

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**LA NECESIDAD DE RECONOCER EL TRABAJO DE LAS COMADRONAS A
EFECTOS DE REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS EN LUGARES INHÓSPITOS
DE GUATEMALA, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 93 DE LA CONSTITUCIÓN
POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA**

EMIRS ZULEYMA FRANCO VÁSQUEZ

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2012

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES**

**LA NECESIDAD DE RECONOCER EL TRABAJO DE LAS COMADRONAS A
EFECTOS DE REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS EN LUGARES INHÓSPITOS
DE GUATEMALA, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 93 DE LA CONSTITUCIÓN
POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

EMIRS ZULEYMA FRANCO VÁSQUEZ

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

Guatemala, noviembre de 2012

HONORABLE JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DECANO: Lic. Avidán Ortiz Orellana
VOCAL II: Lic. Mario Ismael Aguilar Elizardi
VOCAL III: Lic. Luis Fernando López Díaz
VOCAL IV: Br. Modesto José Eduardo Salazar Dieguez
VOCAL V: Br. Pablo José Calderón Gálvez
SECRETARIA: Licda. Rosario Gil Pérez

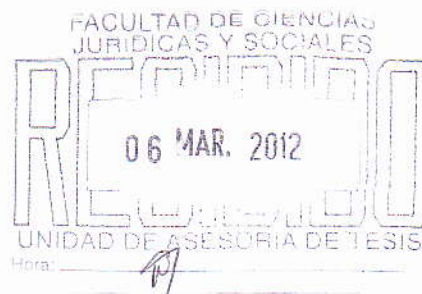
RAZÓN: “Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido de la tesis” (Artículo 43 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público).



PRIYA LOURDES CORONADO TURCIOS
ABOGADA Y NOTARIA COLEGIADA 9,327
BUFETE JURIDICO PROFESIONAL
16Av. 15-57 zona 6 col. Cipresales , ciudad de Guatemala

Guatemala, 05 de marzo de 2012

Licenciado
Luis Efraín Guzmán Morales
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente,



Licenciado Guzmán Morales:

El motivo de la presente es para informarle que dando cumplimiento a la resolución en la que fui nombrada como Asesora del trabajo de tesis de la estudiante **EMIRS ZULEYMA FRANCO VÁSQUEZ**, intitulado **"LA NECESIDAD DE RECONOCER EL TRABAJO DE LAS COMADRONAS A EFECTOS DE REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS EN LUGARES INHÓSPITOS DE GUATEMALA, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 93 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA"**, considero procedente dictaminar que el contenido, objetivo desarrollado, análisis, aportaciones y teorías sustentadas por el autor, ameritan ser calificadas de soporte importante y valedero al momento de la asesoría efectuada del presente trabajo de investigación de tesis.

El trabajo de tesis abarca un amplio contenido científico y técnico relacionado con la importancia que tiene el trabajo de las comadronas en Guatemala y sobre todo en el área rural. En la metodología manejada en la presente investigación, se utilizó el método deductivo e inductivo, analítico y sintético así como la técnica de las fichas bibliográficas, para una mejor comprensión de los temas tratados.

Se pudo concluir que la redacción del presente trabajo, cuenta con una serie de contenidos doctrinarios que son de vital importancia, así como los aportes propios de la estudiante, producto de la investigación que realizó para poder visualizar la problemática planteada en el tema investigado, la cual apunta a que en Guatemala existe un alto grado de discriminación en cuanto al trabajo que realizan las comadronas, el cual se refleja en la falta de relación y comunicación entre médicos y las mismas.

En base al presente trabajo de investigación, se logro determinar que es necesario que el Estado fomente el reconocimiento formal en cuanto a la labor que ejercen las comadronas, para garantizarles el respeto a su trabajo y brindarles el apoyo necesario para el desarrollo del mismo.

En cuanto al aporte científico dentro de la presente investigación, se estableció un amplio contenido, en relación al derecho de la salud y los efectos del mismo en cuanto a la mortalidad materno infantil, debido a la falta de reconocimiento del trabajo de las comadronas en Guatemala.

PRIYA LOURDES CORONADO TURCIOS
ABOGADA Y NOTARIA COLEGIADA 9,327
BUFETE JURIDICO PROFESIONAL
16 av. 15-57 zona 6 col. Cipresales, ciudad de Guatemala



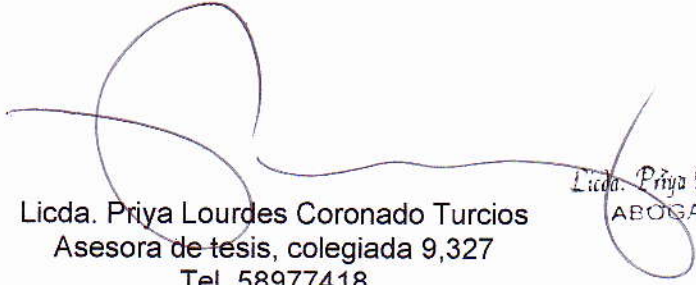
La estudiante apporto propuestas inclinadas desde el punto de vista documental descriptivo al hacer conclusiones y recomendaciones que son dignas de tomar en cuenta, manifestando la importancia en la elaboración del presente trabajo de tesis.

Considero que el contenido del trabajo de tesis se ajusta a los requerimientos científicos y técnicos que deben cumplirse de acuerdo con las normativa respectiva, la metodología y técnicas de investigación esgrimidas, la redacción, conclusiones y recomendaciones, así como las bibliografías utilizadas, son congruentes con los temas desarrollados dentro de la investigación.

Es por ello que al haberse cumplido con los requisitos establecidos en el artículo 32 del Normativo para Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen el cual literalmente dice así: "Tanto el asesor como el revisor de tesis, harán constar en los dictámenes correspondientes, su opinión al respecto del contenido científico y técnico de la tesis la metodología y técnicas de investigación, utilizadas, la redacción los cuadros estadísticos si fueren necesarios, la contribución científica de la misma, las conclusiones, las recomendaciones y la bibliografía utilizada, si aprueban o desaprueban el trabajo de investigación y otras consideraciones pertinentes.

En virtud de lo antes mencionado y en mi calidad de Asesora, resulta procedente emitir **DICTAMEN FAVORABLE**, en el sentido de que el trabajo de tesis de grado del autor amerita seguir su trámite de revisión hasta su total aprobación

Referentemente,


Licda. Priya Lourdes Coronado Turcios
Asesora de tesis, colegiada 9,327
Tel. 58977418

Licda. Priya Lourdes Coronado Turcios
ABOGADA Y NOTARIA



FACULTAD DE CIENCIAS
JURÍDICAS Y SOCIALES
Ciudad Universitaria, zona 12
GUATEMALA, C.A.



UNIDAD ASESORÍA DE TESIS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES.
Guatemala, 02 de julio de 2012.

Atentamente, pase al LICENCIADO OTTO RENÉ ARENAS HERNANDEZ, para que proceda a revisar el trabajo de tesis de la estudiante EMIRS ZULEYMA FRANCO VÁSQUEZ, intitulado: "LA NECESIDAD DE RECONOCER EL TRABAJO DE LAS COMADRONAS A EFECTOS DE REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS EN LUGARES INHÓSPITOS DE GUATEMALA, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 93 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA".

Me permito hacer de su conocimiento que está facultado para realizar las modificaciones de forma y fondo que tengan por objeto mejorar la investigación, asimismo, del título del trabajo de tesis. En el dictamen correspondiente deberá cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, el cual establece: "Tanto el asesor como el revisor de tesis, harán constar en los dictámenes correspondientes, su opinión respecto del contenido científico y técnico de la tesis, la metodología y técnicas de investigación utilizadas, la redacción, los cuadros estadísticos si fueren necesarios, la contribución científica de la misma, las conclusiones, las recomendaciones y la bibliografía utilizada, si aprueban o desaprueban el trabajo de investigación y otras consideraciones que estimen pertinentes".

DR. BONERGE AMILCAR MEJIA ORELLANA
JEFE DE LA UNIDAD ASESORÍA DE TESIS

cc.Unidad de Tesis
BAMO/iyr.





OTTO RENÉ ARENAS HERNÁNDEZ
ABOGADO Y NOTARIO
COLEGIADO
9na. Avenida 13-39, zona 1, Guatemala, Ciudad
TELÉFONO: 2238-4102

Guatemala 17 de julio de 2012

Doctor
Bonerge Amilcar Mejía Orellana
Coordinador de la Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente,

18 JUL 2012

Estimado Doctor:

En cumplimiento de la designación que me hiciera esa unidad de tesis en resolución de fecha dos de julio de dos mil doce, por la unidad de tesis, en donde se me nombra como Revisor del trabajo de tesis de la bachiller **EMIRS ZULEYMA FRANCO VÁSQUEZ** por lo que respetuosamente le informo lo siguiente:

a) La postulante presento el tema de investigación cuyo título es " **LA NECESIDAD DE RECONOCER EL TRABAJO DE LAS COMADRONAS A EFECTOS DE REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS EN LUGARES INHÓSPITOS DE GUATEMALA, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 93 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA,**" trabajó con un aporte científico y técnico al establecerse un amplio contenido en relación al derecho de reconocimiento a favor de la labor de las comadronas, siendo un tema con un texto actual ya que hace referencia a la controversia que surge entre médicos y comadronas y la labor de ambos.

b) La presente tesis fue elaborada de conformidad con la metodología y técnicas acordes al desarrollo de cada uno de los capítulos, conclusiones y recomendaciones así como en la introducción; por lo cual se utilizaron los siguientes métodos: Analítico, Sintético e Inductivo.



OTTO RENÉ ARENAS HERNÁNDEZ
ABOGADO Y NOTARIO
COLEGIADO
9na. Avenida 13-39, zona 1, Guatemala, Ciudad
TELÉFONO: 2238-4102

Así mismo se utilizó la técnica de ficha bibliográfica, ya que fue fundamental para establecer el origen histórico de la labor que desempeñan las comadronas.

c) Se puede establecer por lo expuesto en el contenido capitular, que el trabajo de tesis mantiene una adecuada redacción, lo que permite entender los elementos que analiza la sustentante, así también se manifiesta el uso adecuado de las reglas gramaticales de la Real Academia de la Lengua Española.

d) Del análisis practicado, he dictaminado que la contribución científica del trabajo es de suma importancia, ya que se presenta una problemática actual como lo es análisis jurídico de la labor de las comadronas y la importancia de que dicha labor sea reconocida.


e) Considero que las conclusiones y recomendaciones, estipuladas en el trabajo de investigación, son adecuadas, elaboradas de forma correspondiente, teniendo relación entre si y con el tema propuesto.

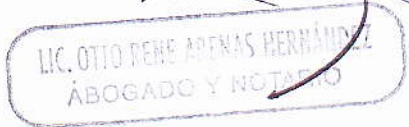
f) La bibliografía, en los cuales esta fundamentada en gran parte la investigación, son de autores de nivel académico reconocido y de gran experiencia, minuciosamente escogidos con el objeto de enriquecer la investigación.

En tal virtud, considero que el trabajo expuesto después de haber satisfecho todas las exigencias del suscrito revisor y de cumplir con los requisitos que establece el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura de Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público por lo que **APRUEBO** el trabajo de tesis intitulado "**LA NECESIDAD DE RECONOCER EL TRABAJO DE LAS COMADRONAS A EFECTOS DE REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS EN LUGARES INHÓSPITOS DE GUATEMALA, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 93 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA**" de la bachiller **EMIRS ZULEYMA FRANCO VÁSQUEZ**, por lo cual emito **DICTAMEN FAVORABLE**, para que el mismo continúe el respectivo trámite.

De manera muy respetuosa me suscribo de usted,

Atentamente,


Lic. Otto René Arenas Hernández
REVISOR
Col. 3,805


LIC. OTTO RENÉ ARENAS HERNÁNDEZ
ABOGADO Y NOTARIO



FACULTAD DE CIENCIAS
JURÍDICAS Y SOCIALES

Ciudad Universitaria, zona 12
GUATEMALA, C.A.



DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, 09 de octubre de 2012.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la impresión del trabajo de tesis de la estudiante EMIRS ZULEYMA FRANCO VÁSQUEZ, titulado LA NECESIDAD DE RECONOCER EL TRABAJO DE LAS COMADRONAS A EFECTOS DE REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS EN LUGARES INHÓSPITOS DE GUATEMALA, EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 93 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA. Artículos: 31, 33 y 34 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.

BAMO/iyr.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'BAMO/iyr.', written over a circular stamp.

Lic. Avidán Ortiz Orellana
DECANO

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Lic. Avidán Ortiz Orellana', written over a circular stamp.



Rosario





DEDICATORIA

- A DIOS:** Por ser mi todo y por tantas bendiciones.
- A MIS PADRES:** Estela Vásquez y Sergio Franco de quienes he recibido amor y buenos ejemplos y a quienes manifiesto mi profundo agradecimiento por todos sus sacrificios.
- A MI ESPOSO:** Ronal Paredes, por todo su amor y apoyo incondicional.
- A MIS HERMANOS:** Con cariño, por todos los momentos compartidos.
- A MIS ABUELOS:** Arturo Franco (QEPD), Rosita Sagastume, Gregorio Vásquez y especialmente a Clarita Morales (QEPD) quien fue una madre para mí y estuvo a mi lado en todo momento.
- A MIS TÍOS:** Por su apoyo y sus buenos ejemplos, especialmente a Cesar Franco por ser también mi amigo, y a Carmen Vásquez por su amor, tiempo y paciencia.



A MIS PRIMOS:

En especial a Lourdes, Fernando, Paola, July y Yuri, por ser también mis amigos y cómplices en la vida, y a Brenda Vásquez por su amor, consejos y apoyo incondicional.

A TODA MI FAMILIA:

Por su amor, su apoyo y por formar parte de mi vida.

A MIS AMIGOS:

Por su cariño, compañía y los momentos compartidos, especialmente a Carlos Orellana, Oswaldo Porras, Karla Paredes, Sonia Justiniano, Jessica Duarte, Esmeralda Mazariegos, Graciela Paredes y Oscar Díaz.

