

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



**LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN
DE LAS COMUNIDADES DE LOS PUEBLOS
INDÍGENAS EN LA PLANIFICACIÓN,
ORGANIZACIÓN Y CONTROL DE LA
MORTALIDAD MATERNO INFANTIL**

RODOLFO SUBUYUJ CHÁVEZ

GUATEMALA, ABRIL DE 2007

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

**LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES
DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN LA PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN
Y CONTROL DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL**

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

RODOLFO SUBUYUJ CHÁVEZ

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADO EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

y los títulos profesionales de

ABOGADO Y NOTARIO

Guatemala, abril de 2007.



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

DECANO:	Lic. Bonerge Amilcar Mejía Orellana
VOCAL I:	Lic. César Landelino Franco López
VOCAL II:	Lic. Gustavo Bonilla
VOCAL III:	Lic. Erick Rolando Huitz Enríquez
VOCAL IV:	Br. José Domingo Rodríguez Marroquín
VOCAL V:	Br. Edgar Alfredo Valdez López
SECRETARIO:	Lic. Avidán Ortiz Orellana

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ
EL EXAMEN TÉCNICO PROFESIONAL**

Primera fase:

Presidente:	Lic. José Luis De León Melgar
Vocal:	Lic. Edwin Roberto Peñate Girón
Secretario:	Lic. Rolando Echeverría Morataya

Segunda fase:

Presidente:	Lic. Jorge Mario Álvarez Quiroz
Vocal:	Licda. Eloísa Mazariegos Herrera
Secretaria:	Licda. Marisol Morales Chew

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 la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala).

Lic. Nelson René Rivas Ruíz
Abogado y Notario
Col. 6498

4a. Calle 5-10 Zona 1,
Edificio Ludio, Nivel 3,
Oficina 302, Guatemala.
Tels. 22321404-57044144
66353447. Fax 22321404.
nelsonrrr@intelnnett.com



Ciudad de Guatemala, 14 de julio de 2,006.

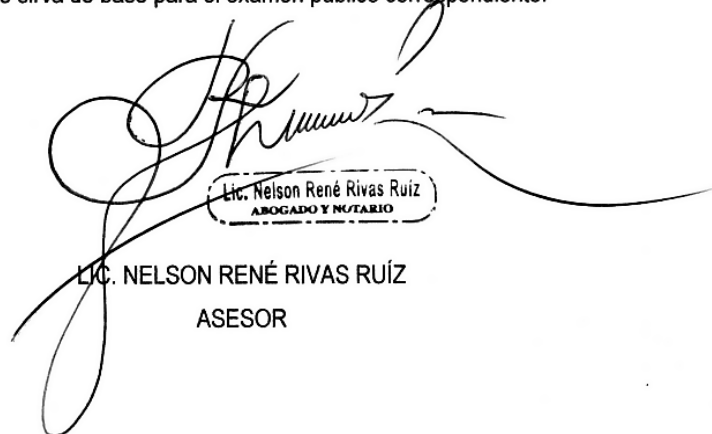
LIC. MARCO TULIO CASTILLO LUTIN
JEFE DE LA UNIDAD DE TESIS
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
PRESENTE.

En cumplimiento de la resolución emanada de la jefatura a su cargo, con fecha veintitrés de marzo de dos mil seis, en la cual se me nombró ASESOR DE TESIS del Bachiller RODOLFO SUBUYUJ CHÁVEZ, del trabajo intitulado "LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN LA PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y CONTROL DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL", me permito informarle lo siguiente:

Habiendo utilizado el Bachiller RODOLFO SUBUYUJ CHÁVEZ, los recursos bibliográficos y de investigación necesarios para llevar a cabo el trabajo, llega a conclusiones desde mi punto de vista profesional acertadas en cuanto al tema desarrollado.

La investigación cumple con los requisitos que exige el reglamento específico de esa casa de estudios superiores, por lo que DICTAMINO FAVORABLEMENTE y estimo procedente el nombramiento del Revisor, para que la tesis oportunamente sirva de base para el examen público correspondiente.

Deferentemente,



Lic. Nelson René Rivas Ruíz
ABOGADO Y NOTARIO


LIC. NELSON RENÉ RIVAS RUÍZ
ASESOR



UNIDAD DE ASESORÍA DE TESIS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, diecinueve de julio de dos mil seis.

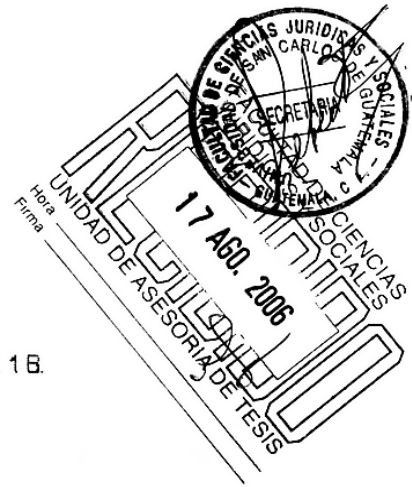
Atentamente, pase al (a) **LICENCIADO (A) ARMANDO ACEVEDO RODRÍGUEZ**, para que proceda a revisar el trabajo de tesis del (a) estudiante **RODOLFO SUBUYUJ CHÁVEZ**, Intitulado: **“LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN LA PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y CONTROL DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL”**.

Me permito hacer de su conocimiento que está facultado (a) para realizar las modificaciones de forma y fondo que tengan por objeto mejorar la investigación, asimismo, del título de trabajo de tesis. En el dictamen correspondiente debe hacer constar el contenido del Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.


LIC. MARCO TULLIO CASTILLO LUTÍN
JEFE DE LA UNIDAD ASESORÍA DE TESIS



cc. Unidad de Tesis
MTCL/slh



ARMANDO ACEVEDO RODRIGUEZ

ABOGADO Y NOTARIO

15 Av. 3-40 zona 13 Edificio Asunción 1er. Nivel, Of. 1 B.

Tel. 23600199 - 23600299

Colegiado No. 1899

Ciudad de Guatemala, diez de agosto de 2,006.

LIC. MARCO TULLIO CASTILLO LUTIN
JEFE DE LA UNIDAD DE ASESORIA DE TESIS
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
SU DESPACHO

Licenciado Castillo Lutín:

De conformidad en lo ordenado en resolución de fecha diecinueve de julio de dos mil seis, me dirijo a usted con el objeto de informarle que en cumplimiento de la función encomendada de revisión de tesis, procedí a revisar el trabajo de tesis del Bachiller RODOLFO SUBUYUJ CHÁVEZ, del trabajo intitulado "LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN LA PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y CONTROL DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL".

El Bachiller SUBUYUJ CHÁVEZ, cumplió con todas y cada una de las recomendaciones observadas en el desarrollo de su investigación, por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE** y estimo procedente que cumple con los requisitos exigidos por esa casa de estudios para que pueda ser discutido en su examen público de tesis correspondiente.

Respetuosamente


LIC. ARMANDO ACEVEDO RODRIGUEZ
REVISOR

Armando Acevedo Rodríguez
Abogado y Notario



DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES. Guatemala, quince de marzo del año dos mil siete.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la Impresión del trabajo de Tesis del (de la) estudiante RODOLFO SUBUYUJ CHÁVEZ, Intitulado “LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN LA PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y CONTROL DE LA MORTALIDAD MATERNO INFANTIL” Artículo 31 Y 34 del Normativo para la elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público de Tesis.-

MTCL/ech

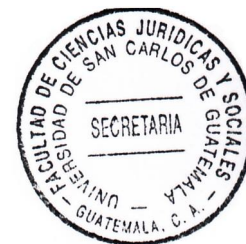


DEDICATORIA



- A DIOS: Fuente de sabiduría y fidelidad, que por su infinita bondad y misericordia me dio la vida, fortaleza y protección para alcanzar mis propósitos y ha iluminado mi camino como estudiante.
- A MIS PADRES: FÉLIX SUBUYUJ CULAJAY (Q.E.P.D.), TIBURCIA CULAJAY CHÁVEZ, madrecita mil gracias por este triunfo alcanzado y le estoy profundamente agradecido por todo lo que ha hecho por mí.
- A MIS HERMANOS: PAULINA, ARTURO, FRANCISCO, RUFINO, AURELIO (Q.E.P.D.), DIEGO Y VICTORIA, por el respeto y amor fraternal que siempre nos ha unido.
- A MIS SOBRINOS: Especialmente a CARLOS HUMBERTO SUBUYUJ, que este éxito sea un ejemplo a seguir.
- A MI PRIMO: EFRAÍN CULAJAY BOROR, (Q.E.P.D.), por todo su apoyo y ayuda brindada, gracias por todo que Dios lo tenga en su divina misericordia.
- A MI AMIGO: Lic. RUBÉN SOLÍS SÁNCHEZ, por su comprensión, colaboración y ayuda brindada.
- AL LICENCIADO: JOSÉ FERNANDO RUIZ GARCÍA, por sus enseñanzas y conocimientos recibidos.
- A LA FACULTAD: De Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por permitir alcanzar este éxito inolvidable de mi vida.

ÍNDICE

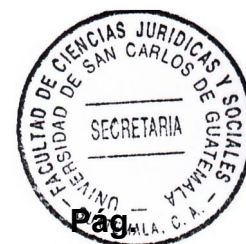


Pág.

Introducción.....	i
-------------------	---

CAPÍTULO I

1. La mortalidad materna infantil.....	1
1.1 Causas de la mortalidad infantil.....	4
1.1.1 Desnutrición.....	5
1.1.1.1 Definición.....	6
1.1.2 Enfermedades.....	8
1.1.2.1 Diarrea.....	9
1.1.2.2 Sarampión.....	10
1.1.2.3 Tétanos.....	11
1.1.2.4 Bronquiolitis.....	13
1.2 Causa de la mortalidad materna.....	15
1.2.1 Embarazo.....	15
1.2.1.1 Problemas.....	16
1.2.1.1.1 Complicaciones.....	16
1.2.1.1.2 Hipertensión.....	18
1.2.1.1.3 Eclampsia.....	19
1.2.2 Parto.....	20
1.2.3 Aborto.....	22
1.2.3.1 Tipos.....	22
1.2.3.1.1 Espontáneo.....	23
1.2.3.1.2 Inducido.....	25
1.2.3.2 Regulación.....	26
1.3 Violencia.....	28
1.3.1 Doméstica o intrafamiliar.....	29



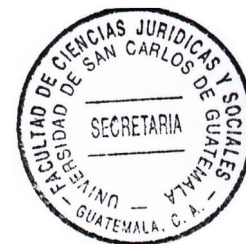
1.3.2 Tipos de maltrato.....	31
1.3.2.1 Infantil.....	31
1.3.2.2 Por parte de los padres.....	32
1.3.3 Prevención.....	33
1.4 Pobreza.....	35
1.4.1 Causas.....	36
1.4.2 Efectos.....	37
1.4.3 Distribución.....	37

CAPÍTULO II

2. Políticas del Estado para combatir la mortalidad materna infantil.....	41
2.1 Situación actual de la mujer guatemalteca.....	45
2.1.1 Políticas y planes de salud.....	46
2.1.2 Políticas de salud del año 2004-2007.....	47
2.1.3 Objetivos específicos.....	49
2.2 Acciones gubernamentales para enfrentar la mortalidad materna.....	52
2.2.1 Programa de salud materno neonatal.....	55
2.2.2 Estándares de calidad.....	56

CAPÍTULO III

3. Participación de las comunidades de los pueblos indígenas en las políticas de Estado para combatir la mortalidad materna infantil.....	59
3.1 La medicina convencional de la mano de la medicina indígena.....	62
3.2 Condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas.....	65
3.2.1 Incorporación de la perspectiva indígena en los objetivos de desarrollo del milenio y políticas nacionales de salud.....	69
3.2.2 Atención primaria de la salud.....	69

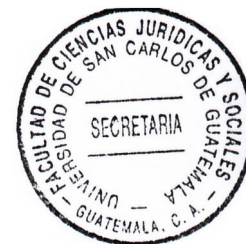


Pág.

3.2.3 Alianzas estratégicas y fortalecimiento de la capacidad técnica en los países de liderazgo indígena.....	70
3.2.3.1 Información y gestión del conocimiento ancestral.....	71
3.2.3.2 Pobreza y desarrollo humano de los pueblos indígenas.....	72

CAPÍTULO IV

4. Coordinación entre el Estado y los pueblos indígenas para combatir la mortalidad materna infantil.....	75
4.1 Programa para disminuir las desigualdades en las comunidades indígenas.....	83
4.2 Inversión internacional para disminuir las desigualdades de los indígenas.....	87
4.2.1 Programa agua y saneamiento para las poblaciones indígenas.....	89
4.3 Plan de las cuatro demoras o retrasos.....	91
4.3.1 Primera demora.....	92
4.3.2 Segunda demora.....	93
4.3.3 Tercera demora.....	93
4.3.4 Cuarta demora.....	94
CONCLUSIONES.....	97
RECOMENDACIONES.....	99
BIBLIOGRAFÍA.....	101



INTRODUCCIÓN

Guatemala, un país multiétnico, multilingüe y pluricultural que, a pesar del sometimiento del cual han sido objeto los pueblos indígenas desde el Período Colonial y la discriminación étnica por parte de las estructuras de poder, éstos han mantenido su identidad cultural, reflejada en sus tradiciones, valores comunitarios, idiomas, derecho y espiritualidad. Las comunidades indígenas esperan que las mujeres tengan hijos y honren su papel de madres, pero en la mayor parte de estas comunidades, el embarazo y el parto son procesos peligrosos. El poco acceso que han tenido a los servicios de salud, ha sido una de las causas de la mortalidad materna infantil, así como la falta de participación de las comunidades de los pueblos indígenas en la planificación, organización y control de programas de la salud.

Con la participación de las comunidades de los pueblos indígenas en la organización, planificación y control de programas de prevención de la mortalidad materna infantil se logrará una reducción de la misma, invocando de esa manera el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo que en su Artículo 7 numeral 2 regula: el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. De esa manera se hace necesaria la participación de los indígenas en programas de salud, educación y la implementación de la iniciativa, salud de los pueblos indígenas; esto se presenta como un nuevo espacio para revisar, profundizar, ampliar y consolidar el desarrollo de la salud que necesitan. De esa manera se deben crear estrategias que



permitan mejorar el acceso, disponibilidad y calidad de servicios de salud, tanto curativos como preventivos, principalmente prenatales, postnatales y de crecimiento.

El derecho a una buena alimentación es otro de los aspectos en los cuales el Estado, a través de sus instituciones debe coordinar con las comunidades indígenas para que no pueda faltar la canasta básica a cada familia.

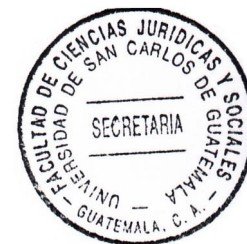
Las principales causas por las que el Estado no le ha dado participación a las comunidades de los pueblos indígenas, son: la discriminación étnica, discriminación de género y la discriminación legal, lo que ha determinado que la mortalidad materna infantil en las comunidades de los pueblos indígenas continúa siendo elevada.

