-SOBRE LA FACTIBILIDAD OPERATIVA Y FINANCIERA?
-SOBRE LA CAPACIDAD DE SU RECURSO HUMANO PARA RESOVER LOS PROBLEMAS DE SALUD MATERNA?



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS CONTRA LA MORTALIDAD MATERNA EN GUATEMALA

GUÍA- ENTREVISTA A USUARIOS, ORGANIZACIONES CIVILES, LÍDERES (COMUNITARIOS-ONG locales) ⁴ No. 4

No. _____

FICHA DE IDENTIFICACION

USUARIO _____ LIDER COMUNITARIO _____ LIDER DE ONG _____

ORGANIZACIÓN CIVIL _____

1. A partir de la descentralización qué conocimiento o idea tiene en materia de (dar información al respecto, en caso necesario):

CAMBIOS EN LA ATENCION MATERNA

DEMOCRATIZACION DE LA ATENCION

2. ¿La población o algunas ONG's han tenido algún rol en la discusión de los programas de salud en particular acerca de la atención materna y la mortalidad materna?
3. ¿Usted cree que en los últimos años los programas de atención materna resuelven mejor los problemas de mortalidad materna en las mujeres de la localidad?

⁴ Instrumentos para entrevistas individuales o grupales.

4. ¿Cuál es su opinión sobre la extensión de cobertura y el servicio del Centro o puesto de salud para la atención materna (dar información al respecto en caso necesario)?
 NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS
 MEDICACIÓN
 TRANSPORTE

5. ¿Qué opinión tiene de la redes de apoyo que se utilizan para resolver las urgencias de atención materna (hemorragia, parto prematuro, aborto, retención de placenta u otros)?
 PARENTESCO
 AUTORIDADES
 PROVEEDORES
 COMADRONAS

6. ¿Cuáles son los recursos que apoyan la atención materna?
 CAPACITACIÓN A LA MADRE
 TRANSPORTE (MEDIOS)
 RECURSO HUMANO

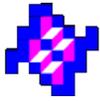
7. ¿Ha observado un cambio importante en la atención materna a partir de los nuevos planteamientos de participación social, particularmente por parte de algunas ONG's, los usuarios y/o líderes comunitarios?

8. Se han construido espacios de participación social donde interactúen proveedores de los servicios de salud con líderes comunitarios, ONG's, Organizaciones civiles y usuarios de los servicios de salud. ¿CUALES Y DESDE CUANDO?

9. Considera que los cambios en los últimos años en el sistema de salud en Guatemala han tenido efectos en las relaciones entre los diferentes actores sociales del sistema de salud para la atención materna (entre proveedores, usuarios, organizaciones civiles y líderes comunitarios) MENCIONE EL PRINCIPAL EFECTO POSITIVO Y EL PRINCIPAL EFECTO NEGATIVO.

10. ¿Cuál es el conocimiento y opinión que usted tiene sobre la extensión de cobertura y los servicios del Ministerio del Puesto de Salud o Centro de Salud RESPECTO A LOS SIGUIENTES PUNTOS?
 -QUE PORCENTAJE DE LOS USUARIOS CREE QUE LO ACEPTEN. ¿POR QUÉ?
 -TIENE ALGUN EFECTO EN EL NUMERO DE MUERTES MATERNAS. ¿POR QUÉ?

11. ¿Existe la auditoria social en cada una de las muertes maternas ocurridas?
 Si ___ No ___



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS CONTRA LA MORTALIDAD MATERNA EN GUATEMALA

GUÍA- OBSERVACIÓN No. 5

No. _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

MUNICIPIO _____ LOCALIDAD

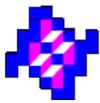
Sección A.

1. Participación social en salud en las autoridades locales municipal y departamental en los programas de atención materna.
2. Participación social en las redes sociales de atención materna.
3. Participación social en la comunidad de apoyo en la detección de riesgos obstétricos.
4. La vinculación de la participación comunitaria y autoridades locales con los servicios de salud en torno al acceso de la atención materna a partir de los programas contra la mortalidad materna.
5. Redes sociales formales y no formales que operan en torno a la atención materna.

Sección B.