**A MIS COMPAÑEROS DE
LABORES:**

Beatriz Pimentel, Antonia Jolon, Mirian Valdez y Ottoniel Orozco, por su amistad y sus consejos. Licenciado Mauro Sigfrido Monterroso Xoy, por su paciencia, apoyo y excelente ejemplo.

A MI CASA DE ESTUDIOS:

Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC), por haberme abierto sus puertas y forjarme como la Profesional que soy.



ÍNDICE

	Pág.
Introducción.....	i

CAPÍTULO I

1. Aspectos generales del derecho a la salud.....	1
1.1 Definición de derecho a la salud.....	3
1.2 El derecho de salud en la normativa guatemalteca.....	8
1.3 La salud como política de Estado.....	13
1.3.1 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sus políticas y organización	13

CAPÍTULO II

2. El embarazo y parto.....	17
2.1 Definición de embarazo.....	17
2.2 Características generales.....	19
2.3 Etapas del embarazo	20
2.4 Signos presuntivos del embarazo.....	22
2.5 Signos de probabilidad.....	26
2.6 Signos de certeza de un embarazo.....	30
2.7 Embarazos de cuidado especial.....	31
2.8 Definición de parto.....	37
2.9 Tipos de parto.....	38
2.10 Etapas del parto.....	40

CAPÍTULO III

3. Las comadronas, su función social.....	45
3.1 Antecedentes históricos.....	46
3.2 Definición de comadrona.....	54
3.3 Funciones de las comadronas.....	55
3.4 Importancia de las comadronas.....	57

CAPÍTULO IV

4. Mortandad materna en Guatemala.....	59
4.1 Definición de mortandad maternal.....	59
4.2 Causas por las que se da la mortandad maternal.....	60
4.3 La mortandad materna en Guatemala.....	69

CAPÍTULO V

5. La necesidad de reconocer el trabajo de las comadronas a efectos de reducir las muertes maternas en lugares inhóspitos de Guatemala.....	71
5.1 Las comadronas en Guatemala.....	72
5.2 La problemática de ejercer como comadrona en Guatemala.....	74
5.3 El necesario reconocimiento y valoración del trabajo de comadrona.....	76

CONCLUSIONES.....	83
RECOMENDACIONES.....	85
BIBLIOGRAFÍA.....	87

INTRODUCCIÓN

El papel de la comadrona es de suma importancia en la vida de una mujer embarazada, especialmente en zonas pobres donde no existe atención hospitalaria; a lo largo del tiempo, las han tomado en cuenta, capacitándolas y reconociendo de alguna forma su labor.

Las parteras han sufrido discriminación, burlas, e incluso, ser culpadas de mortandad maternal, por parte del personal de salud del lugar en donde realizan su trabajo. Pero es de hacer notar que el trabajo que realiza una comadrona es muy importante, ya que existen regiones del país donde no existen servicios públicos de salud y, por otro lado, debido también a las culturas de muchos lugares del país, las mujeres no tienen la confianza para buscar los servicios de un médico y prefieren acudir con una partera.

Por lo que se debe hacer alusión al Artículo 93 de la Constitución Política de la República de Guatemala, en el sentido que indica que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

La hipótesis planteada en esta investigación fue: la necesidad de fomentar y reconocer la labor que desempeñan las comadronas, al mismo tiempo que laboren en armonía con la salud pública en pro de la salud materno infantil de las mujeres guatemaltecas.

Por lo descrito anteriormente se planteó como objetivo general: establecer la necesidad de reconocer el trabajo de las comadronas, a efecto de reducir las muertes maternas en lugares inhóspitos de Guatemala, en cumplimiento del Artículo 93 de la Constitución Política de la República de Guatemala. Asimismo, se determinaron como objetivos específicos: detectar mediante un análisis, el impacto social de las comadronas en el país, así como las funciones de estas personas en la sociedad guatemalteca.



Esta tesis está contenida en cinco capítulos: en el primero, se trata el tema del derecho a la salud, definiciones, aspectos generales, regulación en la normativa guatemalteca; en el segundo, se estudia el embarazo y parto, definiciones, etapas del embarazo y complicaciones que se pueden dar; en el tercero, se analiza el tema las comadronas, antecedentes históricos, funciones e importancia de su labor en la sociedad; en el cuarto, se hace una mención especial a la mortalidad materna, causas por las cuales se genera este problema, índices de mortalidad materna en Guatemala; y, en el último capítulo, se determina la necesidad de reconocer el trabajo de las comadronas a efecto de reducir las muertes maternas en lugares inhóspitos de Guatemala, en cumplimiento del Artículo 93 de la Constitución Política de la República de Guatemala.

Durante la realización de este informe, se empleó el método analítico para estudiar la doctrina aplicable al caso; así también el descriptivo, debido a que la investigación propuesta se basa en hechos actuales y directos, de la época, los que se describen y registrarán; el jurídico, en la interpretación de leyes que rigen un país determinado, en especial al tema propuesto. Asimismo, fueron de ayuda las técnicas de investigación, tales como: la bibliográfica y documental, que permitieron recopilar y seleccionar adecuadamente el material de referencia.

En consideración del trabajo efectuado a través de los diferentes métodos y técnicas anteriormente planteadas, se cumplió con el objetivo de establecer la importancia de la labor de las comadronas en la sociedad guatemalteca, esto por medio de diferentes investigaciones y datos que se recopilaron durante la realización de esta tesis.



CAPÍTULO I

1. Aspectos generales del derecho a la salud

Se ha considerado que el derecho a la salud reviste amplia importancia desde el punto de vista constitucional y que tiene amplia vinculación con el derecho a la vida; considerado el mismo como uno de los primeros derechos naturales de la persona humana, el cual es garantizado por la Constitución Política de la República de Guatemala. Artículo 3. Derecho a la vida: "El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona.

Así mismo es importante analizar que la Carta Magna en el Título II que regula lo relativo a los derechos humanos, ubica el derecho a la salud dentro de los mismos. Se entiende por derechos humanos el conjunto de derechos vinculados con la dignidad de la persona y reconocidos como legítimos por la comunidad internacional. Les corresponden en condiciones de igualdad a todos los seres humanos, por su propia naturaleza humana, desde la concepción en el seno materno, hasta el momento mismo de la muerte.

Los derechos humanos son inherentes a la persona, no nacen de una concesión de la sociedad política, sino que deben ser garantizados y consagrados por ésta. Se debe enfatizar que la salud es un derecho inherente a la persona humana, por ende es el rol fundamental del Estado, como promotor y gestor de las políticas, proteger la dignidad de la persona humana como eje central, asegurando el bienestar de todos sus habitantes.



– Aspectos generales

Dentro de los derechos humanos existen individuales y sociales, por lo cual una distinción clara entre los derechos individuales, como pueden ser los de libertad o propiedad, y los derechos sociales, radica en la actitud que asume el Estado frente a cada uno de ellos.

Respecto a los primeros, el Estado toma una postura meramente abstencionista, limitándose a vigilar que los mismos se ejerzan dentro de los límites previamente establecidos, mientras que en relación a los segundos, el Estado interviene activamente a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de satisfacer una necesidad pública.

Los derechos individuales como lo indica José Francisco Ruiz Massieu en su obra, son: “Los derechos individuales imponen al Estado una obligación de no hacer, es decir, le obligan a abstenerse de violarlos, en tanto que los derechos sociales conllevan obligaciones de hacer para el Estado; el Estado debe generar las condiciones necesarias para que el derecho social pueda ejercerse.”¹

Pues bien, en Guatemala el derecho a la protección de la salud se circunscribe dentro de esta rama del ordenamiento jurídico y, por tanto, impone al Estado la obligación de realizar a favor del titular de este derecho una serie de prestaciones, las cuales están destinadas a satisfacer una necesidad de índole individual, pero colectivamente considerada.

¹ Ruiz Massieu, José Francisco. **El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud**, pág. 71.

Se trata de un derecho que se revela frente al Estado, el cual asume el deber de proteger convenientemente la salud mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios que se consideran necesarios para acceder a ella.

El sentido de la intervención estatal en el ámbito de la salubridad, como en cualquier otro derecho social, no es otro que el de superar la desigualdad existente entre los miembros de una sociedad y que impide a muchos un tratamiento médico adecuado, entre otros aspectos que este derecho contiene.

El principio de igualdad entre los hombres, entendido como tratamiento en función a las capacidades de cada individuo, se concretiza en el derecho a la protección de la salud al garantizar el Estado la superación de las necesidades de cada persona mediante el mantenimiento y funcionamiento de los servicios necesarios para la atención de la salud. Así, el derecho constitucional a la protección de la salud, según Pedro Escribano es: "Aquel derecho que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva de éste dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto."²

1.1 Definición de derecho a la salud

– Definición de derecho

El autor guatemalteco Alvarado Polanco, define el Derecho como: "Sistema coactivo de normas generadoras de autorizaciones y deberes que tiene por objeto, ordenar

² Escribano Collado, Pedro. **El derecho a la salud**, pág. 44.

de cierto modo la conducta de los hombres, dentro de las relaciones sociales que establecen tendientes a la satisfacción de sus necesidades en una organización estatal determinada, con el fin de mantener dicha organización y lograr la realización de los intereses a ella inherentes.”³

El autor chileno Máximo Pacheco, manifiesta: “el derecho es la expresión de los principios de justicia que regulan las relaciones de las personas en sociedad y determinan las facultades y obligaciones que les corresponden, considerando las circunstancias histórico-sociales.”⁴

Existen tantas definiciones de lo que se debe entender por el término de derecho como autores, sin embargo en atención a lo que cada uno de ellos opinan, se puede definir el derecho como: Un conjunto de normas jurídicas impuestas por el Estado, que regulan la conducta externa del hombre en sociedad y que de no cumplirse voluntariamente con sus mandatos puede hacerse efectivo su cumplimiento por la fuerza.

– Definición de salud

La salud es definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

También puede definirse a la salud como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). La definición

³ López Mayorga, Leonel Armando. **Introducción al estudio del derecho**. Pág. 882.

⁴ *Ibid.* pág. 1.



de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “constituyó en su momento un trascendental avance de conceptos. En efecto, sustituyó a la varias veces milenaria idea de considerar la salud en términos de ausencia de las alteraciones orgánicas agrupadas bajo el término genérico de enfermedad y la reemplazó por la visión del bienestar tanto en el campo físico, es decir orgánico, como en dos complementarios cuya trascendencia se reconoció de modo explícito por primera vez: el de las funciones mentales y el de las relaciones con la sociedad”.⁵

Sin embargo, resulta evidente que la definición se centra en los individuos de la especie humana y solo es aplicable totalmente a ellos; concebida para el propósito específico de estimular actitudes y esfuerzos de las naciones en busca de mejores condiciones de vida para todos sus integrantes, cumplió muy bien la tarea de mostrar cómo eran de amplias y complejas las necesidades de todos los seres humanos pero en ningún caso tuvo la pretensión de abarcar a la totalidad de los seres vivos del planeta.

La definición parte del concepto de que la vida es indispensable para poder hablar de salud y que ésta es un estado, no una propiedad o condición de los entes en quienes se comprueba. Como estado que ocurre en entes vivos, participa de la complejidad de ellos y realiza sin cesar los cambios y ajustes acordes con los procesos vitales. La definición que la OMS muestra es la siguiente: “Salud es un estado vital, dinámico y complejo, caracterizado por el adecuado (homeostásico) funcionamiento interno y la relación plena y ordenada con el ambiente.”⁶

⁵ Organización Mundial de la Salud, **La salud**, www.ops.org.gt/infops/constitucio201a%20OMS.pdf, (09 de septiembre de 2011).

⁶ **Ibid.** www.ops.org.gt/infops/constitucio201a%20OMS.pdf.

Existen diversas definiciones de salud, en los siguientes párrafos se hace referencia a varias definiciones que provienen de investigadores prominentes en el campo de salud. Al final, se expondrá la definición personal de lo que significa salud.

En 1956, René Dubos expresó lo que para él significaba salud: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado."⁷ En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

"En 1959, Herbert L. Dunn describió a la salud de la siguiente manera: "Como un Alto nivel de bienestar:

- Un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz.
- Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado.

En 1960, Edward S. Rogers y en 1966 John Fodor Etal también incluyen el componente social al concepto de salud: Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte".⁸ Aquí se observa a la salud como en una escala continua, es decir la salud es dinámica y cambia según pasa el tiempo.

⁷ La Salud, **Concepto de salud**, <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>, (09 de septiembre de 2011).

⁸ **Ibid.** <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>.

Igualmente, en 1975 Milton Terris enfatizó en esta tercera dimensión social de la salud. Este define salud como: "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad."⁹

Una cuestión importante para el concepto de salud, según el anterior autor, es que la salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades. Esto significa que va más allá de lo físico.

En virtud de las diferentes definiciones, tanto de derecho como de salud, que se brindaron anteriormente, se puede definir este derecho como: El derecho a la salud obliga a los estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos.

El derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia, potable; condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada; una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo; un medio ambiente agradable y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.

⁹ Ibid. <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados tres tipos de obligaciones:

- Respetar. Exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.
- Proteger. Requiere adoptar medidas para impedir que terceros interfieran en el disfrute del derecho a la salud.
- Cumplir. Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud. El derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

1.2 El derecho de salud en la normativa guatemalteca

Existe diferente normativa legal vigente que regula el derecho a la salud en Guatemala, iniciando con la Constitución Política de la República, también existen instrumentos internacionales ratificados por Guatemala y por supuesto la legislación ordinaria del país.

En la Constitución Política de la República se reconoce universalmente que la salud depende de muchos factores que se encuentran relacionados directa o indirectamente, con cuestiones ambientales, culturales, condiciones del trabajo, la educación y la alimentación para mencionar lo más importante.