Como objetivo general, me tracé establecer las principales causas por las cuales el Estado guatemalteco no le ha dado participación a las comunidades de los pueblos indígenas en la planificación, organización y control en la mortalidad materno infantil; y como objetivos específicos: a) Discriminación étnica por el hecho de pertenecer a una comunidad con valores y forma de vida, idioma y cultura diferente a otra; b) Discriminación de género por la desigualdad entre mujeres y hombres que sea perpetuada por los prejuicios y condiciones sociales tradicionales; y c) Discriminación legal, ya que existen normas legales que están en contra de los pueblos indígenas y que limitan su desarrollo.



El método que se aplicó en el presente trabajo de tesis es el deductivo, que parte de lo mayor hacia lo menor, de lo general a lo particular, o a lo menos general, mediante un proceso razonado.

En este estudio se realiza un análisis detenido acerca de la importancia de la participación de las comunidades de los pueblos indígenas en la planificación, organización y control de la mortalidad materna infantil, para lo cual se divide en cuatro capítulos: En el primero se hace énfasis de la mortalidad materna infantil en las comunidades de los pueblos indígenas, las causas de la mortalidad infantil y de la mortalidad materna, la violencia y la pobreza. El segundo capítulo abarca las políticas del Estado para combatir la mortalidad materna infantil, situación actual de la mujer guatemalteca y acciones gubernamentales para enfrentar la mortalidad materna. En el tercer capítulo se describe la participación de las comunidades de los pueblos indígenas en las políticas de Estado para combatir la mortalidad materna infantil, la medicina convencional de la mano de la medicina indígena, y las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas. En el cuarto capítulo se establece la necesidad de una coordinación entre el Estado y los pueblos indígenas para combatir la mortalidad materna infantil, programas para disminuir las desigualdades en las comunidades indígenas, y el plan de las cuatro demoras o retrasos. Finalizando con las conclusiones y recomendaciones.



CAPÍTULO I

1. La mortalidad materna infantil

“En Guatemala la mayoría de la población es indígena y perteneciente a los pueblos maya, garífuna y xinca. La diversidad étnica hace de Guatemala un país de una riqueza humana inmensa y de una identidad cultural propia. A pesar del sometimiento de los pueblos indígenas desde el período colonial y la discriminación étnica por parte de las estructuras de poder, éstos han mantenido su identidad cultural, reflejada en sus tradiciones, valores comunitarios, idiomas, derecho y espiritualidad”.¹

El camino que los indígenas han recorrido en la historia ha sido agotador. Sin embargo, a través de las adversidades que han afrontado, nuestros pueblos se han fortalecido. Sin lugar a dudas, esta vitalidad proviene de la sabiduría de cada uno de los pueblos y de la dura lucha sostenida para conseguir que los derechos sean respetados. Los procesos de reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de nuestro continente americano son el resultado de esta lucha.

¹ Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). **Informe nacional de desarrollo humano 2002**, Pág. 95.



El poco acceso que han tenido los miembros de los pueblos indígenas en los servicios de salud, han sido una de las principales causas de la mortalidad materna infantil aunada a los factores que estaremos abordando a través de nuestra investigación. Desde tiempos ancestrales, cuando el hombre comenzó a tomar conciencia social, siempre en el seno de la familia desde sus orígenes, el nacimiento de la descendencia fue tomado como un acontecimiento trascendental. Los partos primero ocurrían de forma espontánea, más adelante eran atendidos por los ancianos y sabios de las tribus. Ya en la edad media existían las parteras y comadronas, individuos que aún existen en nuestros días, sobre todo en países subdesarrollados. Ya en nuestros días en las naciones desarrolladas y con estándares de salud adecuados, la natalidad es atendida por Médicos y personal especialmente preparado para este importante fin. En todo el mundo la gente celebra el nacimiento de un nuevo ser. Las sociedades esperan que las mujeres tengan hijos y honran su papel de madres; pero en la mayor parte del planeta, el embarazo y el parto son procesos peligrosos.

“En los países menos desarrollados, más de medio millón de madres mueren anualmente por causas relacionadas con la creación de una nueva vida, y ello sólo muestra parte de la gravedad del problema, ya que por cada mujer muerta, otras 30 sufren devastadores problemas de salud, como daño en los órganos reproductivos o infertilidad. El 99 por ciento de estas muertes tiene lugar en las regiones menos desarrolladas, y la mayor parte se debe a insuficiente atención médica en el momento del parto. Es una situación trágica que no tiene por qué continuar”.² Es por

² Instituto Nacional de Estadística. **Encuesta nacional de salud materno infantil**. Guatemala 2002 pág. 3.



eso que el nivel de desarrollo de un país además del incremento paulatino del producto interno bruto es medido por indicadores sociales, entre los cuales se encuentra la tasa de mortalidad infantil, considerándose como tal, todas las defunciones de los lactantes desde su nacimiento hasta antes de cumplir los doce meses de vida, por mil nacidos vivos.

“En Países desarrollados de Europa tienen tasas por debajo de cinco manifestando una diferencia muy pronunciada, por lo que la mortalidad infantil no tiene su génesis únicamente en factores biológicos, sino que el subdesarrollo, la pobreza y las políticas gubernamentales respecto a la salud influyen directamente sobre ella”.³

Existen países como Cuba y Costa Rica, que siendo países latinos y pertenecientes al tercer mundo, han reducido la misma y actualmente presentan este indicador por debajo de seis punto cuatro por mil nacidos vivos debido a estrategias donde la política de salud del estado es lo primordial. “En Guatemala, país centroamericano, la mortalidad infantil es de alta magnitud, 37 por mil nacidos vivos, en su mayoría por causas prevenibles, principalmente neumonías y enfermedad diarreica aguda, en área rural una de las afectadas es mayor, según informe de la Oficina de los Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala sólo en el año 2002 en área rural la mortalidad infantil fue de 44 por cada mil nacido

³ Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft. **Mortalidad materna.**



mientras que en área urbana fue de 29 por cada mil nacidos”.⁴ Aquí nos damos cuenta que la desigualdad es demasiado y que la oportunidad de vida de los indígenas en el área rural es poca comparada con la del área urbana.

Por lo anteriormente expuesto y considerando la magnitud de este problema de salud, su vulnerabilidad y posible solución mediante la aplicación de estrategias adecuadamente diseñadas que podrían surgir a partir del análisis de los resultados de este trabajo, evitando así que Guatemala continúe siendo un bastión de enfermedades y muertes de madres y niños de enfermedades prevenibles, realizo este estudio observacional analítico de casos y controles con el objetivo de conocer los factores de riesgo relacionados con las muertes infantiles, y las causas principales de la muerte de las madres en el proceso de parto y post parto.

1.1 Causas de la mortalidad infantil

Dentro de la visión, la salud es comprendida de manera integral; las causas de la mortalidad infantil se debe a mucho factores entre ellos la falta de servicios de saneamiento ambiental; inmunizaciones; atención materno infantil, con énfasis en la educación de la mujer; educación en salud; control del niño sano y programas dirigidos al niño enfermo. La disponibilidad de alimentos, cantidad y variedad con que

⁴ Oficina de derechos humanos del Arzobispado de Guatemala. **Informe de la situación de la niñez en Guatemala.** Guatemala 2002.



cuenta un país, región, comunidad o individuo. La accesibilidad de los mismos y la posibilidad para adquirirlos ya sea por medio de su capacidad para producirlos y/o comprarlos o mediante transferencias o donaciones.

EL consumo de los alimentos, la capacidad de la población para decidir adecuadamente sobre la forma de seleccionar, almacenar, preparar, distribuir y consumir los alimentos a nivel individual, familiar, comunitario. El consumo de los alimentos está íntimamente relacionado con las costumbres, creencias, conocimientos, prácticas de alimentación, el nivel educativo de la población y sobre todo la capacidad económica. La Utilización o aprovechamiento óptimo de los alimentos: una persona depende de la condición de salud de su propio organismo para aprovechar al máximo todas las sustancias nutritivas que contienen, Guatemala continúa presentando una de las situaciones de salud y de seguridad alimentaria y nutricional más precarias de América Latina. Y esa es una de las causas de la mortalidad infantil.

1.1.1 Desnutrición

A pesar de esto el incremento, el índice de desnutrición o malnutrición grave en que viven en Guatemala, en comparación con otros países de América Latina, “Guatemala tiene índices muy elevados de malnutrición crónica infantil y de pobreza



extrema, particularmente los indígenas, en gran parte como resultado de una larga historia de exclusión social y de graves desigualdades”.⁵

1.1.1.1 Definición

Entendido de la “desnutrición o malnutrición como el estado o condición dietética causado por una insuficiencia o exceso de uno o más nutrientes (alimentos) en la dieta. Una persona corre riesgo de malnutrición si la cantidad de energía y/o nutrientes de la dieta no satisface sus necesidades nutricionales. Si una dieta carece de energía, se utilizan primero las reservas de grasa del cuerpo y después la proteína de los músculos y órganos para proporcionar dicha energía”.⁶ Por último el cuerpo se queda demasiado débil como para funcionar como es debido o combatir una infección. La gran incidencia del hambre y la malnutrición en Guatemala no es simplemente una cuestión de falta de alimentos, ya que las tierras del país podrían alimentar fácilmente a toda la población. Está más relacionada con la desigual distribución de los recursos, y sus efectos en el acceso de la población a los alimentos. “Guatemala es uno de los países con mayores desigualdades en la distribución de la riqueza del mundo, y su concentración es extrema, y la mayoría de su población, en particular la indígena, es pobre y padece hambre”.⁷

⁵ Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). **Informe Nacional de desarrollo humano 2003**, pág. 198.

⁶ Biblioteca de consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft. **Mal nutrición**.

⁷ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (PNUD). **Ob. Cit**; pág. 25.



La marginación de los pueblos indígenas es innegable. “Aproximadamente el 40% de los indígenas viven en extrema pobreza y cerca del 80% son pobres, padeciendo los índices de alfabetización y de ingresos más bajos de la sociedad, es un país mayoritariamente rural; dentro de ella, la mitad de la población es indígena. La población rural representa aproximadamente el 57% de los hogares del país y cerca del 61% de la población nacional constituyen el 73% de los hogares en situación de pobreza y el 93.2% de los hogares en extrema pobreza”.⁸ Estos datos colocan a los pueblos indígenas en una situación de particular vulnerabilidad, marginación y exclusión social, siendo los más afectados los niños y niñas indígenas. En Guatemala aproximadamente el 67% los niños y niñas indígenas padecen de desnutrición crónica. (Mal alimentado enflaquecido).

Los niños, en especial los menores de cinco años, sufren los efectos de la inanición (debilidad grande por falta de alimento), mucho antes que los adultos. Desarrollan un estado que se denomina malnutrición proteico-energética. “Las dos formas más comunes de este estado, son: marasmo (Extremado enflaquecimiento del cuerpo humano), aparecen en algunos países en vías de desarrollo y representan una amenaza para la vida....El marasmo se da cuando a un niño se le deja de amamantar demasiado rápido y se le pasa a alimentos pobres en energía y nutrientes. El niño puede sufrir también repetidas infecciones (tales como gastroenteritis) debidas a la falta de higiene, y es posible que se le trate con fluidos no nutritivos como el agua o agua de arroz. Un niño con marasmo pesa muy poco, carece de grasa corporal y sus músculos están muy poco desarrollados. El

⁸ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Ob. Cit;** página 195.



kwashiorkor se da cuando a un niño se le deja de amamantar demasiado tarde y se le pasa a una dieta tradicional a base de féculas y baja en proteínas. A menudo se produce después una infección aguda. Con frecuencia una falta de peso corporal sería queda oculta por la retención de agua, que ensancha la cara e inflama el vientre. Hasta causarle la muerte”.⁹

1.1.2 Enfermedades

“Enfermedad, cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano....Todas las enfermedades implican un debilitamiento del sistema natural de defensa del organismo o de aquellos que regulan el medio interno. Incluso cuando la causa se desconoce, casi siempre se puede explicar una enfermedad en términos de los procesos fisiológicos o mentales que se alteran”.¹⁰

“La salud de los niños de cero a cuatro años y escolares de cinco a nueve años: Para 1997 y 1999, la tasa registrada de mortalidad infantil fue 37.7 y 40.5 por 1000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad neonatal y posneonatal fueron de 15.4 y 22.3 por 1000 nacidos vivos, respectivamente. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1998-1999, estimó la tasa de mortalidad infantil en 45 por mil nacidos vivos.... Para 1999, las infecciones respiratorias agudas, la enfermedad diarreica aguda y las causas perinatales representaron 40%, 12% y 11%

⁹ Mal nutrición **Ob. Cit**; pág. 2.

¹⁰ **Ibid**, pág. 4.



respectivamente, de las muertes de menores de un año. La tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años fue 14 por mil; 9 en el área urbana y 20 por 1000 en el área rural....Para 1999, se registraron 1.027 defunciones en el grupo de 5-9 años para una tasa de 0.6 por 1000. Los casos de enfermedades diarreicas agudas incrementaron de 16.015 casos en 1997 a 43.119 en 1998 y 50.799 casos para 1999”.¹¹

1.1.2.1 Diarrea

“La Diarrea es la primera causa de mortalidad infantil en el país...La diarrea, es una alteración del ritmo intestinal que se acompaña de aumento del número de deposiciones o de alteración de las características normales de una deposición (líquida o semilíquida). Se trata en general de un proceso transitorio cuya causa más frecuente son las infecciones víricas o bacterianas. También puede ser producida por la toma de sustancias tóxicas que lesionan el intestino, por situaciones de tensión emocional o por estados nerviosos alterados.”¹² “Procesos inflamatorios intestinales como la enteritis, la colitis, el cólera, la fiebre tifoidea, la disentería bacilar o amebiana, o las parasitaciones intestinales por gusanos pueden producir cuadros diarreicos de larga evolución. La pérdida de líquidos en este proceso puede producir deshidratación y shock, que son a veces graves en los niños pequeños. El tratamiento es sintomático en la mayoría de los casos y consiste en la adecuada reposición hidroelectrolítica”.¹³

¹¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). **Encuesta nacional de salud materno infantil**. Guatemala 2002 pág. 5

¹² Biblioteca de consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft. **Diarrea**.

¹³ **Ibid**, pág. 2.



De acuerdo a lo anteriormente expuesto “sólo en la ciudad capital, en el 2002 murieron 234 menores de edad de enfermedades prevenibles. 48.80% de la población infantil tiene retardo en la talla, consecuencia de diarrea y la desnutrición crónica (II Censo de Talla Infantil). Las regiones Nor-Occidente, Sur-Occidente y Norte concentran porcentajes más altos de desnutrición crónica”.¹⁴ Estas son regiones más pobres donde la población, en su mayoría, es indígena.