6. ¿Si existe alguna diferencia en la participación social por la desigualdad en la distribución de ingresos y otras formas de poder que expliquen el nivel de cohesión e integración para la atención materna?
7. ¿Si la participación social tiene relación con el reconocimiento de los derechos frente a los servicios públicos o es subalterna a las formas verticales de los programas de atención materna?

8. ¿Cuáles es el estado de la difusión de la información de derechos ciudadanos y los mecanismos de control en la atención materna?
9. ¿Cómo se encuentran los mecanismos para ser incluyente en la toma de decisiones frente a la diversidad social y opinión de las minorías en la resolución de atención materna?
10. ¿Cuál es el estado de las políticas asistencialista o clientelistas que pueden afecta el desarrollo de las organizaciones sociales para apoyar los programas contra la mortalidad materna?



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS CONTRA LA MORTALIDAD MATERNA EN GUATEMALA

GUÍA- DOCUMENTAL No. 6

No. _____
FICHA DE IDENTIFICACIÓN
MUNICIPIO _____ LOCALIDAD _____
TIPO DE DOCUMENTO _____

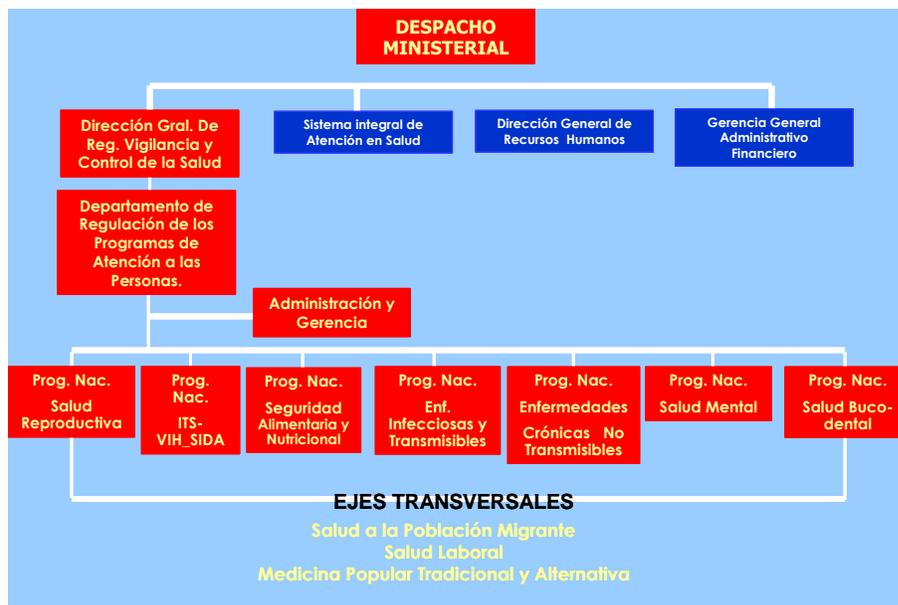
Temas a explorar:

1. Coordinación intersectorial para la atención materna y acciones específicas contra la mortalidad materna.
2. Rendición de cuentas, auditorías locales, medios sociales que permitan describir la transparencia de la ejecución del gasto en salud.
3. Producción de servicios de salud en la atención materna, memoria anual de la Dirección de Área del MSPAS e informes epidemiológicos.
4. Planes, programas, estrategias y acciones en el abatimiento de la mortalidad materna desde el año 1996.
5. Registro de mortalidad materna en los diferentes niveles del sistema integrado de información. (base de datos de la dirección de área, INE, Plataforma Social y Sistema de Información Gerencial en Salud –SIGSA-)

Otros

Datos sobre mortalidad materna en Guatemala.

Organigrama del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



Fuente: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala.