La Constitución Política de la República en la sección séptima del capítulo II, título II, reconoce: "La salud como un bien público y un derecho fundamental del ser



humano, sin ninguna discriminación y define la obligación del Estado para velar por la salud de todos los habitantes”. Esto se estipula en los Artículos 93 y 95.

El Artículo 94 de la Carta Magna establece: “Las instituciones del Estado deben desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social”.

Y en el mismo ordenamiento legal se indica que el Estado debe controlar la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquellos que puedan afectar la salud y bienestar de los habitantes.

Asimismo se indica en el Artículo 96 que “se debe velar por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud, y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas.” Con el objetivo de garantizar la salud de los habitantes, debe mantenerse el equilibrio ecológico y evitarse la contaminación del ambiente.

Este ordenamiento jurídico también reconoce la necesidad y el derecho de las comunidades a participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud.

Igualmente se reconoce que la alimentación y la nutrición se encuentran directamente vinculadas a la salud de las personas, por lo tanto, deben reunir los requisitos mínimos para el objetivo de generar y desarrollar una población saludable.



La existencia de un sistema alimentario nacional efectivo para los fines del mantenimiento y desarrollo de la salud, es responsabilidad del Estado.

– Regulación de la salud como principio fundamental en el Código de Salud

En virtud de que la Constitución Política de la República reconoce que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna y reconociendo asimismo que la salud de los habitantes de la nación es un bien público, el Decreto número 90-97 del Congreso de la República de Guatemala, Código de Salud hace referencia en el Artículo uno, del Libro I, el Derecho a la Salud. Artículo 1. "Todos los habitantes de la República tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud sin discriminación alguna."

La salud tiene la característica de ser por un lado un derecho en sí mismo y por el otro, ser condición habilitante para el ejercicio de otros derechos. En ningún otro derecho como en la salud se observa la interdependencia entre los derechos tan claramente como en éste, ya que a la vez, la salud depende de otros derechos.

Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud al que tienen derecho los habitantes de un Estado.



El Código de Salud en el Artículo dos define a la salud como un producto social resultante de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, las condiciones de vida de las poblaciones y la participación social, a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. El cual entro en vigor en Guatemala el 3 de enero de 1976. Guatemala es parte del presente instrumento y siendo el derecho a la salud el tema que me atañe se hace énfasis al Artículo 12 dentro del cual es regulado lo siguiente: "Artículo 12. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños.
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medioambiente.
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas.
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.



No siempre la salud fue considerada un derecho. El derecho a la salud aparece en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a pesar de los obstáculos que se enfrentaron para consagrar, se ha logrado consagrar la universalidad, interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos. Además que estos derechos son inderogables, no pueden restringirse o menoscabarse y son reclamables al Estado.

En Estados Unidos, país que ratificó sólo el Pacto de los Derechos Civiles y Políticos pero no ratificó el Pacto de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, la salud no es considerada un derecho sino un servicio, al que se accede si se tiene medios para ello. O sea, su disfrute queda librado a las posibilidades de cada ciudadano.

En cambio en Latinoamérica, la mayoría de los países asiáticos y la unión Europea, la salud es ahora, un derecho, el cual debe estar protegido por el Estado desde todos los puntos de vista de lo que integra una buena salud integral (física y psicológica especialmente).

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, el derecho a la salud está consagrado en numerosos instrumentos de derecho internacional.

La Declaración Universal de Derechos Humanos lo instaura en el Artículo 25 párrafo uno, cuando afirma que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que se asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios."



1.3 La salud como política de Estado

El Estado de Guatemala, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, formula las políticas relativas a la salud y hace cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa; las acciones de protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental de los habitantes del país ya la preservación higiénica del medio ambiente.

Debe efectuar la orientación y coordinación de la cooperación técnica y financiera en salud, velar por el cumplimiento de los tratados y convenios internacionales relacionados con la salud, en casos de emergencias por epidemias y desastres naturales.

Por lo mismo se presenta a continuación algunas políticas de Estado, formulando sus objetivos y estrategias a realizar.

1.3.1 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sus políticas y organización

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante denominado el Ministerio de Salud, de conformidad con lo que establece el Artículo dos del Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud, tiene a su cargo la rectoría del sector salud así como la administración de los recursos financieros que el Estado asigna para brindar la atención integral de la salud a la población aplicando para el efecto los principios de eficacia, eficiencia, equidad, solidaridad y subsidiaridad.

Además, tiene entre otras funciones velar por la salud, la asistencia social de todos los habitantes; por lo tanto debe desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementaria pertinentes, a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social a todos los habitantes de la República de Guatemala.

– Políticas de salud

Se mencionaran las políticas a tomar en cuenta por el Estado para cumplir el con el deber de garantizar el derecho a la salud, dentro de cada política existe un objetivo y una estrategia para el cumplimiento del mismo.

- a. Fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Objetivo: Que el Ministerio de Salud ejerza con efectividad la rectoría del sector salud a través de la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones que realizan las instituciones de salud a nivel nacional.

Estrategias: Aplicación del marco legal vigente para brindar acciones integrales de salud a la población guatemalteca; recuperación del proceso de modernización del sector salud para el mejoramiento gerencial y desarrollo de las redes de servicios; coordinación intra y extra sectorial para aumentar la eficiencia y eficacia del sector salud; coordinación de la cooperación técnica y financiera con organismos nacionales e internacionales, sobre la base de las prioridades, políticas, planes y modelo de atención en salud del país.



- b. Satisfacción de las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención. Objetivo: Mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca, priorizando acciones a los grupos de población de mayor riesgo.

Estrategias: Fortalecimiento del Sistema Integral de Atención en Salud; aumento de cobertura de atención a través de la optimización de la utilización de los servicios de salud existentes; apoyo, coordinación y control a entidades especializadas que reciben aportes financieros para la prestación de servicios especializados que el Ministerio de Salud no tiene capacidad de prestar; implementación del modelo de gestión de los hospitales basado en la producción; recuperación y fortalecimiento del programa de accesibilidad a medicamentos (PROAM).

- c. Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de competencias, responsabilidades, recursos y autoridades a las Áreas de Salud y Hospitales. Objetivo: Lograr que las áreas de salud y los hospitales, como unidades proveedoras de servicios de salud, asuman totalmente las responsabilidades, competencias, recursos, poder de decisión y capacidad institucional, en la gestión y administración de sus servicios.

Estrategia: Desarrollo, implementación y operacionalización de la política de desconcentración y descentralización del Ministerio de Salud.

- d. Adquisición y provisión de insumos en forma oportuna para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Objetivo: Que la población guatemalteca tenga acceso a insumos de calidad, tecnología apropiada y al mejor costo, para la prevención y control de los problemas de salud.

Estrategias: Aplicación de normas para la adquisición y provisión de insumo basados en el marco legal; fortalecimiento a los niveles operativos para la aplicación de las normas para la adquisición y provisión de insumos; evaluación permanente de la disponibilidad de insumos.

- e. Modernización del sistema de gestión administrativa y financiera del Ministerio de Salud como elemento básico de apoyo para la prestación de servicios. Objetivo: Gestionar y administrar en forma eficiente, eficaz y transparente los recursos financieros asignados, para disponer en los servicios de salud en forma oportuna y permanente insumos de calidad.

Estrategias: Restablecimiento y fortalecimiento de las gerencias administrativas-financieras; reingeniería de los procesos administrativos y financieros; desarrollo e implementación de un sistema de control de calidad del gasto; desarrollo de procesos de control interno y externo del Ministerio de Salud; establecimiento de un sistema de asignación de recursos financieros basado en resultados y producción de servicios.



CAPÍTULO II

2. El embarazo y parto

Este capítulo reviste de importancia por desarrollarse dentro del mismo los temas del embarazo y parto; siendo el trabajo sobre una problemática que surge durante estas etapas en la mujer al ser tratados por una partera, es importante conocer cómo se desarrolla la gestación.

Por lo cual se desarrolla a continuación los pasos y etapas tanto del embarazo como del parto.

2.1 Definición de embarazo

“Se denomina embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos”.¹⁰

¹⁰ Betltea, Doris C. *Enfermera materno infantil*, pág. 20.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico).

– Definición y tipos

En 2007 el Comité de aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de las mujeres de la federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO) definió al embarazo como: “La parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del

epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación”.¹¹

Se denomina embarazo ectópico o extrauterino al que se produce fuera del útero, por una implantación anómala del óvulo fecundado (habitualmente en alguna de las dos trompas de Falopio) y con mucha menos frecuencia en la cavidad peritoneal (embarazo abdominal) y otros sitios.

2.2 Características generales

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

“La embriología es la parte de la medicina que estudia el complejo proceso de desarrollo embrionario desde el momento de la fecundación hasta la formación del feto, que es como se denomina al organismo resultante de este desarrollo cuando aún no ha tenido lugar el parto.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello

¹¹ Rodríguez Santibañez, Yesikka Yaneth Monografías, el embarazo, <http://www.monografias.com/trabajos27/parto-embarazo/parto-embarazo.shtml>, (09 de septiembre de 2011).

del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento”.¹²

2.3 Etapas del embarazo

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto.

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores.

Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitorizado o diagnosticado.

¹² Astergard. Donald R. **Manual de gineco-obstetricia**, pág. 155.

El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, aproximadamente después de la semana 25, que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un parto prematuro, parto normal o cesárea.

– Fecha probable de parto

“Los cálculos para determinar la fecha probable del parto se realizan usando la fecha de la última menstruación o por correlaciones que estiman la edad gestacional mediante una ecografía. La mayoría de los nacimientos ocurren entre la semana 37 y 42 después del día de la última menstruación y solo el 5% de mujeres dan a luz el día exacto de la fecha probable de parto calculada por su profesional de salud.

Usando la fecha de la última menstruación, se le añade siete días y se le resta tres meses, dando la fecha probable de parto. Así, una fecha segura de última menstruación del 26 de noviembre de 2007, producirá una fecha probable de parto para el 3 de septiembre de 2008 -se usa el año siguiente al año de la última regla. Si la fecha de la última menstruación cae en los primeros dos meses, se mantiene el año en curso, en todos los demás meses, se usa el año subsiguiente. Así, una fecha segura de última menstruación del 12 de enero de 2008, produce una fecha probable de parto para el 19 de octubre de 2008 el año se mantiene”.



– Detección y fecha de fecundación

El principio del embarazo puede ser detectado de diferentes maneras, incluyendo varias pruebas de embarazo que detectan hormonas generadas por la placenta recién formada.

Pruebas clínicas de orina y de sangre detectan el embarazo desde los 6 a 10 días después de la concepción. Las pruebas de embarazo caseras son pruebas de orina personales, que normalmente no pueden detectar un embarazo sino hasta 12-15 días después de la fecundación. Ambos tipos de prueba solamente pueden detectar si la mujer está o no embarazada, pero no la fecha de inicio del embarazo.

2.4 Signos presuntivos del embarazo

Tal vez el primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares. Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son: la hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos). Esto se puede notar a partir del segundo al tercer mes de la concepción.

– Fatiga

Otro signo de sospecha del embarazo es el cansancio, caracterizada por astenia, debilidad y somnolencia. Aunque algunas mujeres sienten renovada energía, la mayoría confesarían sentir intensa fatiga. Algunas afirman quedarse dormidas a cualquier hora del día, a veces al poco de haber salido de la cama, y otras aseguran sentir tal somnolencia en la sobremesa. Otras sienten cansancio pronunciado al llegar la noche. Dicha fatiga es a menudo incontrolable y exige el sueño. Nunca se ha encontrado una explicación a este extraño deseo de dormir. “Es un síntoma frecuente en los primeros meses del embarazo y se cree que es un efecto de la elevada producción de progesterona. Esta hormona es un sedante para los seres humanos, con fuertes efectos tranquilizantes e hipnóticos. En las etapas posteriores se presenta otro tipo de fatiga debida simplemente a cansancio corporal, pero rara vez ocurre en el primer trimestre del embarazo”.¹³

– Interrupción de la menstruación

Al cabo de dos semanas de ocurrida la fecundación se notará la ausencia de menstruación. El cese de la menstruación en una mujer sana en edad reproductiva y sexualmente activa, que hasta entonces ha tenido un ciclo menstrual regular y predecibles, es un signo muy sugestivo del embarazo. Es un signo sospechoso del embarazo denominado amenorrea y no es exclusivo de la gestación. Además del embarazo son causas de la amenorrea una enfermedad física, algunas de cierta gravedad, tumores del ovario, trastornos de la glándula tiroides y muchos otros, un

¹³ *ibid*, pág. 159.

choque muy fuerte, anorexia, el efecto de un viaje en avión, una operación, estrés o la ansiedad pueden retrasar la menstruación.

“En ocasiones, después de la concepción, se observan uno o dos episodios de hemorragia uterina que simulan la menstruación y se confunden con ella. Es denominado signo de Long-Evans y es más frecuente en multiparas que en primigestas”.¹⁴

– Gustos y antojos

El cambio en el gusto y la preferencia por ciertos alimentos puede ser uno de los primeros signos. Es común el rechazo a ciertos alimentos, bebidas y olores como el humo de los cigarrillos. A menudo se describe un sabor metálico en la boca que hace variar el gusto por los alimentos. Se cree que los antojos se deben al aumento de los niveles hormonales; a veces se experimentan en la segunda mitad del ciclo menstrual por el mismo motivo. No satisfaga antojos con alimentos de alto contenido calórico, cuyo poder nutritivo sea bajo.