1.1.2.2 Sarampión

“Sarampión, enfermedad infecto-contagiosa aguda y febril producida por un virus filtrable que se distingue del virus responsable de la rubéola, una enfermedad menos grave que también produce lesiones cutáneas. El sarampión se caracteriza por la aparición de pequeñas manchas rojas en la superficie de la piel, irritación ocular (sobre todo ante el estímulo luminoso), tos y rinorrea (secreción nasal abundante). A los doce días del contagio, aparecen fiebre, estornudos y rinorrea. Después aparece la tos y la inflamación de los ganglios del cuello. A los cuatro días empiezan a aparecer manchas cutáneas, primero en el cuello y la cara y después en el tronco y las extremidades. En dos o tres días el exantema (o erupción cutánea) va remitiendo, así como la fiebre. Puede haber descamación de la piel afectada por el exantema. También es posible la infección del oído medio”.¹⁵

¹⁴ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Ob. Cit;** pág.13.

¹⁵ Biblioteca de consulta Microsoft ® encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft, **Sarampión.**



“El sarampión ha sido una de las enfermedades más corrientes de la infancia. Con la puesta a punto de una vacuna eficaz en 1963, la incidencia ha disminuido mucho. Se trata de una enfermedad benigna en la mayoría de los casos. Sólo en ocasiones el virus puede alcanzar el tejido cerebral y producir encefalitis o incluso la muerte. El sarampión no tiene tratamiento específico. Se debe mantener al paciente aislado para evitar el contagio de otras personas. Se recomienda el reposo en cama, la administración de paracetamol, jarabes antitusígenos y lociones cutáneas para aliviar la fiebre, la tos y el prurito (picor de la piel), respectivamente. En general, el haber padecido la enfermedad confiere inmunidad y las mujeres embarazadas inmunizadas transfieren anticuerpos (contenidos en la fracción de globulinas del suero sanguíneo) al feto a través de la placenta”.¹⁶

1.1.2.3 Tétanos

“El tétanos es una enfermedad grave del sistema nervioso causada por la infección de heridas por el bacilo *Clostridium tetani*...Este germen, al multiplicarse, produce grandes cantidades de una toxina muy potente que origina espasmos musculares graves. El bacilo es ubicuo, abunda en el suelo de las calles y en la tierra de cultivo. Penetra en el organismo por las heridas. Es un germen anaerobio, es decir, se reproduce en ausencia de oxígeno. Prolifera en las heridas sucias, penetrantes, sinuosas o con gran cantidad de tejido muerto o desvitalizado. Esta

¹⁶ **Ibid**, pág. 2.



enfermedad ataca más en las áreas rurales por la falta de higiene y de atención médica inmediata.

El periodo de incubación oscila entre dos semanas y varios meses y es más corto cuanto mayor sea la contaminación de la herida. Los primeros síntomas son la cefalea y la depresión, seguidos por dificultad para tragar y para abrir la mandíbula por completo. Se desarrolla rigidez de forma progresiva en el cuello y un espasmo gradual en los músculos de la mejilla que hacen aparecer la cara con una sonrisa sardónica característica. Los espasmos se extienden después a otros grupos musculares del organismo, y llegan a afectar a los músculos respiratorios causando la muerte.

El tratamiento consiste en: completa limpieza y desbridamiento (separación de los tejidos desvitalizados) de la herida para eliminar los clostridios, uso de antibióticos (penicilina), neutralización de la toxina con antitoxina, reducción de los espasmos musculares y asistencia respiratoria. El 60% de los casos establecidos de tétanos son mortales a pesar del tratamiento. El enfoque actual del tétanos se basa en la profilaxis, muy efectiva; debe vacunarse a todos los niños y a toda la población de riesgo (agricultores, trabajadores de la construcción, soldados, deportistas que practican el montañismo o excursionistas habituales). La vacunación consiste en la administración de tres inyecciones del toxoide tetánico (toxina inactivada por el calor) y dosis de recuerdo cada cinco años. Una dosis de recuerdo también es conveniente cuando existen heridas de riesgo. La vacunación infantil



suele asociarse a las vacunas de la tos ferina y difteria (vacuna trivalente difteria, tétanos y pertussis) y a la de la polio. En el paciente no inmunizado que presenta una herida, debe iniciarse un ciclo de inmunización estándar y aplicarse una inyección de gammaglobulina antitetánica (anticuerpos contra el bacilo que actúan hasta que el organismo pueda crear sus propias defensas frente a la toxina, lo cual suele tardar veinte días).¹⁷ En el área rural donde la asistencia medica es escasa y casi nunca lo hay, por lo que el tratamiento de esta enfermedad es mortal, especialmente para los niños, por es necesario de una buena política de parte de las autoridades de salud para la prevención de la misma.

1.1.2.4 Bronquiolitis

“La Bronquiolitis es una enfermedad respiratoria aguda que afecta al tracto respiratorio inferior, caracterizada por una dificultad respiratoria provocada por la inflamación y obstrucción de las vías aéreas pequeñas o bronquiolos.....Esta patología tiene un carácter epidémico y suele presentarse con mayor frecuencia en las épocas de invierno. Su etiología está relacionada con cuadros infecciosos de origen viral, siendo el virus respiratorio sincitial el agente más frecuentemente implicado con esta enfermedad. Los niños pequeños, con edades inferiores a los 18 meses, son los que más tienden a sufrirla. Clínicamente cursa con una primera fase catarral, con aumento de las secreciones nasofaríngeas y la aparición de una

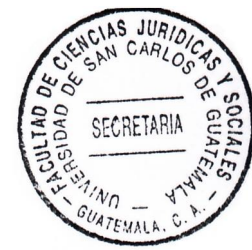
¹⁷ Biblioteca de consulta Microsoft ® encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft. **Tétanos.**



respiración bucal, y una segunda fase, llamada fase bronquiolar, en la que ya es evidente la obstrucción bronquial y la consiguiente dificultad respiratoria.

El mecanismo de contagio de la enfermedad es el mismo que el de la mayoría de las infecciones de vías respiratorias, es decir, a través de gotitas de secreciones respiratorias expulsadas al aire al hablar o al toser; o bien mediante el contacto directo con secreciones infectadas. Para el tratamiento de estos niños es fundamental mejorar las condiciones de humedad ambiental, favorecer una correcta hidratación, promover ejercicios respiratorios y, a veces, recurrir al uso de medicación broncodilatadora o incluso de oxígeno”.¹⁸ De acuerdo a lo anteriormente expuesto, es necesario que se mejore las condiciones de vida de las comunidades de los pueblos indígenas, ya que en la actualidad no se han tomado medidas serias para erradicar estas enfermedades que afectan a la población pobre; ya que los servicios de salud no llegan a los lugares marginados y si lo hay no se le da un tratamiento debido, además las condiciones en las que viven son precarias los lugares son inadecuados para un ser humano, donde no tienen acceso a los servicio básicos tales como: agua potable, energía eléctrica, y a una buena alimentación, de esa manera el Gobierno de Guatemala debe de crear programas para que estos servicios llegue a las poblaciones pobres.

¹⁸ Biblioteca de consulta Microsoft ® encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft. **Broquiolitis.**

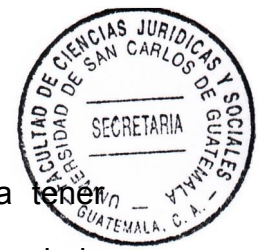


1.2 Causa de la mortalidad materna

1.2.1 Embarazo

Embarazo y parto, términos que comprenden el periodo de gestación del ciclo reproductivo humano. El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y éste óvulo fecundado se implanta en la pared del útero. Como el embarazo altera los esquemas hormonales normales de una mujer, uno de los primeros síntomas del embarazo es la pérdida del periodo menstrual. Otros síntomas son: aumento de la sensibilidad de las mamas, cansancio, náuseas, sensibilidad a los olores, mayor frecuencia en la micción, cambios de humor y aumento de peso. Ciertas mujeres también experimentan deseos de sustancias poco usuales, como hielo, arcilla o almidón de maíz. Este estado, llamado pica, puede ser indicativo de una insuficiencia de hierro u otros nutrientes. Antes de la duodécima semana de embarazo es posible que algunos de estos síntomas remitan, pero aparecen otros. Por ejemplo, los senos aumentan de tamaño y se oscurecen los pezones. El síntoma más evidente es el aumento de peso. En la actualidad la mayoría de los médicos aconsejan que el aumento de peso no supere los 12 kilogramos al final del embarazo.

Los primeros meses del embarazo son los más críticos para el niño en desarrollo, ya que durante este periodo se forman su cerebro, brazos, piernas y



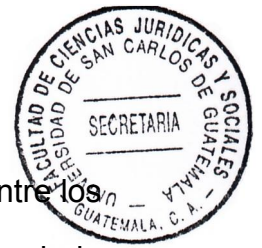
órganos internos. Es por esta razón que una mujer embarazada debería tener especial cuidado antes de tomar cualquier tipo de medicación si no es aconsejada por un médico que conoce su estado. También debería evitar los rayos X y el consumo de tabaco y alcohol.

1.2.1.1 Problemas

1.2.1.1.1 Complicaciones

La salud del hijo que está aún por nacer, preocupa sobre todo a las madres que superan los 35 años, ya que entonces son más frecuentes los problemas genéticos. Hay pruebas seguras y efectivas para detectar los desórdenes genéticos que causan subnormalidad y otros problemas. La prueba más común es la amniocentesis (procedimiento de extracción de una muestra del líquido amniótico que rodea al feto humano en el interior del útero). En el 95% de los casos en los que se realiza, el feto es normal. Ciertos médicos recomiendan a todas las mujeres de más de 35 años someterse a esta prueba.

Aunque la mayoría de los embarazos transcurre con normalidad, pueden surgir ciertas complicaciones. Una de ellas, bastante rara pero que supone peligro de muerte, es el embarazo ectópico o extrauterino, en que el óvulo fecundado se



implanta fuera del útero, ya sea en el abdomen o en una trompa de Falopio. Entre los síntomas están los dolores súbitos e intensos en la parte baja del abdomen hacia la séptima u octava semana de embarazo. Si no se trata quirúrgicamente con rapidez, el embarazo ectópico puede derivar en grandes hemorragias internas y posiblemente en la muerte.

Un 15% de todos los embarazos acaban en aborto espontáneo, que suele ocurrir entre la cuarta y la duodécima semana de embarazo. La mujer que sospeche que está embarazada y experimente punzadas abdominales o sangrado vaginal, debería consultar de inmediato con un médico.

La toxemia es otra complicación seria de la última etapa del embarazo. Los síntomas son hipertensión, aumento súbito y cuantioso de peso debido a un edema, llegando a ganar de 24 a 28 libras en un mes, y aparición de proteínas en la orina. Si no se trata, llega a producir ataques de apoplejía y coma que, en casos extremos, puede conducir a la muerte del niño. Cuando se diagnostica una toxemia grave, hay que extraer al niño lo antes posible para protegerlo tanto a él como a la madre. Esta situación desaparece con el nacimiento.

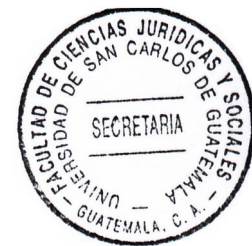


1.2.1.1.2 Hipertensión

“La hipertensión severa en el embarazo se conoce como preeclampsia; ésta puede desencadenar en la eclampsia, que puede ser fatal. El tratamiento consiste en reducir la tensión arterial con fármacos y, en casos graves, en parto prematuro para aliviar los síntomas. Preeclampsia, complicación del embarazo caracterizada por hipertensión arterial a partir de la vigésimo cuarta semana de gestación, proteinuria (eliminación de proteínas en la orina) mayor de 0,3 gramos por litro en 24 horas, o edema (acumulación de líquidos en el espacio intersticial de los tejidos) después de 12 horas de reposo en cama. La hipertensión arterial en el embarazo se define como la presión mayor de 140/90 mm Hg o el incremento en más de 30 mm Hg de la presión sistólica o de 15 mm Hg en la diastólica sobre la basal, tras 6 horas de reposo.

Las primicias juvenil o adultas de avanzada edad, la obesidad, la diabetes, la existencia de una mola (Masa carnosa que en algunos casos se produce dentro de la matriz, ocasionando las apariencias de la preñez) o el embarazo gemelar son algunos de los factores que favorecen esta complicación. El tratamiento se realiza en el medio hospitalario y consiste en reposo, dieta y uso de fármacos hipotensores. En ocasiones es necesario inducir la finalización precoz del embarazo”.¹⁹

¹⁹ Biblioteca de consulta Microsoft ® encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft. **Problemas en el embarazo.**



1.2.1.1.3 Eclampsia.

“Eclampsia, proceso agudo de convulsiones desencadenado por una hipertensión mal controlada durante el embarazo. La hipertensión durante el embarazo puede existir previamente o ser inducida por la gestación (denominada clásicamente toxemia del embarazo, puede manifestarse como preeclampsia, eclampsia o hipertensión gestacional). En la preeclampsia la hipertensión se acompaña de edema y proteinuria (excreción renal de proteínas). Afecta entre el 5 y 15% de las gestaciones, más frecuentemente en primíparas, embarazos gemelares y mujeres con antecedentes familiares.....Se especula con su etiopatogenia por isquemia uterina y/o factores inmunológicos o endocrinos. Debe detectarse precozmente mediante el control periódico y estricto de los factores de riesgo, la tensión arterial, el peso y la orina. Debe tratarse con hospitalización y reposo, dieta, sedantes, hipotensores y diuréticos, que en el área rural las mujeres indígenas no tienen este tipo cuidados.

La eclampsia aparece como fase final de la preeclampsia cuando ésta no se ha diagnosticado y controlado. Precedida por dolor de cabeza intensas, náuseas, vómitos, irritabilidad, trastornos visuales y oliguria, se inicia con una contracción tónica de 30 segundos seguida por contracciones clónicas durante dos o tres minutos, para acabar en coma. Es una urgencia médica y obstétrica con alta



mortalidad materno-infantil que se trata con hipotensores, diuréticos, dieta, sedantes y anticoagulantes y finalización del embarazo”.²⁰

1.2.2 Parto

“Un embarazo normal dura unas 40 semanas, o 280 días, contando desde el comienzo del último periodo menstrual. A veces las mujeres dan a luz mucho antes de la fecha esperada, lo que da origen a un niño prematuro. Un siete por ciento de los niños que nacen son prematuros, es decir, nacidos antes de la semana 37 de embarazo.

Los niños que nacen unas pocas semanas antes suelen desarrollarse con normalidad. Los últimos avances en el cuidado de niños prematuros permiten sobrevivir a muchas criaturas que nacen con 25 o 26 semanas. Si el embarazo dura más de 42 semanas, el parto recibe el nombre de parto postérmino.

El parto, proceso mediante el cual el niño es expulsado del útero por la vagina, comienza con contracciones irregulares del útero cada 20 o 30 minutos. A medida que avanza el proceso, aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones. La duración normal del parto para una madre que espera su primer hijo es de 13 a 14

²⁰ **Ibid**, pág. 2.



horas, y unas ocho o nueve para una mujer que ha dado a luz antes. No obstante existen grandes variaciones en cuanto a la duración del parto.