Tabla No. 1

Aspectos regulatorios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 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 ⁵ , 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". <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>	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.
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. ⁶	Tiene como misión: "Contribuir al mejoramiento de las condiciones sanitario ambientales que prevenga y mejore la calidad de la salud humana." ⁷ 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" ⁸
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

⁵ <http://www.google.com/search?hl=en&q=plan+de+salud+gobierno+de+guatemala> 02/10/2010

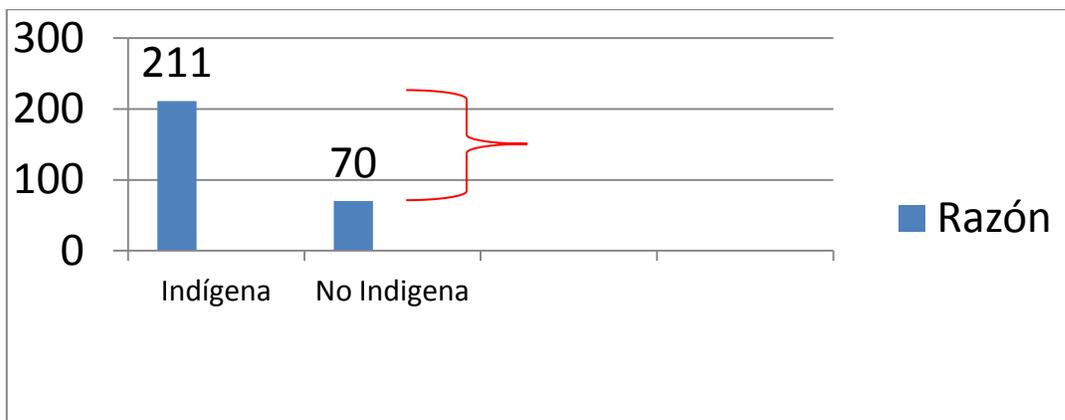
⁶ [http://portal.mspas.gob.gt/departamento de regulacion de los programas de salud y ambiente.html](http://portal.mspas.gob.gt/departamento+de+regulacion+de+los+programas+de+salud+y+ambiente.html) 02/10/2010

⁷ Ídem.

⁸ Ídem.

Gráfica No. 1

Mortalidad Materna por grupo étnico, Guatemala, Línea Basal Mortalidad Materna, 2000



Fuente: Elaboración propia datos de LBMM, Guatemala, 2000

Tabla No. 2

Mortalidad Materna por Lugar de Muerte, Guatemala, Línea Basal Mortalidad Materna, 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 No. 3

Mortalidad materna proporcional por causa, Guatemala, 2008

Causa Básica	No.	%
Retención de la Placenta y restos 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 de 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 de parto	8	3.0
Placenta previa con hemorragia	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 No. 4

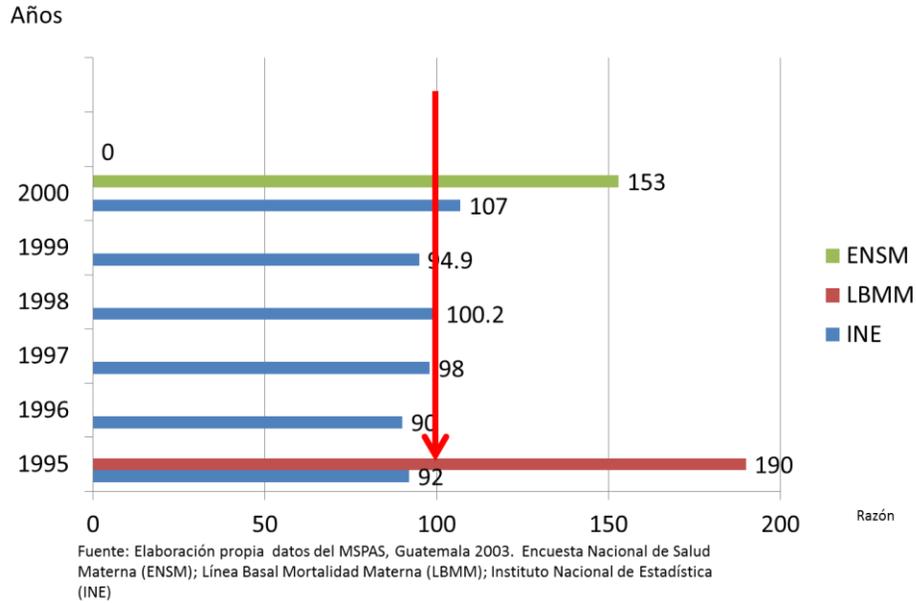
Mortalidad Materna en la Región de Centro América en diferentes periodos.