– Deseos frecuentes de orinar

A medida que se extiende el útero, oprime la vejiga. Por tanto, ésta trata de expulsar pequeñas cantidades de orina, y muchas mujeres sienten deseos frecuentes de orinar desde la primera semana tras la concepción; quizás se necesite ir al cuarto de baño cada hora. Esto también se debe al efecto de la progesterona, ya que es un

¹⁴ De Lee, Joseph B. **Principios y prácticas de obstetricia**, pág. 33.

potente relajante de músculo liso, (que es el músculo del cual está formado la vejiga, el útero y otros órganos) lo cual sirve para mantener al útero en reposo hasta el momento del parto. Salvo que sienta ardor o dolor al orinar, no es necesario que consulte al médico. Hacia las 12 semanas, el tamaño del útero aumentará, de modo que subirá y saldrá de la cavidad pelviana. Esto reducirá la presión sobre la vejiga y la frecuencia de la micción por lo que la vejiga se va hacia un lado”.¹⁵

– Cambios en las mamas

Ocurre congestión y turgencia en los senos debido al factor hormonal y la aparición del calostro. Puede aparecer en etapas precoces de la gestación por el aumento de la prolactina, entre otras hormonas. Las areolas se vuelven más sensibles e hiperpigmentadas.

– Manifestaciones cutáneas

“Existe una hiperpigmentación de ciertas áreas de la piel durante el embarazo. Aparecen también en algunas embarazadas estrías abdominales y a nivel de las mamas. En otras pacientes se nota la aparición de cloasmas a nivel de la piel de la cara. Estas hiperpigmentaciones pueden presentarse con uso de anticonceptivos orales y en enfermedades del colágeno, mientras que las estrías son también un signo en el síndrome de Cushing.”¹⁶

¹⁵ *Ibid*, pág. 37.

¹⁶ *Ibid*, pág. 40.

- Mucosa vaginal:

“Como consecuencia del aumento en la vascularización de la vagina y el cuello del útero durante el embarazo por el efecto vascularizante de la progesterona, se nota que la mucosa de estas estructuras se vuelve de un color violeta. A este cambio azulado de la mucosa vaginal y del cuello del útero se lo conoce como el signo de Chadwick – Jacquemier”.¹⁷

2.5 Signos de probabilidad

Son signos y síntomas fundamentalmente característicos del embarazo que aportan un alto nivel de probabilidad al diagnóstico del embarazo.

- Determinaciones hormonales

“La presencia de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) en el plasma materno y su excreción por la orina son la base de los estudios hormonales del embarazo. La producción de esta hormona por el sincitiotrofoblasto comienza muy temprano en el embarazo. Las pruebas sensibles pueden detectar a la hormona hCG en el plasma materno o en la orina 9 o 10 días después de la ovulación.⁹ Esta hormona es la base de la mayoría de las pruebas de embarazo, aunque pueden usar técnicas diferentes, como el radioinmunoensayo, anticuerpos monoclonales, inmunofluorescencia y las pruebas caseras que usan el principio de

¹⁷ Ibid, pág. 42.

hemaglutinación. Otras hormonas que aumentan con el embarazo incluyen a los estrógenos, en especial el estriol, y la progesterona”.¹⁸

– Tamaño abdominal

Por lo general, hacia las doce semanas de la gestación se hace posible palpar el útero por encima de la sínfisis púbica o monte de venus. Desde ese momento, el útero continúa aumentando gradualmente hasta el final del embarazo. El aumento del tamaño abdominal puede también deberse a otras causas que excluyen al embarazo, como son los miomas uterinos, tumores de ovario, ascitis, etc.

– Formas del útero

“Signo de Noble-Budin: A partir de las ocho semanas de la gestación la presión del producto de la gestación hace que se ocupen los fondos de saco que se forman en la unión de la vagina con los lados del cuello uterino.⁹ De modo que se percibe en el tacto vaginal, la forma redondeada y turgente del útero al explorar los lados profundos del cuello uterino.

Signo de Hegar: A partir de la sexta a octava semana del embarazo, durante el examen bimanual del útero se siente blando en exceso, pastoso y elástico, en especial el istmo del útero, en contraste con la dureza y firmeza del cuello uterino.

¹⁸ Astergard, Donald R. **Ob. Cit**, pág. 175.

Signo de Piskacek: Al realizar la exploración física del útero, en especial si la implantación del embrión ocurrió cercano a uno de los orificios de las trompas de Falopio, se percibe una asimetría con prominencia hacia el cuerno uterino que sostiene la implantación.¹⁰ Es un signo que puede observarse también con el uso de anticonceptivos orales.

Signo de Goodell: Relacionado con cambios del cuello uterino, el cual se vuelve blando con el embarazo a diferencia de su consistencia dura en estados no gestacionales.⁹ Se hace la analogía de sentir el cuello uterino como tocar los labios bucales, en vez de sentirlo normalmente como sería el tocarse la punta de la nariz”.¹⁹

– Contracciones de Braxton Hicks

“Después de la semana 17 de gestación, se perciben leves contracciones uterinas, endureciéndose por momentos con la finalidad de facilitar un mejor flujo sanguíneo hacia la placenta, el endometrio y el feto. Estas contracciones se caracterizan porque abarcan todo el útero, comenzando en la parte superior y extendiéndose gradualmente hacia abajo y tienden a ayudar a que el útero crezca”.²⁰ Se diferencian de las contracciones de parto porque suelen ser sin dolor e irregulares.

¹⁹ Ibid, pág. 178.

²⁰ Norman A. Beischer. **Obstetricia práctica**, pág. 54.

– Peloteo fetal

“Durante la segunda mitad del embarazo, entre el cuarto y quinto mes se puede palpar partes fetales a través del tacto vaginal. Cuando el examinador empuja levemente el fondo de saco que rodea al cuello uterino puede apreciar la separación del feto de su dedo y el regreso del mismo a su posición inicial en contacto con el dedo del examinador.

Es un signo que en raras ocasiones puede sentirse en tumores voluminosos del ovario concomitante con ascitis”.²¹

– Palpación del feto

Aproximadamente a partir del quinto mes del embarazo es posible para un examinador experimentado sentir las partes fetales a través de la pared abdominal materna, maniobra que es más exitosa hacia el término del embarazo. “Partes similares pueden ser palpables ante tumores intraabdominales, algunos miomas subserosos pueden, por ejemplo, llegar a tener el mismo tamaño y consistencia que la cabeza fetal, causando errores en el diagnóstico”.²²

²¹ *Ibid*, pág. 55.

²² *Ibid*, pág. 55.

2.6 Signos de certeza de un embarazo

Los signos positivos de certeza de un embarazo consisten en poder demostrar sin error la presencia de estructuras embrionarias mediante ultrasonido y otras imágenes radiológicas.

– Actividad cardíaca fetal

“La identificación de pulsaciones cardíacas fetales separadas y distintas de las de la madre asegura el diagnóstico del embarazo. Se puede auscultar la actividad cardíaca fetal con un estetoscopio o un fetoscopio especial o con una ecografía Doppler. El latido cardíaco fetal es rápido—entre 120 y 160 latidos por minuto—y puede ser identificado con exactitud a partir de la semana 19 y 20, excepto en mujeres obesas en las que se dificulta escuchar el foco fetal.⁸

– Rastreo ecográfico

En cualquier momento del embarazo, en especial en presencia de un feto maduro en la segunda mitad del embarazo, es posible demostrar por ecografía transabdominal bidimensional o tridimensional tanto sus partes anatómicas como el saco vitelino”.²³

²³ Astergard. Donald R. **Ob. Cit**, pág. 180.

- Factores de riesgo

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo:

- Antecedentes de preeclampsia o eclampsia.
- Consumo habitual de alcohol y tabaco después de las primeras semanas de embarazo.
- Edad menor a 14 años o mayor a 35 años.
- Embarazos múltiples.
- Enfermedades anteriores o durante el embarazo: anemia, alcoholismo, diversas cardiopatías, diabetes, hipertensión, obesidad, diversas enfermedades infecciosas, afecciones renales o trastornos mentales.
- Hemorragia durante la segunda mitad del embarazo en embarazo anterior.
- Hijos anteriores con alguna malformación.
- Intervalo entre embarazos inferior a 2 años.
- Peso corporal menor de 45 kg o mayor a 90 kg (varía de acuerdo a talla)
- Problemas en un embarazo previo.
- Talla menor a 140 cm.

2.7 Embarazos de cuidado especial

Hay embarazos que, por sus especiales circunstancias, requieren un cuidado y un seguimiento específico. En ellos pueden surgir complicaciones o problemas

imprevistos que deben ser atendidos pronta y profesionalmente para evitar colocar a la madre o al bebé en situación de riesgo.

– Embarazos en adolescentes

El 40% de mujeres en países en vías de desarrollo tiene un parto antes de cumplir 20 años. Muy pocos de estos embarazos son planeados o deseados por las adolescentes. Muchas de ellas son forzadas por las presiones sociales a tener matrimonios tempranos y embarazos tempranos, o son resultado de adolescentes a las que se les negó libre acceso a anticonceptivos. El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy probablemente desfavorable. Una razón es biomédica.

“La niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción cefalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente. Y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento. Otro tipo de consecuencias a largo plazo son las fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica”.²⁴

²⁴ Astergard, Donald R. **Ob. Cit**, pág. 181.

– Anemia

“El estado de anemia ya existente no es obstáculo para el embarazo: un 20% de las mujeres pueden estar algo anémicas antes de concebir. La forma más común de anemia se debe a la pérdida de sangre durante la menstruación, y es una anemia por deficiencia de hierro (cuando el nivel de hemoglobina es inferior a 12,8 g/100 ml de sangre)”.²⁵

Antes de concebir sería conveniente consultar al médico, quien podrá corregir fácilmente la anemia por deficiencia de hierro con un tratamiento específico. También podrá aumentar la ingestión de alimentos ricos en hierro.

– Hemorragia preparto

Antes de las 24 semanas, una hemorragia vaginal puede desembocar en aborto. Después, el feto se considera viable, es decir que podría sobrevivir fuera del útero materno. La hemorragia tras las 24 semanas se conoce como hemorragia preparto, y las dos causas principales proceden de la placenta.

– Desprendimiento de placenta

Si la placenta se desprende del útero, se producirá hemorragia. La sangre se acumula hasta derramarse por el cuello del útero, y va acompañado de dolor intenso y contracciones uterinas. “Se considera una urgencia obstétrica, ya que pone en

²⁵ Norman A. Beischer. *Ob. Cit*, pág. 100.

peligro la vida tanto de la madre como la del feto y solo en casos muy especiales no termina en cesárea de urgencia”²⁶.

– Placenta previa

Cuando la placenta está adherida a la parte inferior de la pared del útero, se denomina placenta previa. Si se encuentra total o parcialmente sobre el cuello uterino, puede resultar peligrosa durante el parto, al provocar hemorragia e interrumpir la circulación sanguínea del feto. El problema se detecta con ultrasonido. Si se produce hemorragia, la ingresarán en el hospital y el niño nacerá mediante cesárea.

– Diabetes

“Si la embarazada tiene diabetes mellitus debe asegurarse de tener bajo control su situación antes de quedarse embarazada, para que las posibilidades de tener un hijo sano y un parto normal sean lo más altas posibles. Es probable que necesite una mayor cantidad de insulina durante el embarazo por lo cual debe realizarse un seguimiento médico estricto, para el seguimiento del bienestar fetal, monitoreo de los niveles de glicemia y manejo dietético.

Hay mujeres a quienes se les diagnostica diabetes mellitus gestacional, un tipo de diabetes que se desarrolla sólo durante el embarazo y que suele desaparecer poco

²⁶ *Ibid*, pág. 100.

después del parto. Los riesgos de este tipo de diabetes son menores y raramente se precisa insulina; con reducir la ingesta de azúcar suele ser suficiente.

La complicación principal en los hijos de madres con diabetes gestacional es la macrosomía fetal (niños con peso mayor de 4 kilos).

– Embarazo ectópico

El embarazo ectópico se desarrolla fuera del útero, por lo general en una de las trompas de Falopio, pero puede ser también en los ovarios, en el cuello uterino, o en órganos intraabdominales. Puede provocar dolor abdominal por el crecimiento del embrión en la trompa o por una hemorragia abdominal interna. Desgraciadamente, es difícil diagnosticar un embarazo ectópico y todavía hay mujeres que mueren como consecuencia de ello. Hay una serie de condicionantes que favorecen el aumento de riesgo de padecer embarazos ectópicos. Entre ellos, una historia anterior de infección pélvica, el uso de un dispositivo intrauterino contraceptivo (aunque no la espiral de Mirena) y un embarazo ectópico previo. Las mujeres que reúnan alguno de los condicionantes referidos son controladas de inmediato en un centro maternal para asegurarse de que el desarrollo del embarazo es normal. El embarazo ectópico debe ser tratado mediante cirugía o con un fármaco. Las operaciones consisten en cirugía laparoscópica o abierta, dependiendo de las circunstancias y de las condiciones de la madre, y suelen conllevar la extirpación de la trompa afectada. Suelen causar una reducción de la fertilidad”.²⁷

²⁷ *Ibid*, pág. 103.

– Cambios fisiológicos durante el embarazo

La mujer embarazada se encuentra en un estado hipervolémico crónico. El volumen de agua corporal total se incrementa debido al aumento de la retención de sal y agua por los riñones. Esta mayor cantidad de agua ocasiona dilución de la sangre, lo que explicaría la anemia fisiológica propia del embarazo que persiste durante todo el embarazo.

El aumento del volumen sanguíneo causa un aumento en el gasto cardiaco, el volumen urinario y el peso materno. La acción de las ciertas prostaglandinas causa broncodilatación y aumento en la frecuencia respiratoria. A nivel renal se ve una leve disminución en la depuración de creatinina, y otros metabolitos.

El peso de la madre durante el embarazo aumenta a expensas del peso del feto, el peso del líquido amniótico, placenta y membranas ovulares, el incremento del tamaño del útero, la retención de líquidos maternos y el inevitable depósito de grasa en tejidos maternos. El metabolismo de la madre también incrementa durante el embarazo.

“La frecuencia cardíaca incrementa hasta un promedio de 90 latidos por minuto. La tensión arterial se mantiene constante o a menudo levemente disminuida. La resistencia venosa aumenta, en especial por debajo de la cintura gestante.