Tradicionalmente, el parto se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento. El primero comprende desde el comienzo de los dolores o contracciones hasta que el cuello uterino se ha dilatado completamente. El periodo de expulsión empieza en el momento en que el feto comienza a progresar a lo largo del canal del parto, una vez dilatado el cuello, y termina en el momento de su completa salida al exterior. Desde este momento, hasta la total expulsión de la placenta y sus membranas, se extiende el periodo de alumbramiento. Algunas mujeres prefieren algún tipo de anestesia para aliviar el dolor del parto. Sin embargo, el parto natural cada vez es más frecuente debido en parte a que muchas mujeres saben que la anestesia y la medicación que reciben pueden llegar rápidamente a través de la placenta al niño por nacer.

Otra opción para conseguir una disminución de las molestias durante el parto es la anestesia local, donde sólo se duermen aquellas partes del cuerpo de la madre afectadas por el dolor del parto. Tales anestésicos incluyen el bloqueo de la parte inferior de la espina dorsal y la inyección epidural, con la que se anestesia la región pélvica. La epidural no se debe usar al principio de la dilatación porque prolonga peligrosamente el parto; después sólo se utiliza para calmar el dolor de la expulsión (y quizás de la dilatación final). Otra opción es la cesárea, que consiste en sacar al bebé del útero quirúrgicamente, pero no es una alternativa para el dolor. Sirve para



evitar algunas complicaciones del parto natural y sólo se realiza si existe una razón médica específica”.²¹ En la mayoría de los pueblos indígenas donde el parto la atienden parteras o comadronas, o donde la atención medica es mínima o no lo hay se deben de crear programas de capacitación a las comadronas para cualquier emergencia y complicación que se pueda dar en el parto, ya que la mayoría de las mujeres indígenas le tienen mayor confianza a las comadronas.

1.2.3 Aborto

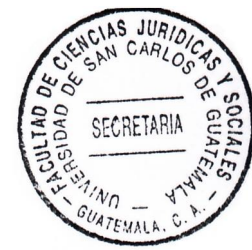
“El aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente...Se habla de parto prematuro si la salida del feto desde el útero tiene lugar cuando éste ya es viable (capaz de una vida independiente), por lo general al cabo del sexto mes de embarazo”.²²

1.2.3.1 Tipos

El aborto puede ser espontáneo o inducido. Los fetos expulsados con menos de cero punto cinco Kg. de peso o 20 semanas de gestación se consideran abortos.

²¹ **Ibid**, Pág. 3.

²² Biblioteca de consulta Microsoft ® encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft, **El aborto**.



1.2.3.1.1 Espontáneo

“Se calcula que el 25% de todos los embarazos humanos finalizan en aborto espontáneo, y tres cuartas partes de los abortos suceden en los tres primeros meses de embarazo. Algunas mujeres tienen cierta predisposición a tener abortos, y con cada aborto sucesivo disminuyen las posibilidades de que el embarazo llegue a término. Las causas del aborto espontáneo no se conocen con exactitud. En la mitad de los casos, hay alteración del desarrollo del embrión o del tejido placentario, que puede ser consecuencia de trastornos de las propias células germinales o de una alteración de la implantación del óvulo en desarrollo”.²³

“También puede ser consecuencia de alteraciones en el entorno materno. Algunas mujeres que han tenido abortos repetidos padecen alteraciones hormonales. Otros abortos espontáneos pueden ser consecuencia de situaciones maternas anormales, como enfermedades infecciosas agudas, enfermedades sistémicas como la nefritis, diabetes o traumatismos graves. Las malformaciones y los tumores uterinos también pueden ser la causa; la ansiedad extrema y otras alteraciones psíquicas pueden contribuir a la expulsión prematura del feto”.²⁴

El síntoma más común de una amenaza de aborto es el sangrado vaginal, acompañado o no de dolor intermitente. Sin embargo, una cuarta parte de las

²³ **Ibid**, pág. 3.

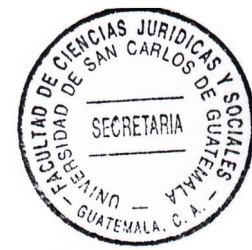
²⁴ **Ibid**. pág. 4.



mujeres gestantes tienen pequeñas pérdidas de sangre durante las fases precoces del embarazo, y de éstas el 50% llevan el embarazo a término. El tratamiento para una situación de riesgo de aborto consiste en llevar reposo en cama. En mujeres con varios abortos puede ser necesario el reposo en cama durante todo el embarazo. El tratamiento con vitaminas y hormonas también puede ser eficaz. En ocasiones deben corregirse quirúrgicamente las anomalías uterinas si son causa de abortos de repetición.

En un aborto espontáneo, el contenido del útero puede ser expulsado del todo o en parte; sin embargo, en ocasiones, el embrión muerto puede permanecer en el interior del útero durante semanas o meses: es el llamado aborto diferido. La mayor parte de los médicos recomiendan la excisión quirúrgica de todo resto embrionario o placentario para eliminar las posibilidades de infección o irritación de la mucosa uterina.

Las causas de la mortalidad materno infantil provenientes del aborto, en el área rural especialmente del pueblo indígena, se dan de acuerdo a los siguientes factores: primero, que la atención médica es escasa o no la hay; segundo cuando el parto es riesgoso la comadrona no puede darle una buena atención por desconocimiento en estos casos; Tercero cuando el médico o en el centro de salud le recomiendan guardar reposo a la madre no puede hacerlo porque tiene que trabajar y no tiene alguien quien la pueda ayudar en el trabajo del hogar.



1.2.3.1.2 Inducido

“El aborto inducido es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina. En función del periodo de gestación en el que se realiza, se emplea una u otra de las cuatro intervenciones quirúrgicas siguientes: la succión o aspiración puede ser realizada durante el primer trimestre (hasta la duodécima semana). Mediante el uso de dilatadores sucesivos para conseguir el acceso a la cavidad uterina a través del cérvix (cuello del útero), se introduce un tubo flexible conectado a una bomba de vacío denominado cánula para extraer el contenido uterino. Puede realizarse en un periodo de tiempo que va de cinco a diez minutos en pacientes no internadas. A continuación se introduce una legra (instrumento metálico forma de cuchara) para eliminar por raspado cualquier resto de las cubiertas uterinas. El método de aspiración, introducido en China en 1958, pronto sustituyó al método anterior de dilatación y legrado (en el que la legra se utilizaba para extraer el feto). Durante la primera parte del segundo trimestre la interrupción del embarazo se puede realizar por una técnica especial de legrado-aspiración combinada a veces con fórceps, denominada dilatación y evacuación. La paciente debe permanecer ingresada en el hospital puesto que puede haber hemorragias y molestias tras la intervención.

A partir de la semana 15 de gestación el método más empleado es el de infusiones salinas. En esta técnica se utiliza una aguja hipodérmica o un tubo fino para extraer una pequeña cantidad de líquido amniótico del útero a través de la pared



abdominal. Este líquido es sustituido lentamente por una solución salina concentrada al 20%. Entre 24 y 48 horas empiezan a producirse contracciones uterinas, que producen la expulsión del feto y la paciente puede abandonar el hospital uno o dos días después. Los abortos tardíos se realizan mediante histerotomía: se trata de una intervención quirúrgica mayor, similar a la cesárea, pero realizada a través de una incisión de menor tamaño en la parte baja del abdomen. Como alternativa a estos procedimientos, existe una píldora denominada RU-486 que bloquea la hormona progesterona y es eficaz en los primeros 50 días de gestación. La RU-486 se desarrolló en Francia y en 1988 se legalizó su uso.

Los abortos del primer trimestre son relativamente sencillos y seguros cuando se realizan en condiciones clínicas adecuadas. Los riesgos de complicaciones aumentan de manera paralela a la edad de la gestante y consisten en infecciones, lesiones del cuello uterino, perforación uterina y hemorragias. Hay situaciones clínicas concretas en las que un aborto inducido, incluso tardío, supone menor riesgo para la paciente que la terminación del embarazo”.²⁵

1.2.3.2 Regulación

En la antigüedad la realización de abortos era un método generalizado para el control de natalidad. Después fue restringido o prohibido por la mayoría de las

²⁵ **Ibid**, pág. 6.



religiones, pero no se consideró una acción ilegal hasta el siglo XIX. El aborto se prohibió para proteger a las mujeres de intervenciones quirúrgicas que, en aquella época, no estaban exentas de riesgo; la única situación en la que estaba permitida su práctica era cuando peligraba la vida de la madre. En ocasiones también se permitía el aborto cuando había riesgos para la salud materna.

Durante el siglo XX la legislación ha liberalizado la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares. Los abortos por voluntad expresa de la madre fueron legalizados primero en la Rusia posrevolucionaria de 1920; posteriormente se permitieron en Japón y en algunos países de Europa del Este después de la II Guerra Mundial. A finales de la década de 1960 la despenalización del aborto se extendió a muchos países. Las razones de estos cambios legales fueron de tres tipos: 1) el infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales; 2) la sobrepoblación mundial; 3) el auge del movimiento feminista. Hacia 1980, el 20% de la población mundial habitaba en países donde la legislación sólo permitía el aborto en situaciones de riesgo para la vida de la madre. Otro 40% de la población mundial residía en países en los que el aborto estaba permitido en ciertos supuestos riesgo para la salud materna, situaciones de violación o incesto, presencia de alteraciones congénitas o genéticas en el feto o en situaciones sociales especiales (madres solteras o con bajos ingresos). Otro 40% de la población mundial residía en países donde el aborto estaba liberalizado con las únicas condicionantes de los plazos legales para su realización. El movimiento de despenalización para ciertos supuestos, ha seguido creciendo desde entonces en todo el mundo y ha sido defendido en las conferencias mundiales

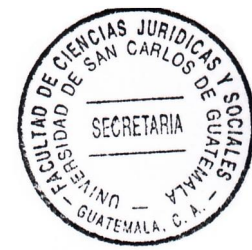


sobre la mujer, especialmente en la de Pekín de 1995, aunque todavía hay países que sobre todo por razones religiosas se ven presionados a mantener legislaciones restrictivas y condenatorias con respecto al aborto. En nuestro medio, especialmente en la población indígena el aborto es algo que no se da, por el solo hecho que el nacimiento es algo sagrado para ellos y que no pueden quitarle la vida a un ser que solo Dios la puede quitar, y que ellos no tienen derecho a hacerlo.

1.3 Violencia

Se conoce a la violencia como “acción y efecto de aplicar medios violentos (uso de fuerza) a cosas o personas para vencer su resistencia. La repercusiones jurídicas de ese proceder son tanto de orden civil como penal”.²⁶ Con respecto al primero, porque un acto ilegal a la libre voluntad de las personas en la realización de los actos jurídicos, por lo cual es causa de nulidad de los mismos. Segundo la violencia puede ser ejercida por una persona sobre otras de modo material o moral; en el primer caso, la expresión equivale a fuerza; y en el segundo, a intimidación.

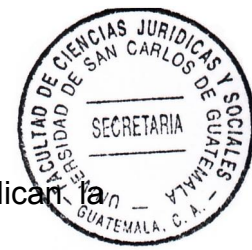
²⁶ Ossorio, Manuel, **Diccionario de ciencias jurídicas y sociales**. pág. 786.



1.3.1 Doméstica o Intrafamiliar

Conociendo la definición de violencia podemos llamar a la violencia intrafamiliar como a todos los actos violentos cometidos en el hogar entre miembros de una familia, entre los padres y entre padre e hijos o madre e hijos. En la década de 1970 las feministas analizaron el alcance de la violencia intrafamiliar (considerada como un fenómeno exclusivamente masculino) y se crearon centros de acogida y de ayuda para las mujeres maltratadas y para sus hijos. La violencia doméstica también está relacionada con los niños maltratados (muchas veces, aunque no siempre, por abuso sexual) y con acciones verbales y psicológicas que pueden ser cometidas tanto por mujeres como por hombres.

Algunos autores buscan el origen de los conflictos subyacentes a la violencia doméstica en las rutinas del hogar adaptadas a una fuerza de trabajo exclusivamente masculina, que ha dejado de monopolizar los ingresos económicos de la familia con la incorporación de la mujer al trabajo, la pobreza y la escasa movilidad social. A lo largo de la historia, el patriarcado, según el movimiento feminista, ha puesto el poder en manos de maridos y padres en cualquier relación conyugal o de pareja. “El suttee entre los hindúes (que exige que la viuda se ofrezca en la pira funeraria de su marido), el infanticidio femenino en la cultura china e india dominadas por hombres, los matrimonios concertados entre los musulmanes, que pueden llevar al asesinato o



a la tortura de la mujer, y la esclavitud doméstica en el nuevo hogar indican la presencia endémica de sexismo y violencia doméstica masculina”.²⁷

Se desconoce si este tipo de violencia es un fenómeno en alza o en baja, incluso en países donde hoy existe un mayor número de denuncias y de registros que en épocas anteriores. Por un lado, es probable que haya una mayor predisposición a denunciar estos hechos al existir una mayor independencia femenina, más oportunidades de trabajo fuera del hogar, mayor conciencia feminista y más posibilidades de anticoncepción. Por otro lado, la motivación para la violencia es menor al existir una mayor libertad de elección de compañero, menos matrimonios forzados y una mayor emancipación de la mujer en cuanto a propiedad, estudios y divorcio. Ninguno de estos elementos puede ser evaluado con exactitud. La tecnología de la información actual ayuda a recopilar datos, pero en cambio resulta difícil conocer los procesos y los antecedentes. Algunas feministas radicales opinan que es la familia la raíz del problema y que la solución está en liberarse del hombre, mientras que en el extremo opuesto otros opinan que la mujer debe limitarse a su papel de ama de casa y madre.

Aunque no puede afirmarse que toda la violencia sea cometida por hombres, sí ocurre así en la mayoría de los casos. A veces son el padre y la madre juntos quienes cometen las agresiones, como en el caso de malos tratos a los hijos. La patología del maltrato infantil, desgraciadamente, no tiene fin. El fratricidio, asesinato

²⁷ Biblioteca de consulta Microsoft ® encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft. **Violencia doméstica.**



de un hermano, también ha sido un hecho frecuente en las sociedades con derechos de primogenitura. Las herencias de coronas y títulos y las herencias de propiedades han dado origen a fraudes y asesinatos. Los hermanos varones, que han constituido a veces grupos de venganza en sociedades poco estructuradas, aún siguen operando en el mundo de la mafia y en círculos criminales.

1.3.2 Tipos de maltrato

1.3.2.1 Infantil

Uso intencionado de la fuerza física u omisión de cuidado por parte de los padres o tutores que tienen como consecuencia heridas, mutilación o incluso la muerte del niño.

El término maltrato infantil abarca una amplia gama de acciones que causan daño físico, emocional o mental en niños de cualquier edad. Sin embargo, el tipo de maltrato infligido varía con la edad del niño. Los malos tratos en bebés y niños en edad preescolar suelen producir fracturas, quemaduras y heridas intencionadas. En casi todos los casos de acoso sexual el agresor suele ser un hombre y la víctima una niña en edad escolar o adolescente. Sin embargo, en los últimos tiempos está



aumentando el número de niños varones en edad preescolar que sufren este tipo de maltrato.