PAÍSES () año de la información	Mortalidad Tasa por 100.000 Nacidos Vivos	Materna 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

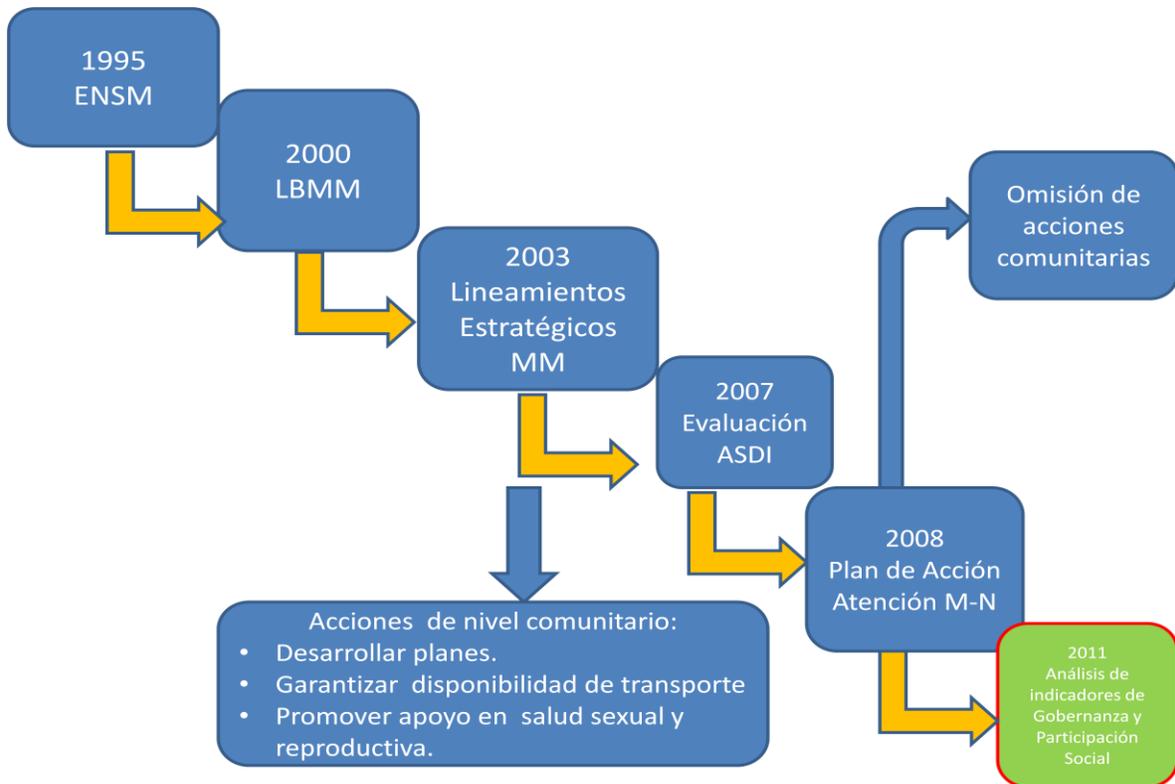
Fuente: http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menuprincipal/05_Preguntas/Temas/Respuesta/MORTmin.pdf 03/10/2010

Gráfica No. 2.

Evolución de la Razón Mortalidad Materna en Guatemala para el periodo de 1995-2000, de tres fuentes de datos.



Gráfica No. 3



Fuente: Elaboración propia.

Plan de Acción 2008

Propósito: 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.

- 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 AGOG según modelo de capacitación de acuerdo a la propuesta.

Fuente: http://new.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17&Itemid revisado el 02/10/2010

Acciones del sector salud sugeridas por agencias internacionales (World Bank, 2003; OPS, 1995)

Tabla No. 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 No. 6

Ultima actualización: enero 2008 (última información disponible) (2)
- AMERICA del SUR y MÉXICO

PAÍSES	Mortalidad Materna por 100.000 Nacidos Vivos	
	Razón	N 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:http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menuprincipal/05_Preguntas/Temas/Respuesta/MORTmin.pdf 03/10/210

Tabla No. 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:http://www.nacerlatinoamericano.org/_Archivos/_Menuprincipal/05_Preguntas/Temas/Respuesta/MORTmin.pdf 03/10/210