El corazón tiende a aumentar de tamaño, condición llamada hipertrofia ventricular especialmente izquierda y desaparece a las pocas semanas después del

alumbramiento. La presencia circulante de prostaglandinas causa vasodilatación en oposición a los vasoconstrictores fisiológicos angiotensina y noradrenalina, en especial porque la angiotensina II aumenta para mantener la presión arterial normal. La hipertensión y la aparición de edema son por lo general signos de alarma en el embarazo.

La tasa o índice de filtrado glomerular y la perfusión del riñón aumentan a expensas del aumento del gasto cardíaco y la vasodilatación renal. Ello causa un leve aumento de los valores de creatinina en sangre por disminución del aclaramiento de creatinina e igualmente de nitrógeno ureico. La disminución de la presión parcial de dióxido de carbono en la sangre materna causa un aumento en la excreción renal de bicarbonato”.²⁸

2.8 Definición de parto

Parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

“El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento

²⁸ *Ibid*, pág. 106.

de la placenta. Aunque el parto puede verse asistido con medicamentos como oxitócicos (la oxitocina sirve para provocar el parto ante la decisión de ciertos ginecólogos debido a cualquier prisa que surja o ante complicaciones de retraso grave de alumbramiento) y ciertos anestésicos y una posible episiotomía, todo esto no debe hacer nunca de manera rutinaria, el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente.

En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por una cesárea que es la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, en vez del parto vaginal”.²⁹

En la mayoría de casos el parto es un proceso natural que la mujer desarrolla con o sin apoyo de otras mujeres experimentadas, entre las que se encuentran las llamadas, comadronas o parteras,[cita requerida] o por profesionales del área de la salud como las matronas. La participación de médicos especialistas en obstetricia suele verse cuando aparece alguna complicación del embarazo o del parto (ya sea cesárea o el uso de fórceps).

2.9 Tipos de parto

Existen diversas modalidades por la que nace el bebé al final del término del embarazo, o en algunos casos, antes de las 40 semanas o 9 meses de gestación:

- Parto vaginal espontáneo

²⁹ S. Marien y J. Dana. *Guía de Embarazo*, pág. 15.

En el parto natural, el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, siguiendo las indicaciones del profesional de salud, con la asistencia de poca tecnología o ninguna y sin la ayuda de fármacos.

“En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico.

Se conoce con el nombre de posición de litotomía, ha sido usada durante años como rutina en el nacimiento. Sin embargo, es una posición controvertida, pues el parto puede ocurrir naturalmente en posición vertical, por ejemplo agachada, en el cual la gravedad ayuda a la salida natural del niño.

En la litotomía existe más probabilidad de descensos lentos, expulsivos prolongados, sufrimiento fetal y desgarros perineales maternos. Idealmente, el entorno de la madre en el momento del parto debería ser de tranquilidad, sin prisas, intimidad y confianza: luz suave, pocas personas y pertenecientes a su entorno íntimo, una posición cómoda elegida por ella, tal vez música o flores o aromas si a ella le gustan”.³⁰

También existe el parto en agua caliente, en el propio hogar, en hospitales o en centros privados.

³⁰ *Ibid*, pág. 23.

– Parto vaginal con fórceps

Ocasionalmente el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el fórceps o pinza obstétrica que prensa la cabeza del recién nacido con la finalidad de asirlo y jalar de él fuera del canal de parto. Se indica con poca frecuencia en ciertos partos difíciles.

– Parto abdominal

No todas las cesáreas son por indicación médica en casos de partos de alto riesgo, un porcentaje de ellos son electivos, cuando la madre elige por preferencia que su bebé no nazca vaginal

2.10 Etapas del parto

Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por la placenta, la madre o el feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino contribuyen al parto. Por lo tanto los efectos coordinados de todos estos factores son probablemente la causa de la aparición del trabajo del parto.

Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cervix) y la dilatación del cuello uterino. La fase activa del parto suele iniciarse a partir de los 4 centímetros de dilatación del cuello uterino.



– “Prodrómico o preparto

Es un periodo excluido del trabajo del parto el cual no tiene un inicio definido, comienza con la aparición progresiva de un conjunto de síntomas y signos que le servirán a la madre para darse cuenta que se aproxima el momento del parto, aunque no siempre en forma inmediata.

Este periodo puede durar hasta dos semanas y finaliza con la dilatación del útero. No todas las embarazadas perciben que están pasando por la etapa del preparto, por tanto, comienzan directamente con las contracciones rítmicas características del trabajo de parto.

Durante este periodo se produce un incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las contracciones, se expulsa a veces el tapón mucoso y se incrementan las molestias a nivel de la pelvis³¹.

– Dilatación:

El primer período del trabajo de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 segundos o más cada una y de una intensidad creciente.

³¹ Wikipedia, la enciclopedia libre, **El parto**, <http://es.wikipedia.org/wiki/Parto>, (09 de septiembre de 2011).

Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta una cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a este período como período de dilatación. La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 18 horas) La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino.

– Nacimiento o expulsión

También llamada período expulsivo o período de pujar y termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos.

En el período expulsivo o segundo período distinguimos dos fases: la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. Es deseable no forzar los pujos hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el normal desarrollo del parto.



– Alumbramiento

“Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos”.³² El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina.

“El desprendimiento de la placenta ocurre en dos posibles mecanismos. El primero el desprendimiento ocurre en el centro de la unión útero-placentaria, mecanismo conocido como mecanismo de Baudelocque-Schultze y por lo general son cerca del 95% de los casos.

Menos frecuente es cuando la placenta se desgarran inicialmente de los lados de la unión útero-placentaria, conocido como el mecanismo de Baudelocque-Duncan.

Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, las cuales ayudan a comprimir los vasos terminales del miometrio que pierden su utilidad después del parto, proceso que se conoce en obstetricia como las ligaduras vivas de Pinard”.³³

Para muchos autores en el alumbramiento termina el período del parto, pero otros consideran un cuarto periodo que sería el de recuperación inmediata y que finaliza dos horas después del alumbramiento. En este período denominado puerperio

³² **Ibid**, <http://es.wikipedia.org/wiki/Parto>.

³³ **Ibid**, <http://es.wikipedia.org/wiki/Parto>.

inmediato, la madre y el niño deben estar juntos para favorecer el inicio de la lactancia, la seguridad del niño y su tranquilidad.



CAPÍTULO III

3. Las comadronas, su función social

Una matrona o un matrón (el género masculino del término se incluirá en la vigésimo tercera edición del diccionario de la real academia Española es la persona que se encarga del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, de la asistencia al parto y seguimiento del postparto, así como también de la regulación de la fecundidad (métodos anticonceptivos).

Es un término derivado del latín que, a pesar de no tener forma masculina aceptada, es el más utilizado, y existen también los sinónimos comadrón/comadrona y partero/partera. Además de la asistencia a la mujer embarazada, son personas también capacitadas para prestar atención ginecológica a mujeres sanas (por ejemplo, en la realización de citologías), en la asesoría en planificación familiar y en la atención durante la menopausia.

Se trata de personal sanitario especializado en el seguimiento de los embarazos de bajo riesgo, la atención al parto y el cuidado de la embarazada durante el periodo de postparto. Apuestan por una asistencia no medicalizada, intentando que el parto sea lo más natural posible.

Aunque la formación de la matrona también comprende la asistencia al parto en determinadas situaciones anormales, como los partos de nalgas (utilizando siempre técnicas no invasivas), están capacitadas para reconocer aquellas situaciones de

riesgo donde es necesaria la intervención médica, siendo los gineco-obstetras los especialistas encargados de prestar la asistencia en tales situaciones.

La función de la matrona se complementa con la del obstetra, al cual son derivadas las mujeres que necesitan cuidados que están más allá del ámbito de actuación de los matrones. Aunque en muchos sistemas de salud ambos profesionales trabajan en colaboración, hay zonas del mundo donde las matronas tradicionales (renombradas como “asistentes tradicionales al parto” por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros grupos) son las únicas autorizadas para proveer cuidados a la mujer embarazada.

3.1 Antecedentes históricos

Debido a la importancia de su labor, se presupone que la mujer que ayuda a otra a dar a luz es una figura que ha existido desde los albores de la civilización humana.

En el Antiguo Egipto, la asistencia al parto estaba reconocida como una ocupación femenina, tal y como queda registrado en el papiro de Ebers, datado entre el 1900 y 1550 Antes de Cristo. Comprende cinco columnas de papiro que tratan sobre ginecología y obstetricia, hablando específicamente de la aceleración del parto y la realización de pronósticos sobre la supervivencia del recién nacido.

El papiro de Westcar, fechado en el 1700 A.C. incluye instrucciones para calcular la fecha prevista de alumbramiento, y describe distintos estilos de sillas de partos. Los

bajos relieves encontrados en las habitaciones reales en Luxor y otros templos, también atestiguan la importante presencia que la profesión tenía en la cultura egipcia. En la antigua cultura greco-romana, el oficio de matrona era desempeñado por un amplio número de mujeres, entre las que se incluían aquellas de edad avanzada que continuaban siguiendo la tradición médica popular en los poblados del Imperio romano, matronas entrenadas cuyo conocimiento emanaba de distintas fuentes, y mujeres con un alto grado de formación que eran consideradas médicos femeninos.

Tal y como describe el médico Soranus en el siglo II D.C. en su trabajo ginecología, una buena matrona tenía que aglutinar las siguientes características: culta, inteligente, poseedora de una buena memoria, amante de su trabajo, respetable y sin ninguna incapacidad que disminuya la percepción de sus sentidos hasta impedirle realizar su labor, con los miembros intactos, fuerte y, de acuerdo con algunos, con dedos largos y finos que acaben en una uña corta. Soranus también recomienda que la matrona muestre una actitud comprensiva (aunque no es necesario que haya dado a luz) y que mantenga sus manos suaves, con el fin de mejorar la comodidad de la madre y el hijo. Plinio, otro médico contemporáneo, valoraba la pertenencia a la nobleza así como la tranquilidad y la discreción en una matrona.

Es difícil encontrar en la antigüedad una mujer que poseyera esta combinación de psique, virtud, habilidad y formación, por lo que parece que en estos tiempos existían tres grados diferentes de matrona. El primero era aquellas mujeres que conocían la técnica; el segundo ampliaba su conocimiento con la lectura de algunos

textos sobre obstetricia y ginecología; pero el tercero era un profesional intensamente formado y considerado un especialista médico en la atención a la mujer.

Las matronas eran conocidas con diferentes nombres en la antigüedad, como iatrine, maia, obstetrix y médica. A raíz de los hallazgos encontrados, parece que la matrona fuera tratada de forma diferente en el Este del Mediterráneo que en el Oeste. En el este, algunas mujeres superaban la profesión de matrona (maia), siendo consideradas obstetras (iatros gynaikeios), necesitando para ello una formación oficial.

Así mismo, aunque en número reducido, existían algunos tratados ginecológicos escritos por mujeres de nombre griego que circulaban entre los círculos médicos. Ateniéndonos a estos hechos, las matronas en el este eran profesionales respetadas que podían vivir de forma independiente y con suficiente reconocimiento social como para publicar trabajos leídos y citados por médicos.

De hecho, el estudio de algunas reglamentaciones romanas sugiere que las matronas disfrutaban de estatus y remuneración comparable a la de los doctores masculinos. Un ejemplo de una matrona citada por médicos masculinos es Salpe de Lemnos, quien escribía sobre las enfermedades de la mujer y es mencionada en varias ocasiones en los trabajos de Plinio.

Sin embargo, en la parte oeste del Imperio romano, conocemos de la existencia de matronas principalmente de los epitafios funerarios. De los pequeños ejemplos

encontrados en estos epitafios, se han sugerido dos hipótesis. La primera es que la profesión de matrona no era ejercida por mujeres nacidas en el seno de familias libres durante varias generaciones. Por lo tanto, parece ser que la mayoría de las matronas eran de origen esclavo.

La segunda hipótesis es que, dado que la mayoría de los epitafios describen a las mujeres como manumitidas (esclavas liberadas), se puede presuponer que las matronas eran valoradas, obteniendo suficientes ingresos como para ganarse su liberación. No se ha podido averiguar cuáles eran los criterios por los que se seleccionaban las esclavas y se les formaba como matronas. Es posible que las esclavas fueran aprendices enseñadas por sus propias madres.

Los deberes reales de la matrona en la antigüedad consistían principalmente en la asistencia durante el parto, aunque también podían ayudar en otros problemas médicos relacionados con la mujer.

A veces, la matrona llamaba a un médico que colaboraba con ella si aparecían complicaciones; en la mayoría de los casos, traía dos o tres ayudantes. Matronas y médicos de la antigüedad creían que el parto era más sencillo para la mujer si éste se realizaba en posición sentada. Para esto, durante el parto, las matronas llevaban un taburete a la casa donde se iba a producir el alumbramiento.

En el asiento de la silla había un agujero con forma de luna creciente a través del cual el niño nacía. La silla también tenía unos reposabrazos a los que la parturiente se agarraba durante el alumbramiento. La mayoría de las sillas disponían de un

respaldo para que la madre empujara contra él, pero Soranus sugiere que, en determinados casos, las sillas no disponían del mismo, siendo una asistente la que se colocaba detrás de ella y la sujetaba.

La matrona se ponía enfrente de la paciente, dilatando suavemente y tirando del feto, mientras daba instrucciones a la madre sobre la forma de respirar y de empujar durante las contracciones y las asistentes ayudaban presionando el abdomen de la paciente.

Finalmente, la matrona recogía al recién nacido, lo envolvía en un trozo de tela, cortaba el cordón umbilical y lo limpiaba. Al bebé se le salpicaba con sal fina molida, natrón o aphonite, con la intención de secar los residuos del nacimiento, enjabonando seguidamente, volviendo a espolvorear y a enjabonar de nuevo. A continuación, la matrona limpiaba las secreciones de la nariz, la boca, las orejas y el ano.

Las matronas eran animadas por Soranus a poner un poco de aceite de oliva en los ojos del niño, con la intención de limpiarlos de residuos, y a colocar una pieza de lana humedecida con aceite de oliva sobre el cordón umbilical.