Tal vez el tipo más común de malos tratos es el abandono, es decir, el daño físico o emocional a causa de deficiencias en la alimentación, el vestido, el alojamiento, la asistencia médica o la educación por parte de los padres o tutores. Una forma común de abandono entre los niños es la subalimentación, que conlleva un desarrollo deficiente e incluso a veces la muerte.

1.3.2.2 Por parte de los padres

Los estudios han revelado que la mayor parte de los padres que abusan de sus hijos, habían sufrido ellos también la misma situación por parte de sus progenitores. Algunos investigadores afirman que este tipo de padres presentan una personalidad infantil, mientras que otros opinan que éstos esperan de forma poco realista que sus necesidades psicológicas sean cubiertas por sus hijos y que al no ver cumplidas estas expectativas experimentan un gran estrés y se vuelven violentos en las relaciones con sus hijos. A pesar de este enfoque psicopatológico, pocos padres de este tipo pueden ser considerados verdaderos psicóticos o sociópatas, dado que en otras facetas de la vida funcionan sin distorsiones sociales y psicológicas.



Casos de malos tratos se dan en todos los grupos religiosos, étnicos raciales, y en todas las áreas geográficas. La gran mayoría de casos de maltrato infantil se dan en las familias con menos recursos, tal vez debido a la falta de oportunidades educativas para poder manejar las frustraciones emocionales y económicas.

1.3.3 Prevención

La preocupación generalizada, en Guatemala, ante el creciente número de denuncias de malos tratos infantiles ha llevado a aprobar leyes específicas que pretenden identificar, registrar y tratar este tipo de casos, aunque cada vez la atención está más enfocada a la prevención. En la Constitución Política de la República de Guatemala en su artículo 47 regula sobre la protección a la familia y establece; “El estado garantiza la protección social económica y jurídica de la familia. Promoverá su organización sobre la base legal del matrimonio, la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos”.²⁸ De acuerdo a este principio constitucional en la actualidad contamos con leyes que tienden a sancionar la violencia en la familia, como lo es la Ley para Prevenir y Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar y la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, pero lastimosamente estas no se cumplen por no tener mecanismo para la protección

²⁸ Constitución Política de la República de Guatemala, Asamblea Nacional Constituyente, Guatemala 1986.



del denunciante y por miedo de represalias por parte del infractor se limitan a no denunciarlos.

Es necesario la puesta en marcha de soluciones a corto plazo para el cuidado de niños y de servicios de ayuda a los padres, ha puesto de relieve que los malos tratos infantiles a menudo tienen lugar cuando los padres se encuentran bajo una fuerte y continua tensión producida por problemas familiares que no pueden controlar. Para impedir la división de las familias e intentar resolver el problema de los niños maltratados es necesario que la sociedad entienda mejor el papel vital que juegan aquí las fuerzas sociales y económicas. La prevención eficaz requiere un cambio fundamental de los valores sociales y de las prioridades públicas que permita aliviar las condiciones de pobreza, desempleo, vivienda inadecuada y mala salud de la gran mayoría de familias con este tipo de problemas. También es necesario poner un mayor énfasis en los derechos de los niños y en las responsabilidades de los padres hacia sus hijos.

Recientemente en Guatemala fue suscrito un convenio entre el organismo Judicial, Ministerio Público, Secretaria Presidencial de la Mujer, instituto Nacional de Estadística, red de la no Violencia contra la Mujer y otras entidades que integran la CONAPREVI (Coordinación Nacional Para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar), para fijar líneas de trabajo que impidan el crecimiento de la violencia intrafamiliar, ya que la violencia intrafamiliar y lesiones por abuso sexual se incrementaron en un 15% en comparación con el año pasado. “El fiscal general



anunció que su primer paso es la contratación de 300 investigadores a partir del segundo semestre de este año, quienes se encargarán de esclarecer los asesinatos de mujeres y niños por medio de las fiscalías respectivas”.²⁹

1.4 Pobreza

“Conocida la pobreza, como la circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de atención médica, alimento, vivienda, vestido y educación”.³⁰ La pobreza relativa es la experimentada por personas cuyos ingresos se encuentran muy por debajo de la media o promedio en una sociedad determinada. La pobreza absoluta es la experimentada por aquellos que no disponen de los alimentos necesarios para mantenerse sanos. Sin embargo, en el cálculo de la pobreza según los ingresos, hay que tener en cuenta otros elementos esenciales que contribuyen a una vida sana. Así, por ejemplo, los individuos que no pueden acceder a la educación o a los servicios médicos deben ser considerados en situación de pobreza.

²⁹ Al Día 26 de marzo 2006. **Contra la violencia**. pág. 8.

³⁰ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Informe Nacional de Desarrollo Humano 2003**. pág.12.



1.4.1 Causas

Las personas que, por cualquier razón, tienen una capacidad muy por debajo de la media para ganar un salario (50% del precio pagado por el trabajo), es probable que se encuentren en situación de pobreza. Históricamente, este grupo viene formado por personas mayores, discapacitados, madres solteras y miembros de algunas minorías. En los países occidentales, un sector considerable de población en situación de pobreza (el 30%) está constituido por madres solteras con hijos. Esto no se debe únicamente a que las mujeres que trabajan fuera de casa suelen ganar menos que los hombres, sino fundamentalmente a que una madre soltera tiene dificultades para poder cuidar a sus hijos, ocuparse de su vivienda y obtener unos ingresos adecuados al mismo tiempo. Otros grupos son los discapacitados con personas a su cargo, familias numerosas y otras que son la cabeza de la familia que está en situación de desempleo o tienen un salario mínimo.

La falta de oportunidades educativas es otra fuente de pobreza, ya que una formación insuficiente conlleva menos oportunidades de empleo; la gran parte de la pobreza en el mundo se debe a un bajo nivel de desarrollo económico. En Guatemala la situación de exclusión y discriminación en que viven las comunidades indígenas que se ha mantenido luego de finalizar el conflicto armado. De hecho, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo sostuvo en el año 2002 que la relación entre composición étnica de la población guatemalteca y pobreza son el reflejo de una exclusión sistemática de la población indígena de la dinámica social, económica y



política del país, en claro detrimento de su bienestar y desarrollo, tanto a nivel individual como colectivo.

1.4.2 Efectos

Decenas de miles de personas en situación de pobreza fallecen cada año a causa del hambre y la malnutrición en todo el mundo. Además, el índice de mortalidad infantil es superior al promedio de años de vida que una persona puede vivir según su año de nacimiento. Parece inevitable que la pobreza esté, según los criminólogos, vinculada al delito, aun cuando la mayor parte de las personas con muy bajos ingresos no sean delincuentes y estos últimos no suelen sufrir graves carencias. Otros problemas sociales, como las enfermedades mentales y el alcoholismo, son más habituales, debido a que son causas y efectos de la escasez de recursos económicos y de una atención médica inadecuada.

1.4.3 Distribución

“La pobreza ha sido considerada como indicador de desigualdad de clase social y sexo en las sociedades industriales, en donde las mujeres que viven solas y las familias de clase baja presentan el nivel más bajo de pobreza. Asimismo, ha sido considerada como un indicador de trato económico desigual entre los países

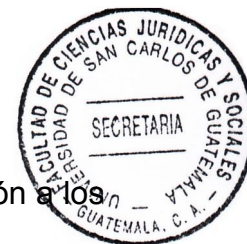


desarrollados y en vías de desarrollo, estando la riqueza acumulada en los primeros y la pobreza en los segundos, lo que forma la denominada línea Norte-Sur. Las zonas más pobres del mundo son el sur de Asia (Bangladesh, India y Pakistán), los países subsaharianos, norte de África, Oriente Próximo, Latinoamérica y este de Asia”.³¹

A lo largo de muchas generaciones se ha manejado en Guatemala ciertos estereotipos negativos contra los indígenas que lo califican de inferior y por lo tanto no apta para ser fuente de desarrollo, nos damos cuenta en la gran diferencia que existe en las grandes inversiones que se da en la ciudad donde se invierten grandes millones de quetzales en infraestructura inclusive en obras innecesarias, en cambio en el área rural donde la mayoría de los habitantes son indígenas no se invierte en salud, educación, alimentación, por otro lado los indígenas que trabajan en los consejos Comunitario de Desarrollo rural lo hacen de manera gratuita, mientras que en el área urbana, los ladino o mestizos que trabajan en los consejos Departamentales de Desarrollo, trabajan por un salario, con esto se da uno cuenta que la discriminación que es objeto el indígena y la indiferencia de parte del gobierno por cambiar estas estructuras de discriminación y marginación hacia los indígenas.

La mayoría de las comunidades de los pueblos indígenas viven en extrema pobreza, la gran incidencia del hambre y la malnutrición en Guatemala no es simplemente una cuestión de falta de alimentos. Está más relacionada con la

³¹ Biblioteca de consulta Microsoft ® encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft. **Pobreza.**



desigual distribución de los recursos, y sus efectos en el acceso de la población a los alimentos. “Guatemala es uno de los países con mayores desigualdades en la distribución de la riqueza del mundo, y su concentración es extrema: el cinco punto seis por ciento de las familias más ricas controlan el 50% de los ingresos totales”.³² “El crecimiento económico no ha reducido las desigualdades, ya que las ventajas del crecimiento han revertido principalmente sobre los ricos”.³³ “La tierra también se concentra en manos de pocos, ya que el 2% de la población es propietaria del 70 al 75% de las tierras agrícolas. Según las organizaciones no gubernamentales (ONG), existen 47 plantaciones de enormes dimensiones que ocupan 3.700 ha y comprenden grandes extensiones sin cultivar, mientras que el 90% de los pequeños agricultores tratan de sobrevivir con menos de 1 ha”.³⁴ Estas desigualdades tan extremas significan que la mayoría de los guatemaltecos quedan excluidos del desarrollo, el hambre y la exclusión contribuyen a la delincuencia y al conflicto social.

“Dos terceras partes de los habitantes de Guatemala son demasiado pobres para poder alimentarse adecuadamente; en más del 60% de los hogares de Guatemala, el gasto en alimentos no alcanza a cubrir los requisitos dietéticos mínimos diarios.”³⁵ “Según estadísticas del Gobierno, un tercio de las familias guatemaltecas no pueden costear ni siquiera la mitad de la canasta familiar (2.172 calorías por persona y por día).”³⁶ “El salario mínimo legal no se fija en relación con el costo de los alimentos, y actualmente cubre únicamente el 56% de la canasta

³² Programa de las Naciones Unidas. **Ob. Cit**; pág. 14.

³³ **Ibid**, pág. 13.

³⁴ WIESE. A, y Bosien M. Wolpold. **The Human Right to Food in Guatemala Report FIAN International, 2004.**
www.Ops.org.gt/ADS/san/san.hym.

³⁵ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Evaluación común para los países 2002**.pág. 17.

³⁶ **Ibid**, pág. 25.



familiar. Los precios de los alimentos han aumentado más rápido que el salario mínimo.”³⁷ y “el precio de las tortillas, el alimento básico de Guatemala, se incrementó en un 66% en 2004.”³⁸

“Más de la mitad de la población (el 56%) vive en la pobreza,”³⁹ “especialmente en las zonas rurales de las regiones noroccidental, el departamento de San Marcos y la región sur occidental,”⁴⁰ “La extrema pobreza se concentra sobre todo en los pueblos indígenas (70%), especialmente los mam y los q'echi, lo cual refleja una grave discriminación contra la población indígena guatemalteca”.⁴¹

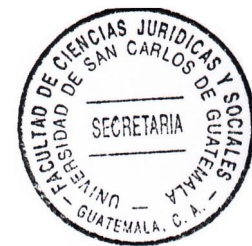
³⁷ **Mesoamerica Famine Early Warning System (MFEWS), *Special Report*, MFEWS Food.** pág 6.

³⁸ **Ibid**, pág. 17.

³⁹ **Banco Mundial.** [www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco Mundial//NEWSSPANISH/o, contentMDK](http://www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco%20Mundial//NEWSSPANISH/o,contentMDK).

⁴⁰ Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD). **Evaluación común para los países 2002** pág. 16.

⁴¹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Informe nacional de desarrollo humano 2003.** pág. 14.



CAPÍTULO II

2. Políticas del Estado para combatir la mortalidad materna infantil

Guatemala está tomando una serie de medidas, que van desde la implementación de nuevas políticas de salud materna hasta ocuparse de la calidad de los servicios de salud para mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos, con el objetivo de reducir la cantidad de muertes e incapacidades relacionadas con las complicaciones del embarazo, el parto y el posparto. “Pero no es suficiente ya que sólo en el año 2000, 651 mujeres murieron por éstas causas, y muchas otras más sufrieron lesiones. En otras palabras, en ésta nación centroamericana de 12 millones de personas, en la que la tasa global de fecundidad se estima en aproximadamente cinco niños por cada mujer, dos mujeres murieron cada día por causas relacionadas con el embarazo”.⁴²

Haremos un breve análisis histórico de sobre el trabajo que ha realizado el Estado sobre la prevención de la mortalidad materno infantil desde el año de 1950. En Guatemala, la apreciable caída de la mortalidad ha tenido lugar sin que se modifique fuertemente su composición en la misma. “En efecto, la tasa de mortalidad descendió del 22 por mil en el quinquenio 1950 -1955 al nueve por mil en el

⁴² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). **Estrategias y programas de reforma del sector salud**. Guatemala 2003. pág. 25.

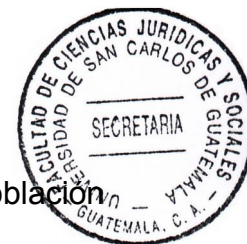


quinquenio 1985-1990, y ha sido la tasa específica de los menores de cinco años la que más se ha reducido”.⁴³ Sin embargo, siguen siendo esos menores los que representan la mayor proporción de las muertes anuales (el 66% en 1950-1955 y el 44% en 1985-1990).

Esto refleja una apreciable insatisfacción de las necesidades de salud materno-infantil, en un país con una tasa de natalidad tan alta como la de Guatemala. La mortalidad de las mujeres ha disminuido más rápidamente que la de los hombres, especialmente en las edades adultas. De ésta forma, la composición por sexo de las muertes es claramente desfavorable a los hombres, especialmente entre los 20 y los 59 años. Mujeres y hombres comparten las principales causas de muerte cuando se examinan todas las edades: debido al peso que posee en ese conjunto la mortalidad infantil, tienen fuerte presencia las enfermedades infectocontagiosas. Las diferencias más claras están referidas a las razones del mantenimiento de la mayor mortalidad masculina; los accidentes y las muertes producidas por la violencia política.

En 1984, los homicidios y la guerra eran la tercera causa de muerte en los varones de todas las edades y especialmente la de los niños, mujeres y ancianos que se quedaron en las aldeas. Y si a ello se agregara el número de muertes producido por los accidentes (cuarta causa de muerte), se podría observar que el 25% de las muertes que suceden en la población masculina, se debe a éste conjunto de traumatismos. La otra diferencia se refiere a la mortalidad por causas en el

⁴³ **Causas de la mortalidad infantil.** [www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco Mundial/ NEWSPANISH/o_contentMDK](http://www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco%20Mundial/NEWSPANISH/o_contentMDK)



embarazo, aunque ésta se aprecia reducida cuando se examina la población femenina en todas las edades. El peso de los problemas obstétricos como causa de muerte en las mujeres se hace mucho más evidente al examinar la mortalidad en las edades adultas. La obstétrica era en 1984 la cuarta causa de muerte en las mujeres de 25 a 44 años, después de las infecciones intestinales y respiratorias y los tumores.

“También destaca el peso de los accidentes en los hombres: éstos provocaban en 1984 el 46% de las muertes en varones de 15 a 24 años y el 34% de los que tienen entre 25 y 44 años...La mortalidad infantil en Guatemala ha disminuido apreciablemente en los últimos veinte años, si bien su nivel actual sigue siendo uno de los más altos de América Latina. En 1970 morían anualmente 111 niños menores de un año por cada mil nacidos vivos y en 1989 esa cifra había descendido a 57”.⁴⁴

“Es importante destacar que la mayoría de las defunciones infantiles se producen en el período postneonatal (entre uno y once meses) y no en el neonatal (menores de un mes), situación contraria a la de los países donde ha mejorado efectivamente el estado de salud. Así, aunque la tasa de defunciones postneonatales se ha reducido (del 72 por mil en 1970 al 40 por mil en 1988), su proporción dentro del conjunto de defunciones infantiles (hasta un año) sigue manteniéndose constante: en 1970 era el 65% del total y en 1988 el 62% del mismo”.⁴⁵

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Las condiciones de salud en las Américas**. Consultado en www.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/spp36-08-s.pdf

⁴⁵ Instituto Nacional de Estadística (INE), **Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995**.



“Sobre la mortalidad de los niños de uno a cuatro años también se observa que su descenso tiene lugar variando sólo lentamente su peso en el total de defunciones anuales: la tasa cayó de 14 por mil en 1970 a siete por mil en 1989, pero en 1970 suponían el 54% del total de defunciones anuales de todas las edades y quince años después todavía continuaban siendo el 44% de dichas muertes”.⁴⁶

También ha variado con lentitud el cuadro de causas que provocan la mortalidad infantil. Las principales causas siguen siendo las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias, tradicionales en la región centroamericana. Destaca que aparezca como causa directa de muerte (la cuarta a mediados de los ochenta) la desnutrición, indicador evidente de las condiciones básicas de salud de los niños guatemaltecos.

El estudio de CELADE sobre el número de muertes infantiles evitables, estima que sería un 87% de las que actualmente se producen, si se compara la mortalidad infantil de Guatemala con la de un país próximo con mejor estado de salud, Costa Rica (otros estudios que comparan la mortalidad infantil de Guatemala con la de los países desarrollados aumentan esa cifra de evitabilidad).

Ciertamente, la disminución de las causas mayoritarias infectocontagiosas y parasitarias serían las que reducirían más rápidamente la mortalidad general, y

⁴⁶ **Ibid**, pág. 2.



sobresale una porción importante de ellas que serían prevenibles mediante vacunación.

2.1 Situación actual de la mujer guatemalteca

“Según se afirma en la Encuesta de Demografía y Salud de Guatemala de 1995, 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”.⁴⁷ “Estas mujeres mueren, por lo general, en sus casas, y tienen poco acceso a una atención de salud debidamente capacitada”.⁴⁸ “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”.⁴⁹ 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.

Las mujeres indígenas son las que habitan en las condiciones de vida más precarias, las que tienen las tasas de fecundidad más altas, y el menor porcentaje de

⁴⁷ **Ibid**, pág. 4.

⁴⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPS). **Línea basal de mortalidad materna para el año 2002**.

⁴⁹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas**. Consultado en línea www.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/spp36-08-s.pdf



nacimientos asistidos por médicos o enfermeras. La tasa de mortalidad materna para este grupo es tres veces mayor (211 muertes por cada 100,000 nacimientos) que para el grupo no-indígena (70 por cada 100,000 nacimientos), según el informe Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. A nivel nacional, los departamentos en los que la mortalidad materna está por encima del promedio nacional son: Alta Verapaz y Petén (región norte), Sololá y Totonicapán (suroeste), Huehuetenango y El Quiché (noroeste) e Izabal (noreste).

“Más de la mitad de las muertes maternas tienen lugar debido a un sangrado excesivo. Otras ocurren a causa de infecciones, hipertensión inducida por el embarazo, o abortos realizados de manera poco segura”.⁵⁰ Entre otras cosas, la mayoría de las muertes maternas tienen lugar en el hogar de la persona afectada.

2.1.1 Políticas y planes de salud

En la Constitución Política de la República, la salud es reconocida como derecho fundamental, en su artículo 94 regula sobre la obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. “Los Acuerdos de Paz sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria y en su

⁵⁰ *Ibid*, pág. 3.



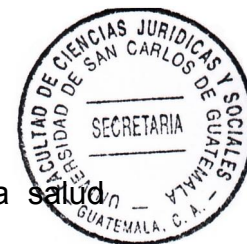
capitulo II sobre desarrollo social, constituyen un instrumento de política pública que sustenta la reforma del sector salud y el proceso de extensión de cobertura. Dicha reforma debe ser orientada hacia el efectivo ejercicio por la población del derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna, y el efectivo desempeño por el Estado, dotado de los recursos necesarios, de su obligación sobre salud y asistencia social”.⁵¹ El Código de Salud aprobado en noviembre de 1997, en su Artículo 1 regula: Del derecho a la salud. “Todos los habitantes de la Republica tiene derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna y que el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social ejerce formalmente la conducción sectorial y tiene a su cargo la rectoría del sector salud, entendida como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud en el ámbito nacional que constituye la base jurídica para el desarrollo de una reforma del sector salud con capacidad de influencia más allá de las instituciones públicas....El Código de Salud, establece la obligación del MSPAS de proveer servicios gratuitos a quienes carezcan de medios para costearla, priorizando la población carente de acceso a servicios”.⁵²

2.1.2 Políticas de salud del año 2004-2007

- a) Salud integral de los grupos familiares.
- b) Salud de los pueblos mayas, garífuna y xinca, con énfasis en la mujer.

⁵¹ **Acuerdos de paz sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria.** Pág. 11.

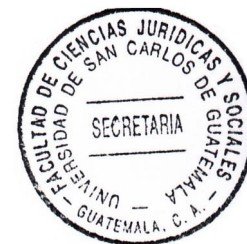
⁵² **Código de Salud.** Decreto Número 90-97 del Congreso de la República de Guatemala. 1997.



- c) Salud de la población migrante y desarrollo y fortalecimiento de la salud integral a otros grupos.
- d) Ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con calidad y sostenibilidad.
- e) Desarrollo del saneamiento básico y ambiente.
- f) Acceso a medicamentos esenciales y medicina tradicional.
- g) Desarrollo estratégico del recurso humano.
- h) Desarrollo, desconcentración y descentralización institucional.
- i) Coordinación intra e intersectorial.
- j) Mejoramiento y optimización de la cooperación externa.
- k) Desarrollo del financiamiento del sector salud.

“Estrategias y programas de reforma del sector salud, el propósito de la Reforma del Sector Salud contempla "la transformación integral del modelo de producción social de la salud, en donde es necesario mejorar la eficiencia y equidad en la prestación de servicios de salud".⁵³

⁵³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), **Estrategias y programas de reforma del sector salud**. Guatemala, 2003.



2.1.3 Objetivos específicos

1. Extender las coberturas de los servicios básicos de salud focalizándolos en lo más pobres;
2. Aumentar el gasto público y ampliar las fuentes de financiamiento del sector asegurando su sustentabilidad;
3. Reorientar la asignación de los recursos;
4. Aumentar la eficiencia del sector público en el desempeño de sus funciones y la producción de servicios;
5. Generar una respuesta social organizada con una amplia base de participación social y comunitaria.

Se hace énfasis en la organización de los servicios financiados públicamente para la extensión de cobertura hacia la población rural carente de acceso. En 1996, se estimaba en 46% la población no cubierta con servicios de salud. Entre los años 1997 y 2000 se logró un incremento de cobertura del 35% de la población total. La estrategia se basó en una alianza entre el gobierno, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y las Organizaciones no Gubernamentales (ONG).

Organización institucional del sistema de salud, el sistema de salud está conformado por tres grandes subsectores: privado lucrativo, privado no lucrativo y público. Tradicionalmente desvinculados entre sí. El subsector público lo encabeza el



MSPAS, responsable de ejercer la rectoría del sector y uno de los principales proveedores directos de servicios a población abierta. Otros proveedores públicos van dirigidos a grupos específicos del servicio civil: sanidad militar y hospital de la policía nacional; también está el IGSS, que cubre a los trabajadores afiliados al régimen. El subsector privado no lucrativo está integrado por ONG's, existiendo cerca de 1,100 ONG's en Guatemala, 82% nacionales, de éstas 18% desarrollan acciones de salud principalmente preventivas (80%) y la prestación de servicios clínicos (20%). El subsector privado lucrativo presta servicios a través de compañías de seguros, servicios médicos prepagados, centros médicos u hospitales.

La organización de las acciones de regulación sanitaria, la influencia reguladora del MSPAS en el sector privado tiene particular relevancia en el control de la calidad de medicamentos y alimentos. "Para garantizar la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos y productos afines, el MSPAS cuenta con el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines quien se apoya con el Laboratorio Nacional de Salud. Para 1995, la cobertura de agua fue 92% a nivel urbano y 54 % rural. La cobertura de saneamiento fue 72% y 52 % respectivamente. La disposición de desechos sólidos en el área urbana corresponde a 47% de servicios de recolección".⁵⁴

Organización y funcionamiento de los servicios de atención a las personas
El MSPAS, para 1999 contaba con 1,352 establecimientos de salud; de ellos, 43 son

⁵⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas**. Consultado en www.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/spp36-08-s.pdf



hospitales (17 departamentales, diez distritales, siete regionales, seis especializados y tres generales de referencia). Existían 29 centros de salud tipo "A"; 234 centros de salud tipo "B"; 973 puestos de salud; 48 centros de urgencias periféricas y 15 maternidades cantonales. La relación cama habitante es de uno punto cero por 1,000 a nivel nacional. El IGSS cuenta con 24 hospitales; 30 consultorios; 18 puestos de primeros auxilios y cinco salas anexas en hospitales nacionales. De ellos, seis hospitales y 11 consultorios están en el departamento de Guatemala. Existen un total de 2,447 camas disponibles con uno punto cuatro camas por cada 1,000 derechos habientes del IGSS. La ciudad de Guatemala, cuenta con un Hospital Público Psiquiátrico con 360 camas. Otros seis hospitales nacionales cuentan con Unidades de Salud Mental. El IGSS, tiene una Unidad de Psiquiatría con 30 camas y trabaja en la formación de un Programa de Salud Mental.

Insumos para la salud, los medicamentos se comercializan en una red de farmacias públicas y privadas. Existen 85 laboratorios nacionales fabricantes de medicamentos y dos extranjeros. El gasto en medicamentos en 1999 fue para: el MSPAS de US\$ 17'073,649; el IGSS de US\$ 24'000,000 y el sector privado US\$ 129'803,326. En 1997 se estableció un sistema de negociación conjunta de precios para la adquisición de medicamentos, entre el MSPAS, IGSS y el Centro Médico Militar.

Recursos humanos, la tasa de médicos es de nueve por 10,000 por habitantes. La relación enfermera profesional médico es de uno a tres y de enfermera



profesional/auxiliar de enfermería de uno a 14. Se observa una concentración en la zona urbana, en la distribución del recurso humano en salud, con una relación para los médicos de cuatro a uno urbano/rural y para las enfermeras profesionales de tres a dos. El país cuenta con cerca de 80 especialistas en salud pública con grado de maestría.

“Cooperación técnica y financiera externa, en el último quinquenio el monto de la cooperación técnica y financiera fue de US\$ 2,386.6 millones. De este total 37.3% correspondió a cooperación no reembolsable y 62.7% reembolsable. El 75.2% de la cooperación se destinó al apoyo del Proceso de Paz; 21.7% a otros programas y 3.1 % al Programa de Reconstrucción y Transformación por el Huracán Mitch. El monto total desembolsado durante este quinquenio alcanzó más de US\$1,600 millones, de los cuales 55.3% correspondió a la cooperación reembolsable y 44.7% a la no reembolsable”.⁵⁵

2.2 Acciones gubernamentales para enfrentar la mortalidad materna

Con el objetivo de enfrentar éstas cuestiones, el Congreso de Guatemala promulgó la Ley de Desarrollo Social Decreto 42-2001 en octubre de 2001. Esta ley establece que las vidas y la salud de mujeres y niños son temas que corresponden a la esfera del bienestar público y que la maternidad saludable es una prioridad

⁵⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). **Informe anual**. Guatemala, 2005.



nacional y en su artículo 24 regula sobre la “Protección a la salud y dice todas las personas tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad social, atenderá las necesidades de salud de la población mediante programas, planes estrategias y acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la prestación de servicios integrados, respetando, cuando clínicamente sea procedente, las prácticas de medicina tradicional e indígena”.⁵⁶ Esta ley llama asimismo a la creación de unidades de atención de la salud capaces de atender emergencias obstétricas, en lugares estratégicos del país, especialmente en aquellos lugares en donde se observan las tasas más altas de mortalidad materna e infantil.

“La política de desarrollo social y población creada para cumplir con esta ley tiene por objetivo alcanzar una reducción inicial del 15% en la tasa de mortalidad materna”.⁵⁷ El organismo responsable de alcanzar este objetivo como también de lograr otros progresos en materia de salud el Programa Nacional de Salud Reproductiva ha colocado la alta tasa actual de mortalidad materna entre las cuestiones pendientes más importantes del país. Alcanzar este objetivo exige, sin embargo, una estrategia que involucre no sólo al sector social sino también a varios organismos locales e internacionales que ya se encuentran trabajando en el Maternal Health Monitoring Group (grupo supervisor de la salud).

⁵⁶ **Ley de Desarrollo Social.** Decreto Número 42-2001 del Congreso de la República, Guatemala, 2001.

⁵⁷ Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN). **Política de desarrollo social y población** (Guatemala, SEGEPLAN, abril 2002).