Después del parto, la matrona inspeccionaba al bebé para saber si estaba sano para ser criado. Se cercioraba de que no presentara ninguna deformidad congénita y comprobaba que su llanto era fuerte y sano. Finalmente, la matrona evaluaba las posibilidades de supervivencia del recién nacido, recomendando abandonarlo al aire libre si presentaba deformidades graves.

Un relieve en terracota del siglo II D.C. encontrado en la tumba de Scribonia Attice en Ostian, mujer del médico y cirujano M. Ulpius Amrimnu, muestra con detalle un parto. Scribonia era una matrona y el relieve la muestra realizando un parto, con la paciente sentada en la silla de partos, agarrándose a los reposabrazos y con una ayudante detrás. Scribonia aparece sentada en un taburete bajo, frente a la mujer y con mirada distraída mientras asiste el parto dilatando y masajeando el cérvix, tal y como aconseja Soranus.

Los servicios de una matrona eran caros; este hecho sugiere que las mujeres pobres que no podían pagar a una profesional, frecuentemente tenían que ser asistidas por las mujeres de su familia.

Muchas familias ricas tenían sus propias matronas. Sin embargo, la inmensa mayoría de las mujeres del mundo grecorromano recibían los cuidados de manos de matronas contratadas, ya fueran profesionales altamente cualificadas o poseedoras de los conocimientos básicos de obstetricia.

Asimismo, muchas familias tenían la oportunidad de elegir entre contratar a una matrona que practicara la medicina tradicional popular o los métodos modernos de asistencia. Como muchas otras cosas en la antigüedad, la calidad de los cuidados ginecológicos recibidos dependía en gran medida del estatus socioeconómico de la paciente.

Durante la era cristiana, las matronas en Europa se volvieron importantes para la Iglesia, debido a su rol en los bautismos de emergencia, y comenzaron a ser

reguladas por la Ley Canónica de la Iglesia Católica Romana. Durante el medievo, el parto era considerado tan arriesgado que la Iglesia pedía a las mujeres embarazadas que prepararan sus mortajas y confesaran sus pecados por si morían.

La Iglesia se refería al Génesis 3:16 como el origen del dolor durante el parto, donde el castigo impuesto a Eva por su desobediencia a Dios es multiplicaré los sufrimientos de tus embarazos; darás a luz a tus hijos con dolor. Sentirás atracción por tu marido, y él te dominará.

Un dicho medieval popular era: cuanto mejor es la bruja, mejor es la matrona. Para protegerse contra la brujería, la Iglesia exigía que las matronas recibieran una licencia del obispo y realizaran un juramento por el que rechazaban el uso de magia para ayudar a las mujeres a dar a luz.

Durante el siglo XVIII, la división entre cirujanos y matronas creció, como consecuencia de que los médicos empezaran a aseverar que sus procedimientos científicos modernos eran mejores para las madres y los niños que los tradicionales utilizados por las matronas.

Si este argumento era o no válido, se puede deducir de la entrada de Justine siegemund, renombrada matrona alemana del siglo 17, cuya Court Midwife (1690) fue el primer texto médico alemán realizado por una mujer. A finales del siglo XVIII en Inglaterra la mayoría de los bebés eran sacados por una matrona, pero a



comienzos del siguiente siglo, la mayoría de esos niños eran traídos al mundo por cirujanos.

Se ha escrito gran cantidad de estudios que tratan sobre este cambio histórico. Los científicos sociales alemanes Gunnar Heinsohn y Otto Steiger han postulado una teoría por la que la profesión de matrona se convirtió en objeto de persecución y represión por parte de las autoridades públicas, debido a que las matronas no poseían únicamente el conocimiento y la habilidad para asistir a la parturiente, sino que también se encargaban de la contracepción y el aborto.

De acuerdo con la teoría de Heinsohn y Stieger, el estado moderno persiguió a las matronas como brujas, en un esfuerzo de repoblar el continente europeo, el cual había sufrido una enorme pérdida de mano de obra como resultado de la peste bubónica (también conocida como la peste negra) que había barrido el continente en diferentes oleadas, empezando en 1348.

Ellos interpretan que las cazas de brujas enfocadas como ataque a las matronas y a su conocimiento sobre el control de la natalidad, teniendo un objetivo demográfico en mente.

De hecho, después de las cazas de brujas, el número de hijos por madre aumentó de forma significativa, dando nombre a lo que ha sido llamado como la explosión poblacional europea de la era moderna, generando una gran masa de personas jóvenes que permitieron a Europa colonizar grandes partes del resto del mundo.

3.2 Definición de comadrona

De acuerdo con la Confederación Internacional de Matronas (una definición que también ha sido adoptada por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), se define de la siguiente forma:

Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de obstetricia, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en obstetricia y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la obstetricia.

La matrona está reconocida como el profesional del control, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia.

La matrona participa activamente en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños.

Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.

Esta definición levanta controversias y no todo el mundo está de acuerdo con la exclusión de las matronas tradicionales, quienes son las únicas capaces de asistir a las mujeres durante el parto en los países en desarrollo. Básicamente desde un punto de vista la partera o también conocida como matrona y el o la Ginecoobstetra realizan el mismo trabajo con las diferencias de que la partera es más tradicional y la Ginecoobstetra esta más evolucionada y ésta esta preparada para cualquier complicación durante y después del parto

3.3 Funciones de las comadronas

La matrona comadrona en la asistencia especializada y hospitalaria es esencial para llevar a cabo un cuidado integral e individualizado de alta calidad, ya que es profesional formado específicamente para atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como la atención al recién nacido sano hasta el día 28 de vida, teniendo en cuenta las repercusiones tanto en el ámbito familiar como social.

- Funciones de las comadronas
- Asistenciales. Proporcionando los cuidados pertinentes e las soluciones de normalidad, detectando las posibles alteraciones y colaborando como miembro activo del equipo multidisciplinario.

- Educativa: ofreciendo una educación sanitaria a la mujer, familia y comunidad en lo referente a la salud sexual y reproductiva. Asimismo colaborar en las actividades docentes encaminadas a formar enfermeras, matronas y otros profesionales de la salud.

- Gestión y administrativa: realizadas en el ámbito de su especialidad para conseguir una adecuada organización de la atención y utilización de los recursos existentes.

- Investigadora: Desarrollando y colaborando en trabajos de investigación encaminados a la mejora de la actividad profesional para fomentar la salud individual. Familiar y de la comunidad

Objetivos:

La matrona en el desempeño de sus funciones proporcionara unos cuidados para:

- Planificar los cuidados.
- Favorecer un trato personalizado en el desarrollo del feto.
- Proporcionar una buena calidad asistencial en tdo el proceso de atención
- Fomentar y reforzar la coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria.
- Contribuir en todas las actividades de promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad.
- Impulsar la educación sanitaria.

- Proporcionar un acompañamiento integral de la matrona.
- Estimular siempre que sea posible la participación de los cuidados de la mujer y la familia.
- Propiciar el pensamiento crítico y la actitud reflexiva.

Todas las funciones que la matrona puede llevar a cabo, las realiza en los tres niveles de atención, primaria, especializada y hospitalaria.

3.4 Importancia de las comadronas

“Es importante la labor de la comadrona ya que:

- Proporciona una asistencia individualizada e integral a la mujer y familia, para lograr un embarazo a término en las mejores condiciones de salud para la mujer y el feto.
- Disminuir la angustia y ansiedad que pueda surgir en el proceso de hospitalización.
- Disminuir las complicaciones derivadas de los embarazos de alto riesgo por medio de la identificación de sus manifestaciones.
- Reconocer las situaciones de emergencia obstétrica o ginecológica para poder actuar con rapidez.”³⁴

³⁴ Artega, Diana, Nuria Ayestaran, Asociación Navarra de matronas. **Guía de objetivos, funciones y actividades de la matrona: asistencia hospitalaria.** Pág. 3-4.



“En medio de sus triunfos y fracasos, las comadronas son muy queridas. Las familias necesitan a este personaje porque es accesible habla el mismo idioma y, especialmente por ser mujer. Esto ultimo hace que los maridos no desconfien, como sucedía si un medico llegaba a examinar a la señora a su casa, pues el vecindario estaba atento para sacar sus conclusiones. Todavía hay reflejo de ello, porque cuando alguna promotora de la salud visita el área y no es de la localidad, las mujeres prefieren ocultarse porque creen que es un hombre quien las tendera. Probablemente esa sea otra razón por la cual ellas prefieren asistir a control cuando van hasta por el séptimo mes de embarazo”³⁵

³⁵ La misión de una comadrona. http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:_GEOL8NqIhMJ:www.usaid.gov/gt/docs/comadronas.pdf+comadronas+pdf&hl=es&gl=cl&pid=bl&srcid=ADGEESiNbJCR9ABG3IWLOK3PhAHAO8dypTgWOn89eAFQL1DIQTRvEvcenUMN6Gtc9TSIKiZw9m88Oe8KcWq9fNhAF9i4qNamXIOpQUwFRrULNvKKEZYi8FuEXEwyEcE80taZI3OU8ouH&sig=AHIEtbS07XItQsWy92cVGx5rFoRPjNT5IA. (Guatemala 15 de Agosto 2011).

CAPÍTULO IV

4. Mortalidad maternal

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.

Por lo general se hace una distinción entre muerte materna directa que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una causa de muerte indirecta que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan accidentales, incidentales o no-obstétricas.

4.1 Definición de mortalidad maternal

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como son el aborto provocado y las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer. El índice de muerte materna vinculado al aborto clandestino es más elevado que el de embarazos que llegan al parto. Se ha reportado además que cerca del 10% de las muertes maternas ocurren más allá que los 42 días del puerperio, por lo que algunas

definiciones se extienden más allá del puerperio tardío e incluyen hasta un año post-parto. Se reconoce que los datos recibidos de mortalidad materna son una importante minoría de los eventos reales, siendo que menos del 40% de los países miembros de la OMS reportan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna

4.2 Causas por las que se da la mortandad maternal

“A través de los estudios de la mortalidad materna, se ha logrado determinar que la mayoría de las muertes pueden prevenirse. Se estima que la principal causa sigue siendo hemorragia (retención placentaria), en un 53 por ciento. Estos síntomas se presentan durante las primeras 24 horas, por eso las acciones de atención deberían ser prontas.

La situación se hace mas compleja cuando no hay mas accesibilidad a los centros hospitalarios, se carece de transporte y el camino es toda una aventura.”³⁶

A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son:

- “Las hemorragias intensas (generalmente puerperales): Todas las mujeres pierden algo de sangre cuando la placenta se desprende del útero y se expulsa, e inmediatamente después. Y, en general, las mujeres a quienes se les practica una cesárea pierden más que aquellas que han dado a luz por parto normal. Pero como

³⁶ **Ibíd**, http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:,_GEOL8NqIhMJ.



la cantidad de sangre en el cuerpo aumenta alrededor de un 50 por ciento durante el embarazo, el cuerpo se encuentra bien preparado para compensar esta pérdida esperable.

El sangrado normal que se produce inmediatamente después del parto se debe principalmente a que quedan abiertos vasos sanguíneos en el útero, donde la placenta estaba adherida. Cuando la placenta comienza a desprenderse, estos vasos sangran dentro del útero. Después, cuando la placenta se expulsa, el útero generalmente sigue contrayéndose.

Sin embargo, desafortunadamente, algunas mujeres sangran demasiado después del parto y necesitan un tratamiento especial. Esta complicación se denomina hemorragia puerperal o posparto (HP) y ocurre hasta en el 5 por ciento de los partos. Es más probable que suceda mientras la placenta se está desprendiendo o poco tiempo después. Si se produce en los días o semanas posteriores al parto, se denomina HP tardía o retardada.

Existen varios factores que pueden provocar más sangrado después del parto o hacerlo difícil de controlar. La causa más común de hemorragia puerperal inmediata es simplemente que el útero está demasiado cansado como para contraerse bien, complicación que se denomina atonía uterina.

- Las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos): La septicemia es una infección grave y potencialmente mortal que empeora en forma muy rápida y que puede surgir de infecciones en todo el cuerpo, incluyendo infecciones en los

pulmones, el abdomen y las vías urinarias. Puede aparecer antes o al mismo tiempo de infecciones óseas (osteomielitis), del sistema nervioso central (meningitis), corazón (endocarditis) u otros tejidos.

- Los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia): Es la presencia de crisis epilépticas (convulsiones) en una mujer embarazada que no tienen relación con una afección cerebral preexistente.
- Parto obstruido: Las distocias o el trabajo de parto obstruido, también llamado parto difícil, se presenta porque las fuerzas impulsoras del feto son ineficientes, por una anomalía en la estructura del canal del parto, o porque el feto presenta un tamaño excesivo o una presentación defectuosa.³⁷

Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares.

Las principales razones por la que las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, incluyen el costo, temor, el mal trato recibido, el tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano.

³⁷ Méndez Gallo Omar Armando, Joaquín Guillermo Gómez Dávila, Liliana Isabel Gallego Vélez. **Otras muertes maternas directas**. Pág. 209.

En 2006, sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes de partería cualificados. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica.

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que con más fidelidad expresa la iniquidad y la exclusión social. Más de medio millón de muertes maternas se producen anualmente en el mundo. El 99% sucede en los países en desarrollo. Vivir en condiciones de pobreza limita a las mujeres el acceso a los recursos económicos, sociales y a la educación básica. De ese modo, disminuye su capacidad de tomar decisiones informadas en salud y nutrición. La mortalidad materna expresa, además, la iniquidad de género para la toma de decisiones, para los derechos fundamentales y los servicios sociales.

La mortalidad materna afecta principalmente a las mujeres pobres, excluidas de los servicios de educación y salud, quienes carecen de poder para decidir aún en el seno de sus propias familias. Detrás de estas muertes se agazapa la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres.

Pero no sólo expresa la pobreza, es también causa de la misma. En por lo menos la cuarta parte de hogares con varones como jefes de familia, las mujeres aportan con más de la mitad de los ingresos. La muerte de esa mujer profundiza la pobreza familiar. Es aún peor cuando la mujer que muere es cabeza de familia.