“Uno de los logros más recientes del Programa Nacional de Salud Reproductiva es el informe Línea Basal de Mortalidad Materna, llevado a cabo con agencias de la ONU, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, y universidades locales que conforman el Maternal and Neonatal Health Monitoring Group. Este informe responde a la necesidad de establecer una línea basal real para poder medir el impacto de las distintas acciones que se llevan a cabo con el objetivo de reducir la mortalidad materna”.⁵⁸

Las recomendaciones que han surgido de ese informe, y que se encuentran ahora en los lineamientos estratégicos para la reducción de la mortalidad materna “tienen como objetivo coordinar los esfuerzos institucionales y sociales para ofrecer una respuesta integrada al problema de la mortalidad materna. Estos lineamientos tienen en cuenta las múltiples causas del problema, como también las cuestiones de género, étnicas, sociales y culturales que las mujeres deben enfrentar.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva ha creado asimismo un manual que estandariza la provisión de servicios de salud para todos los niveles de

⁵⁸ Entre las organizaciones que comprenden el Maternal and Neonatal Health Monitoring Group figuran: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Programa Nacional de Salud Reproductiva, el Sistema de información de Gerencia en Salud (SIGSA), Apoyo para la Reforma del Sector de Salud-Unión Europea, el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Reproductiva (CIESAR), el Proyecto Johns Hopkins para la Educación Internacional en Ginecología y Salud Obstétrica/Maternal y neonatal (JHPIEGO/MNH), la Misión de la ONU en Guatemala, la OPS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM), el Centro de Investigaciones y Adiestramiento en Entomología Médica de la Universidad del Valle/CDC, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la University Research Corporation, la Oficina Nacional de la Mujer (ONAM), la Asociación Ginecología y Obstetricia Guatemala, la Universidad Rafael Landívar, la Universidad del Valle de Guatemala, la Universidad de San Carlos, y la Organización Mundial de la Salud.



atención”.⁵⁹ Este manual aborda la participación de la comunidad, la familia y del usuario de esos servicios, e incorpora el concepto de salud reproductiva abarcativa. “A esta publicación la complementan una serie de protocolos que tienen por objetivo estandarizar los procedimientos básicos de diagnóstico y terapéuticos para permitir al personal institucional que ofrezca una atención eficiente y de calidad a aquellas personas que necesitan estos servicios”.⁶⁰

2.2.1 Programa de salud materno neonatal

“En Guatemala, el Programa de Salud Materno Neonatal (SMN) apoya al gobierno en el fomento de prácticas y servicios que son vitales para la supervivencia de la madre y su recién nacido. Estas actividades tienen lugar en coordinación con el Health Quality Project (proyecto de calidad de salud) encabezado por la University Research Corporation (corporación de la investigación universitaria) y una serie de socios y cuentan con la asistencia técnica de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

En el centro de la estrategia del SMN se encuentra un programa de acreditación para redes de servicios de salud materna y neonatal llamado CaliRed (por red de calidad). Este programa se implementa a través de un enfoque de

⁵⁹ Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), **Lineamientos y normas de salud reproductiva**. Guatemala, 2005.

⁶⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). **Protocolos de la salud reproductiva 2005**.



mejoramiento de la actuación y la calidad con el objetivo de lograr la actuación institucional e individual deseada. Este enfoque provee el marco y las herramientas necesarias para implementar, medir y evaluar mejoras en aquellas instalaciones que proveen servicios esenciales de salud materna y neonatal”.⁶¹

2.2.2 Estándares de calidad

“El criterio utilizado para medir la calidad en redes de instalaciones (entre las que figuran puestos de salud, centros de salud, y hospitales de distrito) es la base del proceso de acreditación. Entre las dimensiones de calidad, definidas en torno a la comunidad, se encuentran las siguientes:

- a) Acceso a una instalación materna dentro de la comunidad;
- b) Tratamiento ofrecido a tiempo y de manera respetuosa;
- c) Respeto por las prácticas tradicionales y el uso de lenguas indígenas.
- d) Una instalación limpia, bien equipada; transporte y servicios gratuitos”.⁶²

“El primer paso consiste en utilizar estos criterios para obtener mediciones básicas de calidad de las instalaciones. Esta información se utiliza luego para establecer qué intervenciones son necesarias para asegurar que se implementen

⁶¹ Programa de Salud Materno Neonatal. **Guatemala ministerial agreement will scale up performance and quality improvement initiative**, NMH News. www.mnh.jhpiego.org/news/gtmoh.asp. (23 abril 2003).

⁶² **Ibid**, pág. 5.



mejoras en las instalaciones en cuestión, con el objetivo de lograr la acreditación. Las mediciones se repiten en cada instalación cada seis a nueve meses para tomar nota de las mejoras realizadas; si la instalación logra cumplir un porcentaje satisfactorio del criterio de calidad, recibe una acreditación oficial que la designa instalación de calidad para la atención esencial materna y neonatal. Cuando un número suficiente de instalaciones dentro de un distrito determinado han alcanzado los estándares de calidad fijados, se otorga la acreditación a la red completa de servicios de salud de ese distrito.”⁶³

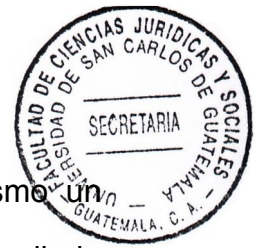
“Para diciembre de 2002, el proceso de acreditación estaba llevándose a cabo en 153 instalaciones de salud, 12 hospitales, 41 centros de salud, y 125 puestos de salud”.⁶⁴ “En 143 instalaciones de salud, se introdujo el uso de nuevas prácticas clínicas en las áreas de parto, posparto y atención neonatal, al tiempo que las escuelas de enfermería recibieron apoyo para la enseñanza con un nuevo énfasis en habilidades básicas. Asimismo, las distintas comunidades están recibiendo apoyo municipal para mejorar sus servicios obstétricos y neonatales de emergencia”.⁶⁵

El Plan de Atención Nacional Postaborto, puesto en práctica hace dos años por el Centro de Investigación en Salud Reproductiva (CIESAR), constituye un canal

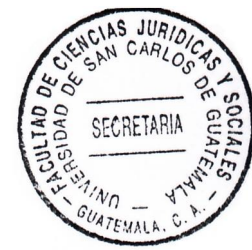
⁶³ Programa de Salud Materno Neonatal. **Perfiles de los países Guatemala**. www.mnh.jhpiego.org/translations/guatesp.pdf (23 abril 2003).

⁶⁴ Programa de Salud Materno Neonatal. **Guatemala ministerial agreement will scale up performance and quality improvement initiative**. NMH News . www.mnh.jhpiego.org/news/gtmoh.asp. (23 abril 2003)

⁶⁵ USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) acerca de avances realizados en políticas nacionales formativas y operativas para el embarazo, el nacimiento, el posparto y el cuidado de los recién nacidos. www.Ops.org.gt/ADS/san/san.hym.



adicional para reducir la mortalidad materna. CIESAR ha realizado asimismo un estudio diagnóstico, el primero de tres etapas de un enfoque estratégico desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para mejorar tanto el acceso a los servicios básicos de salud sexual y reproductiva como la calidad de esos servicios. Esta primera etapa pone énfasis en lograr un diagnóstico estratégico de la situación actual y el planeamiento de acciones específicas. También se pone énfasis en desarrollar recomendaciones para cambiar o modificar políticas actuales de salud, programas e intervenciones, y para identificar necesidades de investigación. La segunda etapa pondrá énfasis en la investigación y la acción. Las recomendaciones más significativas desarrolladas durante la primera etapa serán examinadas y evaluadas para el diseño de intervenciones de salud. Durante la tercera etapa, estas intervenciones serán replicadas y puestas en práctica a una escala mayor.



CAPÍTULO III

3. Participación de las comunidades de los pueblos indígenas en las políticas de Estado para combatir la mortalidad materna infantil

El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo como un instrumento de defensa para los pueblos indígenas fue ratificado por Guatemala en mayo de 1996 en la parte V Sobre Seguridad Social en su artículo 25 regula que: los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que le permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. El Código de Salud en su artículo 5 reformado por el Decreto 53-2003 del Congreso de la República regula sobre la Participación de la Comunidad y establece. El Estado garantizará el derecho de participación de las comunidades, en los programas y servicios de salud, en lo que respecta a la planificación, organización, control y fiscalización social.

En cuanto a lo establecido legalmente y comparado con la realidad, el pueblo indígena a sido marginado. “En la Región de las Américas la diversidad cultural es evidente y está determinada, en gran parte, por la presencia vigente de aproximadamente 45 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 400



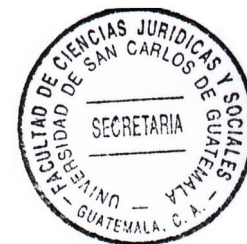
pueblos indígenas diferentes de 24 países de la región, ningún análisis de las condiciones de vida y salud puede dejar de lado la consideración del carácter multicultural, multiétnico y multilingüe de este continente.

Ante esta realidad, en 1992, el Subcomité de Planificación y Programación de la Organización Panamericana de la Salud, propuso que se considerara más detenidamente la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de las Américas. “Después de una reunión de consulta celebrada en Winnipeg, Canadá, en 1993 con la participación de representantes de pueblos indígenas, gobiernos y otros interesados de 18 países, las recomendaciones se agruparon en una propuesta la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas- que posteriormente se presentó a los Cuerpos Directivos de la Organización y fue aprobada por el XXXVII Consejo Directivo (1993)”.⁶⁶

“Las recomendaciones de la reunión de Winnipeg y la Resoluciones, establecen cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas los cuales orientan la labor, facilitan criterios para la vigilancia y sientan las bases para la evaluación al final del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, en 2004:

a) Enfoque integral de la salud.

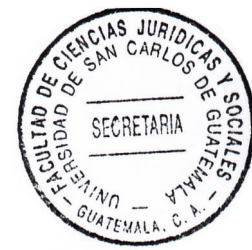
⁶⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Iniciativa de salud de los pueblos indígenas**, consultado en www.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/spp36-08-s.pdf



- b) Derecho a la autodeterminación de los pueblos.
- c) Respeto y revitalización de las culturas indígenas.
- d) Reciprocidad en las relaciones.
- e) Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas”.⁶⁷

La Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas representa una oportunidad para demostrar el empeño en la búsqueda de la equidad y el valor que se le puede asignar a la diversidad cultural. También demuestra un compromiso con el Derecho Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. Además, alienta a los países a poner al descubierto y vigilar las inequidades determinadas por la pertenencia étnica, así como a implementar programas e iniciar procesos conducentes a mejorar la situación sanitaria y el acceso a los servicios de salud por parte de los pueblos indígenas. En esta línea las actividades han apoyado a los países en el diseño y la ejecución de los marcos de referencia y modelos de atención que aborden las barreras que limitan el logro de la equidad en salud y en el acceso a los servicios de salud por parte de los pueblos indígenas. Por lo cual, se ha enfatizado en la generación de metodología e instrumentos que faciliten la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud, particularmente en la atención primaria de salud.

⁶⁷ **Ibid**, pág. 4.



3.1 La medicina convencional de la mano de la medicina indígena

En virtud del hecho de su existencia, las comunidades indígenas tienen el derecho a vivir libremente en sus propios territorios; la relación estrecha que tienen las comunidades con la tierra debe ser reconocida y comprendida como el fundamento de su cultura, vida espiritual, integridad cultural y supervivencia económica. Para las comunidades indígenas la relación con la tierra no es simplemente la de posesión y producción, es además un elemento material y espiritual que deberían poder gozar libremente, así como medio para preservar su patrimonio cultural y transmitirlo a generaciones futuras.

El Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales asimismo como el Comité Vigilador del Convenio para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, ha establecido el derecho al consentimiento previo, libre e informado de los Pueblos Indígenas sobre legislación o acciones de los Estados que les afecten.

Para los Pueblos Indígenas el derecho colectivo a la alimentación y soberanía alimentaria son imprescindibles para la continuación de sus culturas e identidad Indígena y de una salud integral. Se debe respetar las formas y normas tradicionales de tenencia de la Tierra y toma de decisiones colectivas de los Pueblos Indígenas



afectados. La libre determinación de los Pueblos Indígenas tiene que ver no sólo con el acceso sino también con el control y manejo de sus territorios y recursos naturales.

El acuerdo da seguimiento a las metas definidas, en 1995, por la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, en su propósito de incentivar a los gobiernos regionales a crear planes, programas y políticas nacionales que valoren y promuevan el desarrollo e implementación de las medicinas y prácticas médicas indígenas y articulen el sistema oficial y el modelo de salud de los pueblos indígenas en pro del bienestar de los pobladores. “Durante la reunión se darán a conocer las experiencias aplicadas de México, Guatemala, Estados Unidos, Perú, Cuba y Bolivia (uno de los primeros países en aprobar una ley sobre la medicina tradicional a la cual se acogen más de seis mil médicos indígenas, entre ellos 3,000 parteras, que gracias a la reglamentación de 1987 pueden atender de manera legal en centros y puestos de salud de todo el territorio boliviano)”.⁶⁸

Por último las conclusiones de esta reunión fueron presentadas, en Washington en el mes de noviembre, durante un encuentro regional que tiene como objetivo fortalecer el mutuo entendimiento de ambas prácticas médicas y promover la implementación de políticas y planes nacionales que validen y articulen ambas medicinas. Paralelamente a la Reunión Regional, y en Chimaltenango, sesenta organizaciones de pueblos indígenas guatemaltecos discutieron y analizaron con las autoridades nacionales los temas de interculturalidad y el uso de plantas medicinales

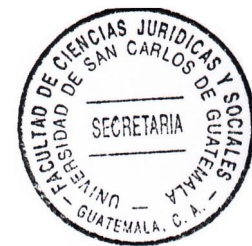
⁶⁸ *Ibid*, Pág. 10.



como una alternativa para la prevención de enfermedades en sus áreas de intervención. Así mismo se denuncia el robo y posterior comercialización de los conocimientos tradicionales (semillas y plantas medicinales) sin la consulta ni la aprobación de los pueblos indígenas. La Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud preocupada por la situación de los pueblos indígenas de las Américas orienta sus esfuerzos a la consolidación de iniciativas que revaloricen la concepción de la salud tradicional y promuevan la equidad en la prestación de los servicios.

En el mes de marzo de 1995 se llevó a cabo, en Guatemala, una reunión de medicinas y terapias tradicionales, Complementarias y Alternativas de las Américas con participación de representantes de Chile, El Salvador, Honduras, Panamá, Perú, Estados Unidos, México, Cuba, Bolivia, Jamaica y Guatemala.

Se analizaron experiencias para determinar los mejores modelos aplicados con el fin de facilitar la articulación entre la medicina tradicional y convencional, y promover la implementación de estas experiencias en los países de la región para mejorar la extensión de la cobertura de los servicios de salud en sus áreas rurales. A pesar de los esfuerzos de los pueblos indígenas no se le ha tomado en cuenta y solo ha quedado en una reunión más y que no se ha tomado ninguna iniciativa para la implantación de la utilización de la medicina tradicional, legalmente en Guatemala.