El costo social de la mortalidad materna se expresa en la consecuente desorganización familiar. Los niños ven incrementarse el riesgo del abandono, con sus consecuencias de desnutrición y deficiente educación. Los niños de un hogar que pierde a su madre se profundizan en el círculo vicioso de la pobreza. Más aun, se ha descrito que sólo uno de cada diez recién nacidos que perdieron a su madre alcanza a cumplir su primer año.

Durante las dos últimas décadas hemos sido testigos de una significativa reducción de la mortalidad infantil, principalmente por la disponibilidad y uso masivo de tecnologías de bajo costo y complejidad, como las vacunas y la terapia de rehidratación oral. Para el caso de la mortalidad materna, aún no existen tecnologías comparables.

Para reducirla, es preciso que existan servicios de salud que oferten cuidados obstétricos esenciales de calidad y que éstos sean utilizados por las gestantes. Para que se produzca el uso de servicios se requiere de vías de comunicación modernas, medios de transporte, usuarias educadas y con autodeterminación para optar por los servicios de salud, especialmente al momento del parto. Los establecimientos de salud deben organizarse y ofertar servicios culturalmente aceptables para el grupo étnico específico al cual sirven. Además, estos servicios deben estar adecuadamente financiados, evitando la exclusión de los más pobres.

En suma, se requiere de desarrollo social y humano. La mortalidad materna está siendo crecientemente considerada como el más importante indicador de desarrollo



en sustitución de indicadores económicos, un indicador muy sensible del progreso de los pueblos.

¿Cuál es el misterio de las complicaciones que matan a las mujeres gestantes? Ninguno. Estas complicaciones son conocidas desde hace mucho tiempo y, sorprendentemente, su distribución es bastante parecida entre países desarrollados y aquellos en desarrollo.

La hemorragia, la sepsis, el aborto complicado y el parto obstruido constituyen 90% de las causas directas de las muertes maternas. Esto no ha cambiado desde que se iniciara la recopilación de información y análisis de este problema, hace más de treinta años. Entonces, cabe preguntarse por qué no logramos reducir significativamente la razón de mortalidad materna, a pesar que conocemos las causas clínicas, comprendemos la epidemiología del problema, contamos con las herramientas tecnicoclínicas para resolverlo y se ha implementado diversas iniciativas para conseguirlo.

La ausencia de resultados positivos en esta guerra por hacer de la maternidad un evento voluntario, saludable y seguro no puede ser atribuida a errores circunstanciales, a gestiones transitorias, a iniciativas erróneas de corto plazo, ni a problemas circunscritos a determinadas regiones del país. Décadas de ausencia de resultados positivos hablan de más de cincuenta mil mujeres muertas y del consiguiente fracaso y frustración de varias generaciones de profesionales y funcionarios, en los niveles locales, regionales y nacionales.



Los países desarrollados han reducido sensiblemente la mortalidad materna, principalmente porque hoy en día se cuenta con el conocimiento y la tecnología capaces de lograrlo. La enorme diferencia en la mortalidad materna entre los países desarrollados y aquellos en desarrollo, se explica principalmente por las diferencias de acceso a servicios de salud, capaces de ofertar cuidados obstétricos esenciales de calidad. Este mismo razonamiento nos permite explicar las diferencias observadas dentro de los países en desarrollo, entre zonas urbanas y rurales, y entre ricos y pobres.

Es preciso comprender el mecanismo por el cual el desarrollo social favorece el logro de un objetivo sanitario. Para el efecto, puede postularse al menos tres modelos:

a) El comportamiento como prevención. Se crea la infraestructura que, sumada a cambios en la distribución del poder y una mejor educación de la población, respalda cambios de comportamiento que conducen directamente a evitar un daño. Por ejemplo, el consumo de agua potable evita infecciones intestinales, lo que a su vez reduce la mortalidad por las mismas.

b) La intervención sanitaria como prevención. Se pone a disposición de la población recursos sanitarios que, sumados a cambios en la distribución del poder y una mejor educación de la población, son intensamente utilizados y, en consecuencia, se previene el daño. Por ejemplo, la administración de vacunas previene la ocurrencia de enfermedades inmunoprevisibles y así se reduce la mortalidad por esta causa.



c) La intervención sanitaria como reparación. Se pone a disposición de la población recursos sanitarios que, sumados a cambios en la distribución del poder y una mejor educación de la población, son intensamente utilizados, y entonces reparan el daño ya existente. Por ejemplo, la extracción manual de placenta o la histerectomía controlan la hemorragia y así se reduce la mortalidad materna.

Para reducir la mortalidad materna tenemos a nuestra disposición conocimiento y tecnología, que nos permiten organizar intervenciones sanitarias, tanto para prevenir como para curar el daño.

La intervención preventiva por excelencia es la planificación familiar. La primera condición para que ocurra una muerte materna es que la mujer esté gestando. Para mujeres portadoras de antecedentes obstétricos de riesgo, el acceso y uso con consentimiento informado de métodos anticonceptivos elegidos por ellas puede ser la diferencia entre la vida y la muerte. La planificación familiar es también la mejor opción en el caso de mujeres, particularmente adolescentes sexualmente activas, quienes por el momento no desean gestar.

Una gestación no deseada es una invitación al aborto. Dado que éste está penalizado, muchas veces se ofrece en condiciones de clandestinidad e insalubridad, siendo la puerta hacia el oscuro y triste final de una vida. Hoy en día, mujeres víctimas de una cobarde violación pueden optar por la anticoncepción oral de emergencia dentro de las 72 horas posteriores a la violación, antes que recurrir al aborto. La planificación familiar salva vidas.



Una forma indirecta de comprobar el efecto de la planificación familiar sobre la mortalidad es analizar la razón de mortalidad materna reportada por lo que se puede expresar de dos maneras:

- a) Utilizando como denominador a la población de recién nacidos vivos. Permite una aproximación al número de gestantes; por tanto, se considera como población expuesta al riesgo a quienes ya se encuentran gestando. De esa manera, esta razón mide la efectividad de las intervenciones obstétricas.
- b) Utilizando como denominador a la población de mujeres en edad fértil. En este caso, a la población de gestantes se agrega aquella de mujeres en edad fértil que no se encuentran gestando. Esta razón mide tanto la efectividad de las intervenciones obstétricas como aquella de las intervenciones de planificación familiar.

En el caso de las complicaciones de la gestación, parto y puerperio, el desarrollo social no las previene. Su efecto es mediado por la existencia y uso de servicios de salud que oferten cuidados obstétricos esenciales de calidad. Mujeres con elevados ingresos económicos, buena nutrición y educación no tienen garantizada ni la ausencia de complicaciones durante la gestación y el parto, ni una solución de las mismas.

Esto fue comprobado por un estudio en los Estados Unidos, en 1983, en el cual se registró una razón de mortalidad materna de 872 por 100 000 nacidos vivos en



mujeres de posición social elevada, en una comunidad musulmana fundamentalista que no aprobaba la atención obstétrica ni la asistencia médica moderna.

Cobra plena vigencia las conclusiones de un reporte de la Organización Panamericana de la Salud, las que sostuvieron que la mortalidad materna guarda una relación directa con la tasa global de fecundidad, y una relación inversa con la prevalencia de uso de anticonceptivos, la cobertura de atención prenatal y la cobertura de atención institucional del parto.

4.3 La mortandad materna en Guatemala

“La mortalidad materna es un indicador del daño extremo que algunas mujeres sufren durante la etapa reproductiva de sus vidas, la baja disponibilidad y baja calidad de los servicios de salud, las malas condiciones sociales, la desnutrición y las consecuencias de la marginalización de la posición social de las mujeres. Estas mujeres mueren, por lo general, en sus casas, y tienen poco acceso a una atención de salud debidamente capacitada.

La mortalidad materna afecta a las mujeres de todos los estratos sociales y económicos, pero un número desproporcionadamente alto de las mujeres afectadas por esta cuestión viven en la pobreza, tienen poca educación y habitan en regiones rurales.



En Guatemala, la mayor parte de las muertes maternas ocurren entre mujeres indígenas que tienen poca educación, mujeres que trabajan en sus casas, y mujeres que tienen dos o más hijos.³⁸

En Guatemala se estima que el 57 por ciento de los partos se llevan a cabo en casa particulares, atendidos por la comadrona, o por una familiar y, en algunos casos, sin la ayuda de nadie. El 43 por ciento restante son resueltos por médicos, en centros de salud y hospitales.

Se ha demostrado que con pocos conocimientos e insumos las comadronas han logrado atender la demanda de mujeres en diversas comunidades. Por sus servicios algunas entre 100 y 400, otras reciben como pago una gallina o un sincero agradecimiento.

Las comunidades que cuentan con los índices más altos de mortalidad materna y neonatal son Alta Verapaz, Sololá, Huehuetenango, Izabal, Totonicapán, Quiché, y Peten.

³⁸ Franco de Méndez, Nanci. **Mortalidad materna en Guatemala: una tragedia evitable.** <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/18/index.htm>. (Guatemala, 17 de julio 2011).

CAPÍTULO V

5. La necesidad de reconocer el trabajo de las comadronas a efectos de reducir las muertes maternas en lugares inhóspitos de Guatemala

En el área rural las mujeres prefieren dar a luz en su casa bajo el cuidado de comadronas antes que hacerlo en el puesto médico local, el parto se basa en la relación entre la embarazada, su familia y la comadrona.

Las comadronas legas y los miembros de la familia no están capacitados para indicar la remisión de una paciente a un servicio determinado. Sin embargo, las dificultades son mucho más complejas y van más allá de la imposibilidad de adquirir la información y los conocimientos necesarios.

El problema no se circunscribe a diferencias de conducta, sino a que en un grupo étnico el parto es un suceso social a la vez que biológico. El conocimiento está anclado a un sistema social mucho más amplio.

En tales condiciones, las decisiones que se toman cuando hay una emergencia durante el parto no dependen de creencias estáticas o de determinada información, sino de negociaciones entre los participantes.

Estas negociaciones no se limitan a la evaluación de la información biológica disponible, sino que están dirigidas a lograr el mayor beneficio para cada uno de los actores involucrados, es decir, para la futura madre, sus familiares y la comadrona.



Por consiguiente es un error pensar que las creencias culturales son una fuerza estática que actúa para lograr determinados resultados.

Considerando lo anterior el papel de la comadrona es de suma importancia en la vida de una mujer embarazada, especialmente en zonas pobres donde no existe atención hospitalaria; a lo largo del tiempo, las han tomando en cuenta, capacitándolas y reconociendo de alguna forma su labor.

Pero a pesar de lo anterior indicado todavía existen varios casos en donde las parteras sufren de discriminación, burlas e incluso ser culpadas de mortandad maternal, por parte del personal de salud del lugar en donde realizan su trabajo. Por lo que haciendo alusión al Artículo 93 de la Constitución Política de la República de Guatemala el cual indica que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna, es necesario que esos roces entre comadronas y médicos, vayan mejorando e incluso haciendo cada día mas esporádicos a efecto de generar un mejor trabajo en pro de la salud de las mujeres embarazadas del país.

5.1 Las comadronas en Guatemala

“Las matronas tuvieron un papel como transmisoras de saberes técnicos sobre el parto que ha sido ignorado por la historiografía obstétrica y profesional. A través de fuentes de archivo, legislativas, prensa profesional y libros sobre partos (entre ellos el primero de autoría femenina publicado en España), se estudian los cambios en la formación académica de las matronas a lo largo del siglo XIX y las iniciativas docentes que varias de ellas protagonizaron a partir de 1870. Se recuperan voces de

matronas que escribieron para formar a otras y se analizan sus ideas sobre la mujer, la profesión y la ciencia obstétrica, así como las alianzas que establecieron con profesionales médicos para poder llevar a cabo sus objetivos.”³⁹

“En general, las matronas escritoras utilizaron como estrategia de autorización el recurso a la excepcionalidad de su saber, defendiendo que su técnica no se basaba en un periodo de aprendizaje, sino en una habilidad o "gracia" divina sobre la que se asentaba su experiencia.”⁴⁰

“Las comunidades rurales aprecian y respetan a la comadrona y la contribución que ellas hacen todos los días a la salud de las mujeres y bebés en Guatemala. La incluyen como socia del mismo nivel de ellos y la aceptan como parte integral del sistema de salud. Fomentan y facilitan la comunicación, el trabajo y las referencias que efectúan las comadronas en su trabajo diario.

Estas instituciones y personal de salud se han convertido en un apoyo y facilitador esencial para que el resultado del trabajo de la comadrona pueda ser óptimo. Todos trabajan para un mismo objetivo: mejorar la salud de las mujeres y los bebés.

Su singular rol en la sociedad maya y ladina en el área rural y urbana de Guatemala es poco conocido y sobre todo muy mal entendido. Los mitos, sesgos y falacias

³⁹ Ortiz Gómez Teresa. **Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del S. XIX.** Pág. 54.

⁴⁰ Ortiz Gómez, Teresa: **La educación de las matronas en la Europa moderna.** Pág. 170.

sobre su trabajo son innumerables y están firmemente enraizados en el personal profesional de salud y en las personas que no las conocen.”⁴¹

“La comadrona tradicional o empírica, se caracteriza por ser una líder que es respetada y valorada en sus comunidades por el servicio que presta para la salud de las mujeres embarazadas y niños que atiende. En regiones como la Noroccidental del país aun su trabajo es determinado por su día de nacimiento en el calendario maya. Deberá ser preparada para este trabajo, así como por revelaciones o sueños que son consultados a los sacerdotes mayas, quienes les orientan para recibir los conocimientos necesarios. En otras regiones del país este trabajo es heredado de abuelas, madres y nietas.”⁴²

5.2 La problemática de ejercer como comadrona en Guatemala

Antes de abordar este tema es necesario establecer porque algunas comunidades prefieren a las comadronas, por lo cual se procede la siguiente manera:

- a. La confianza y paciencia por parte de la comadrona no así con los empleados de un hospital.
- b. Para ir a un hospital es necesario tener el permiso del esposo o familia la mujer no puede decidir.
- c. El buen trato hacia todas personas aunque sean de condiciones paupérrimas.

⁴¹Las comadronas tradicionales mayas y ladinas. <http://www.guatemala-times.com/espanol/barbarita/213-las-comadronas-tradicionales-mayas-y-ladinas-en-guatemala-i.html?start=1>. (Guatemala, 08 de agosto 2011).

⁴² Batres Marroquín, Ruth Anabella. **Desempeño de las comadronas tradicionales capacitadas por asexsa Chimaltenango durante 1998 y su interacción con los servicios estatales de salud.** Pág. 9



- d. La similitud y cosas en común que tiene la comadrona con las mujeres a las que atiende.
- e. Habla la misma lengua de la embarazada.
- f. Cuando no tiene dinero no cobran por sus servicios.
- g. El respeto hacia la embarazada.

Ahora bien después de haber expuesto las ventajas que las señoras encuentran en las comadronas es lícito indicar porque es tan difícil el trabajo de partera en Guatemala.

1. Las clínicas médicas excluyen y le vedan la entrada a los hospitales.
2. La discriminación y desagrado cuando las pacientes han sido atendidas por comadronas.
3. No existe buena relación con la parte médica especialmente la del hospital, pues los médicos no valoran lo que las comadronas.
4. Los médicos consideran inferiores a las comadronas.
5. Los médicos no ven a la comadrona como un elemento importante e integral del Sistema de Salud de Guatemala.
6. A las comadronas no se les permiten acompañar a sus pacientes dentro del hospital y no le informan que van a hacer con ella, cual es el diagnóstico y tratamiento. De esa forma las comadronas están excluidas del manejo del caso y que no pueden aprender de la evolución y resolución del caso. Y no puede acompañar y apoyar moralmente a su paciente, que esta acostumbrada a ella.



5.3 El necesario reconocimiento y valoración del trabajo de comadrona

“Detrás de cada muerte materna se ocultan también graves problemas socioeconómicos, como elevada mortalidad y morbilidad infantil, deserción escolar, desnutrición, orfandad e ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo.”⁴³

“La defunción fetal se define como la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte se determina por el hecho de que después de la separación del cuerpo de la madre, el producto de la concepción no respira ni da otra señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de la contracción voluntaria.

Las muertes maternas directas son la que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente. Algunos ejemplos son la eclampsia, el parto obstruido, el aborto séptico y la atonía uterina.

Las muertes maternas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que surge durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero sí agravada por los cambios fisiológicos del embarazo. Algunos ejemplos son las enfermedades cardiovasculares, el VIH/SIDA, la anemia y el paludismo.

⁴³ Langer A. **La mortalidad materna en México: la contribución del aborto inducido.** Pág. 199.



Muerte materna tardía: La muerte materna tardía se define como la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo.

Muerte 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.

Muerte neonatal precoz: Las muertes neonatales precoces son las que ocurren durante los siete primeros días de vida.

Muerte neonatal tardía: Son las muertes que ocurren después del séptimo día pero antes de los 28 días completos de vida.

Muerte perinatal: Muerte perinatal; es la muerte del producto de la concepción entre la semana 22 de gestación ó 500 gramos o más de peso hasta los siete días de nacido.

Muertes relacionadas con el embarazo: la muerte relacionada con el embarazo 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 causa de la defunción. Incluye muertes por accidente, homicidio o suicidio.”⁴⁴

⁴⁴ Zuleta Tobón. **Ob. Cit.** Pág 139.



La investigación que se presenta, tiene por objeto determinar los problemas que se generan en la sociedad guatemalteca al no existir un reconocimiento formal a la labor que ejercen las comadronas, lo cual impide que exista una adecuada comunicación entre el médico y la partera.

Debido esto a que en muchos lugares del interior del país donde la red hospitalaria no llega las mujeres que atienden los embarazos son las comadronas pero estas no han tenido el reconocimiento que merecen sino todo lo contrario.

“La comadrona tradicional o empírica, se caracteriza por ser una líder que es respetada y valorada en sus comunidades por el servicio que presta para la salud de las mujeres embarazadas y niños que atiende.

En regiones como la Nor-occidental del país aun su trabajo es determinado por su día de nacimiento en el calendario maya. Deberá ser preparada para este trabajo, así como por revelaciones o sueños que son consultados a los sacerdotes mayas, quienes les orientan para recibir los conocimientos necesarios. En otras regiones del país este trabajo es heredado de abuelas, madres y nietas.”⁴⁵

Su esquema de capacitación se basa en la metodología de educación participativa de adultos, práctica y con contenidos muy puntuales que son las complicaciones obstétricas y neonatales más frecuentes. Estos contenidos son repetidos para reafirmarlos y mantenerlos siempre presentes. Como la mayoría de las comadronas

⁴⁵ Batres Marroquín, Ruth Anabella. **Desempeño de las comadronas tradicionales capacitadas por asexsa Chimaltenango durante 1998 y su interacción con los servicios estatales de salud.** Pág. 9



son analfabetas, esta metodología les permite memorizar los puntos claves y no olvidarlos.

La han capacitado para detectar tempranamente las complicaciones obstétricas y neonatales más importantes, aplicar un manejo de emergencia en la comunidad y referir inmediatamente al hospital. Para que la referencia funcione le facilitan un sistema de referencia que permite que las comadronas pongan en práctica lo que aprendieron y que se cumpla el resultado deseado que es la referencia de complicaciones a tiempo y por ende la reducción de la mortalidad materna y neonatal.

Es decir, no solo usan una metodología de capacitación y contenidos apropiados, sino también ayudan a construir un sistema de referencia que es absolutamente necesario para que el trabajo de la comadrona pueda llevarse a cabo en forma efectiva.

Esto incluye organizar un sistema de transporte basado en la participación comunitaria, Participación de grupos de mujeres y grupos comunitarios de apoyo, de municipalidades, bomberos y otros. Y la sensibilización y cambio de actitudes del personal en los hospitales que recibirá a las pacientes de las comadronas y las comadronas cuando se presenta una complicación obstétrica o neonatal que tiene que ser referida.

De esta manera la comadrona se acerca más a las instituciones y comienza a tener más confianza en el sistema por que ve que realmente le ayudan a resolver sus problemas y aprecian su trabajo.

Este personal conoce quien es la comadrona, cuales son sus costumbres, tradiciones, creencias y prácticas. Conocen su rol en la comunidad.

La respetan. Conocen que hay prácticas positivas que debe ser reforzadas, prácticas neutrales que pueden seguirse haciendo, y que hay algunas prácticas que son negativas y que deben ser cambiadas para favorecer la salud de la madre y del bebe.

Le explican a la comadrona el por que de las cosas y no solo le dicen que tiene que hacer en forma impositiva. La comadrona comprende por que es necesario cambiar algunas prácticas y esta abierta a recibir información que le permiten resolver los problemas que afronta en la práctica diaria de su profesión.

La comadrona es una persona pensante con experiencia, y entiende que información es útil para mejorar su trabajo, esa información la retiene y la recuerda por que les es útil en su que hacer en la práctica.

Esta es la situación que se da cuando el personal de salud y la comadrona trabajan como un equipo de iguales, con respeto y comprensión de las necesidades de cada quien, recursos disponibles o no disponibles, obstáculos y soluciones posibles, con



un propósito común que es darle la mejor atención a las madres y recién nacidos para reducir la mortalidad y morbilidad.

La comadrona no es aislada o estigmatizada, es parte del equipo. Eso hace que puede dar los mejores resultados de su trabajo.

Esta situación se puede observar ya en algunos proyectos, con mayor o menor grado de avance. Pero ya hay experiencias exitosas que muestran que es posible lograr esta situación óptima y tener los resultados deseados. Lo que tienen en común estas experiencias exitosas es la presencia de todos los elementos claves que requiere un programa funcional.





CONCLUSIONES

1. A pesar que la maternidad goza de la protección del Estado, quien tiene la obligación de velar en forma especial por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ésta se deriven, por ejemplo la mortandad materna, por la escasez de centros hospitalarios y mala atención de los empleados, sigue siendo un flagelo que golpea grandemente a la sociedad.
2. Desafortunadamente las parteras sufren de discriminación, burlas e, incluso, ser culpadas de mortandad maternal por parte del personal de salud del lugar en donde realizan su trabajo; a pesar de cumplir una función de gran importancia en la sociedad guatemalteca, puesto que atienden a las mujeres embarazadas del interior del país, donde no existe atención hospitalaria.
3. La comadrona no es reconocida como una profesional responsable y con capacidad de responder de sus actos; a pesar de ser ella, la que les brinda cuidado, comprensión y paciencia a las mujeres embarazadas, así como los consejos durante la gestación, el parto y el puerperio; además de asistir a los nacimientos, asumiendo la responsabilidad y proporcionando cuidados al recién nacido.



4. Los problemas que se generan en la sociedad guatemalteca, al no existir un reconocimiento formal a la labor que ejercen las comadronas, impide que exista una adecuada comunicación entre el médico y la partera, haciendo conflictiva la situación, generando circunstancias nefastas perjudicando a la mujer embarazada.



RECOMENDACIONES

1. El Estado de Guatemala debe garantizar el derecho a la salud, por lo cual es necesario que el servicio y la facilidad para llegar a los centros hospitalarios en lugares inhóspitos mejore, para garantizar la salud de las mujeres embarazadas del país y de esta manera bajar los índices de mortalidad materno-infantil.
2. El Ministerio de Salud y Asistencia Social debe promover un acercamiento entre los médicos y comadronas; esto con el objeto de capacitar, de manera técnica, a las parteras; lo cual conlleva un trabajo unificado y una mejor atención en la salud de las mujeres embarazadas del interior del país.
3. El Estado de Guatemala debe fomentar capacitaciones constantes a las comadronas del país; al mismo tiempo que se reconozca la importante labor que realizan, en especial en regiones inhóspitas; este reconocimiento podría ser, a través de generar oportunidades de superación personal y de empleo.
4. A través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se concientice al personal que labora en los diferentes hospitales y centros de salud, con el objeto de respetar el trabajo de las comadronas y brindar el apoyo necesario cuando sea requerido por éstas, en favor de la salud de las mujeres en estado de gestación.





BIBLIOGRAFÍA

- ARTEGA, Diana, Nuria Ayestaran. Asociación Navarra de matronas. **Guía de objetivos, funciones y actividades del a matrona: asistencia hospitalaria.** (s.l.i.): (s.e.), (s.f.)
- ASTERGARD, Donald R. **Manual de gineco-obstetricia.** 1ª ed., México: Ed. Pax, 2000.
- BATRES MARROQUÍN, Ruth Anabella. **Desempeño de las comadronas tradicionales capacitadas por asexsa Chimaltenango durante 1998 y su interacción con los servicios estatales de salud.** (s.l.i.): (s.e.), (s.f.)
- BETLTEA, Doris C. **Enfermera materno infantil.** 4ª ed, México: Ed. Interamericana, (s.f).
- DE LEE, Joseph B. **Principios y prácticas de obstetricia.** t. 1, México: Ed. Hispanoamericana, 1997.
- ESCRIBANO COLLADO, Pedro. **El derecho a la salud.** España: Cuadernos del Instituto García Oviedo, 1976.
- FRANCO DE MÉNDEZ, Nancí. **Mortalidad materna en Guatemala: una tragedia evitable.** <http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/18/index.htm>. (Guatemala, 17 de julio 2011).
- LA MISIÓN DE UNA COMADRONA. [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:_GEO L8NqIhMJ:\(Guatemala 15 de Agosto 2011\)](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:_GEO L8NqIhMJ:(Guatemala 15 de Agosto 2011)).
- Las comadronas tradicionales mayas y ladinas. <http://www.guatemala-times.com/espanol/barbarita/213-las-comadronas-tradicionales-mayas-y-ladinas-en-guatemala-i.html?start=1>. (Guatemala, 08 de agosto 2011).
- La Salud, **Concepto de salud.** <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>, (09 de septiembre de 2011).
- LANGER, A. **La mortalidad materna en México: la contribución del aborto inducido.** México: Edamex/Population Council, 1994,



LÓPEZ MAYORGA, Leonel Armando. **Introducción al estudio del derecho.** 2ª ed., Guatemala: Ed. Lovi, 1999.

MÉNDEZ GALLO, Omar Armando, Joaquín Guillermo Gómez Dávila, Liliana Isabel Gallego Vélez. **Otras muertes maternas directas.** (s.l.i.): (s.e.), (s.f.)

NORMAN A. Beischer. **Obstetricia práctica.** México: Ed. Latinoamericana, 1981.

OMS. **La salud.** www.ops.org.gt/infops/constitucion2011/la%20OMS.pdf, (09 de septiembre de 2011).

ORTIZ GÓMEZ, Teresa. **La educación de las matronas en la Europa moderna.** (s.l.i.): (s.e.), (s.f.).

ORTIZ GÓMEZ, Teresa. **Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del S. XIX.** (s.l.i.): (s.e.), (s.f.)

RODRÍGUEZ SANTIBAÑEZ, Yesikka Yaneth. **Monografías, el embarazo.** <http://www.monografias.com/trabajos27/parto-embarazo/parto-embarazo.shtml>, (09 de septiembre de 2011).

RUIZ MASSIEU, José Francisco. **El contenido programático de la Constitución y el nuevo derecho a la protección de la salud.** México, Miguel Ángel Porrúa 1983.

S. Marien y J. Dana. **Guía de embarazo.** México: Ed. Parmón, 1982.

Wikipedia, la enciclopedia libre. **El parto.** <http://es.wikipedia.org/wiki/Parto>, (09 de septiembre de 2011).

Legislación:

Constitución Política de la República de Guatemala. Asamblea Nacional Constituyente. 1986.

Declaración Universal de Derechos Humanos. Decreto Número 54-86 del Congreso de la República de Guatemala.

Código de Salud. Decreto 90-97 del Congreso de la República de Guatemala,
1997.