3.2 Condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas

A pesar de su creciente influencia política, los pueblos indígenas de América Latina han avanzado poco en materia económica y social durante la última década y continúan sufriendo altos niveles de pobreza, menor educación y mayor incidencia de enfermedades y discriminación que otros grupos, señala un nuevo estudio del Banco Mundial. Las condiciones de vida, estado de salud y cobertura de los servicios, ilustran los factores que deben ser tomados en cuenta en el abordaje de la salud de los indígenas. El perfil de enfermedades que presentan estos pueblos, muestra muchas de las entidades que agobian a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y sus consecuencias se ven agravadas por la pobreza, marginación, aculturación, analfabetismo, desempleo, carencia de tierra y territorio son problemas que se potencian entre si y están presentes en la mayoría de los pueblos indígenas.

“Las comunidades indígenas albergan en toda su magnitud lo que se conoce con el nombre de acumulación epidemiológica, en la cual persisten y se reagudizan los problemas de salud relacionados con las carencias de la población en lo que a necesidades básicas se refiere, siendo este principalmente el caso de las enfermedades transmisibles y carenciales y a la vez se evidencia un ascenso progresivo de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas (especialmente las cardiovasculares y el cáncer) y se suman los problemas de salud



colectiva relacionados con la urbanización, la industrialización y la expansión del efecto de la sociedad de consumo”.⁶⁹

En este caso se hace referencia a la violencia (suicidios, homicidios y accidentes), el alcoholismo, el fármaco dependencia y la contaminación, el deterioro y la destrucción del ambiente, la exposición a diversos residuos tóxicos en los ambientes ocupacionales y sobre la población en general. El perfil de salud de la mujer indígena se suma aquellos problemas derivados de su función reproductiva, y se agrava ante su situación de discriminación por ser mujer, y por ser indígena y en casos por ser analfabeta y monolingüe. Entre los problemas más comunes que afectan a la mujer indígena están: embarazos en edades tempranas, complicaciones del embarazo y parto, anemia, abusos sexuales, violencia.

La baja utilización de los servicios de salud por parte de la población indígena es una realidad que todavía no ha sido escrita en datos numéricos en todos los países de América Latina. De igual manera la subutilización de recursos tanto humanos como físicos. Si bien, la mayoría de los países de la Región no incluyen la variable étnica en sus sistemas de información, los datos disponibles hacen pensar que la población indígena es uno de los sectores más afectados. Los datos disponibles se deduce que existen problemas debido al aislamiento geográfico, y pobreza además de los relacionados con el contexto sociocultural de la población, es

⁶⁹ *Ibid*, Pág. 55.



decir por barreras geográficas, económicas y culturales que impiden el acceso de la población indígena a una atención de calidad e inmediata.

Estas barreras se manifiestan, entre otras; en barreras organizacionales al interior de los servicios, por ejemplo, en las dificultades ligadas al desempeño del personal de salud, los horarios de atención, la disposición física, los procedimientos técnicos utilizados en los servicios públicos de salud, etc. Cada una de estas manifestaciones representan la incongruencia entre los modelos utilizados en la organización y provisión de servicios públicos de salud en poblaciones multiculturales y las diferencias de las culturas, por ejemplo, en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo. “Cabe señalar, sin embargo que la mayoría de los análisis disponibles se basan en indicadores demográficos, socioeconómicos, de mortalidad, morbilidad, recursos, acceso y cobertura que no permiten visualizar las potencialidades individuales y colectivas de estos pueblos”.⁷⁰

“Entre los pueblos indígenas de la Región, el conjunto de potencialidades culturales y lingüísticas, organizativas y de liderazgo, junto al cumplimiento de principios éticos comunitarios basados en la reciprocidad y respeto y conocimientos ancestrales han conformado mecanismos de sobrevivencia. Desde los pueblos indígenas se cruza la doble demanda de igualdad: el reclamo de sus derechos civiles

⁷⁰ ROJAS, Rocío. **Programa de salud de los pueblos indígenas**. Organización Panamericana de la Salud Security Overview, componente de Guatemala, diciembre de 2004. www.Ops.org.gt/ADS/san/san,hym



y la eliminación de todas las formas de discriminación; y la demanda por la diferencia a través de la búsqueda del reconocimiento de su identidad.

A partir de las prioridades contenidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, del Plan de Acción 2005-2007 de la Organización Panamericana de la Salud, que tiene como objetivo un abordaje compartido entre la necesidad de actuar hacia una solución de los problemas prioritarios y la obligación de contar con la participación de los pueblos indígenas en todas las acciones que los involucran. En procesos en marcha en bien de los pueblos indígenas de la Región y se basa en los contenidos y propuestas de las líneas de acción del Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas; estos contenidos son:

1. Incorporación de la perspectiva indígena en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y políticas de salud.
2. Atención Primaria de Salud e Interculturalidad.
3. Alianzas estratégicas, fortalecimiento de la capacidad técnica de los países y liderazgo indígena.
4. Información y gestión del conocimiento”.⁷¹

⁷¹ **Ibid.**, pág. 4.



3.2.1 Incorporación de la perspectiva indígena en los objetivos de desarrollo del milenio y políticas nacionales de salud

Las actividades de ésta línea de acción estarán dirigidas al fortalecimiento del marco jurídico y legal a partir de la incorporación de la perspectiva indígena en los procesos tendientes al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio y otros marcos normativos. Estos esfuerzos darán como resultado la institucionalización y, por lo tanto, la continuidad de las acciones a favor de la salud de los pueblos indígenas. Es decir, al cumplimiento y/o desarrollo de los acuerdos internacionales, subregionales y políticas nacionales y locales que favorezcan el bienestar general de los pueblos indígenas de las Américas y concreten el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el ámbito regional, nacional y local, en lo que concierne a la salud de los pueblos indígenas.

3.2.2 Atención primaria de la salud

Las actividades de esta línea de acción estarán encaminadas a la mejor comprensión de las barreras que impiden el acceso a una atención de salud de calidad por parte de los indígenas y estarán dirigidas al desarrollo de modelos de atención que incorporen las perspectivas, prácticas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud teniendo en cuenta los enunciados de la estrategia de Atención Primaria de Salud, los problemas prioritarios, la mortalidad materno infantil,



las enfermedades infectocontagiosas, las enfermedades crónico-degenerativas, la violencia, la falta de agua y saneamiento y otros problemas de salud que hayan sido priorizados por las mismas comunidades. Los contextos específicos de estos pueblos y el mejoramiento del acceso y de la calidad (técnica y percibida) de la atención de la salud. Por lo tanto, las acciones deberán tomar en cuenta el ámbito geográfico de los pueblos indígenas urbano, rural, fronterizo y el perfil epidemiológico, los factores de riesgo y factores protectores en el desarrollo de estrategias curativas, de prevención de las enfermedades, de rehabilitación y promoción de la salud.

3.2.3 Alianzas estratégicas y fortalecimiento de la capacidad técnica en los países de liderazgo indígena

“Las actividades de éste eje de trabajo tienen tres dimensiones:

1. Apoyar procesos de sensibilización.
2. Fortalecer la capacidad técnica, administrativa, gerencial y política de los países para desarrollar la salud de los pueblos indígenas.
3. Incorporar la salud de los pueblos indígenas en las agendas políticas nacionales e internacionales.”⁷²

⁷² **Ibid.**, pág. 7.



Es decir la armonización de esfuerzos que determinen la causa de las acciones en bien de la salud de los pueblos indígenas, el fortalecimiento del liderazgo indígena y optimización de los recursos técnicos y financieros disponibles. Esto requiere el fortalecimiento de las estrategias de abogacía y de las técnicas de negociación y argumentación en los procesos de reivindicación de los derechos asociados a la salud.

3.2.3.1 Información y gestión del conocimiento ancestral

Las actividades de este eje de trabajo apoyarán la generación de información cuantitativa y cualitativa, conocimiento y evidencias adecuadas para el aprendizaje dinámico, la toma de decisiones, establecimiento de prioridades, monitoreo, y evaluación de las acciones tendientes al desarrollo de la salud de los pueblos indígenas, con énfasis en el respeto, comprensión y protección del conocimiento ancestral de los pueblos indígenas. Cabe recalcar que en cada uno de los trabajos del Programa se promoverá el fortalecimiento del liderazgo indígena y, en la aplicación del enfoque de la salud propuesto por los mismos pueblos indígenas considerando las especificidades de género y generacionales, el abordaje multidireccional de la problemática indígena a través de la promoción de procesos intrasectoriales y multisectoriales y la consolidación de un equipo asesor multidisciplinario. Las matrices a continuación contienen las actividades previstas para el año 2005 y aquellas que continuarán en el periodo 2006 -2007 y el presupuesto correspondiente.



3.2.3.2 Pobreza y desarrollo humano de los pueblos indígenas

Se considera cómo las condiciones sociales que han evolucionado en los cinco países latinoamericanos con mayor población indígena (Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú) durante la última década, proclamada por las Naciones Unidas en 1994 como la Década Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. *“A pesar de que los pueblos indígenas de la región han aumentado su poder político y representación durante la última década, esto no se ha traducido en los resultados positivos en términos de reducción de la pobreza que hubiésemos esperado encontrar cuando comenzamos con esta investigación”*.⁷³

El estudio concluye que los pueblos indígenas representan 10 por ciento de la población de la región y el grupo más desfavorecido de América Latina. A pesar de que la incidencia de pobreza en América Latina es alta, la misma es particularmente severa y profunda entre la población indígena.

En Bolivia y Guatemala, por ejemplo, más de la mitad del total de la población es pobre, pero casi tres cuartos de la población indígena lo es. “La pobreza entre los indígenas en Ecuador es cerca de 87 por ciento y alcanza 96 por ciento en las sierras rurales. En México, la incidencia de la pobreza extrema en 2002 era cuatro punto cinco

⁷³GILLETTE, Hall. **Economista del Banco Mundial.** www.worldbank.org/WBSITE/External/BancoMundial/NEWSPANISH/o,contentMDK



veces mayor en las municipalidades predominantemente indígenas en comparación a las no indígenas, lo cual se encuentra por encima de la proporción de tres punto siete en la década anterior. De todos los hogares pobres en Perú, 43 por ciento son indígenas En particular, de acuerdo a los estudios realizados se encuentra que:

- Se han registrado pocas ganancias en la reducción de la pobreza de ingresos entre los indígenas durante la década de los pueblos indígenas (1994-2004).
- Los indígenas se recuperan más lentamente de las crisis económicas.
- La brecha de pobreza de los indígenas es más profunda y disminuyó más lentamente durante los años noventa.
- Ser indígena aumenta la probabilidad de un individuo de ser pobre y esta relación se mantuvo más o menos igual al comienzo y al cierre de la década.
- Los indígenas continúan teniendo menos años de educación, pero la brecha se está reduciendo, y los resultados educacionales son sustancialmente peores para los indígenas, lo cual es indicativo de problemas en la calidad de la educación.
- Los indígenas, especialmente mujeres y niños, continúan teniendo menor acceso a servicios básicos de salud”.⁷⁴

“Los índices de pobreza entre la población indígena son más altos y disminuyen más lentamente, lo cual es particularmente una mala noticia para un continente que quiere cumplir con el objetivo de desarrollo del milenio de reducir a la

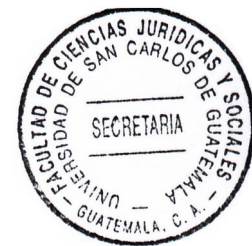
⁷⁴ Salud de los pueblos indígenas. www.ops.org.gt/INFTEC/comunic/CP%20Medicina%20Tradicional.PDF



mitad los índices de pobreza para el año 2,015. A fin de lograr mejores resultados en la reducción de la pobreza para los pueblos indígenas de la región, se recomienda mejorar el capital humano centrándose en cuatro áreas específicas:

1. Proveer educación de mayor alcance y mejor calidad por medio de programas de educación bilingüe y bicultural para de reducir la brecha en los años de escolaridad y mejorar la calidad de la educación.
2. Mejorar la rendición de cuentas en la entrega de servicios sociales para los pueblos indígenas involucrando más a los padres y a la comunidad, y estableciendo objetivos y visiones claras para el sistema.
3. Promover el acceso equitativo a servicios de salud para los indígenas mediante la implementación de programas centrados en la salud materno-infantil.
4. Mejorar la recolección de datos relacionados con la identificación de pueblos indígenas para poder monitorear de mejor manera sus avances”.⁷⁵

⁷⁵ PATRINOS, Harry. **Economista del Banco Mundial.** [www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco Mundial/NEWSPANISH/o_contentMDK](http://www.worldbank.org/WBSITE/External/BancoMundial/NEWSPANISH/o_contentMDK)



CAPÍTULO IV

4. Coordinación entre el Estado y los pueblos indígenas para combatir la mortalidad materna infantil

“La relación que existe entre los problemas estructurales, como la pobreza, y las condiciones históricas de exclusión, discriminación y marginación, que han prevalecido en contra de los pueblos indígenas en el país y que son causa fundamental de que han sido un sector de la población que ha sido separadas del desarrollo por razones, económicas, sociales, culturales y políticas, que en la actualidad aún se ven desfavorecidos y limitados en derechos y oportunidades.

Como producto de la comunicación con organizaciones de la sociedad civil, y en cumplimiento de los Acuerdos de Paz, la actual administración creó y fortaleció, principalmente, en los servicios de educación, salud, cultura, laborales, componentes étnico-culturales y de género, para responder adecuadamente a la diversidad cultural de la población, propiciar la convivencia intercultural y luchar contra la discriminación”.⁷⁶

⁷⁶ BERGER, Oscar. **Informe 2005 del primer año de administración**. Guatemala, 2005.



“Guatemala se ha caracterizado por tener grandes desigualdades económicas políticas, sociales y culturales que han provocado la exclusión al acceso de oportunidades y beneficios del desarrollo de amplios sectores de la población, principalmente de las poblaciones rurales e indígenas. La concentración del poder y las inequidades en la distribución de la riqueza, aunados a las actitudes discriminatorias, que se constituyen en una conducta colectiva, han sido una constante en la historia del país.

El Estado aún tiene una agenda pendiente en materia de pueblos indígenas. La población de ascendencia Maya, Garífuna y Xinca continúa excluida de los beneficios del desarrollo y sin poder ejercer de manera plena, en un marco de respeto, reconocimiento y valoración, su identidad y sus derechos colectivos. De la población total del país, el 43 por ciento es población indígena (del último censo aunque la realidad es del 60%). Ésta, en un alto porcentaje carece de oportunidades y tiene un limitado acceso a los servicios básicos como son, por ejemplo, la educación, la salud y la vivienda. Del total de la población en estado de pobreza, el 56 por ciento es indígena y como también lo es el 70 por ciento de la población total en extrema pobreza. Los indicadores más bajos del desarrollo económico social, medidos en el índice de desarrollo humano (IDH); nivel educacional, esperanza de vida e ingreso per cápita, se encuentran en los departamentos donde la población indígena es mayoritaria.



En respuesta a esta situación y con un mandato claro de orientar la reforma del Estado hacia la inclusión y participación de los pueblos indígenas, el eje articulador de la gestión del gobierno la generación de procesos, condiciones y capacidades para que esa población pueda ejercer sus derechos fundamentales como ciudadanos plenos de la Nación. Para ello, las áreas prioritarias de atención son:

- Extender la cobertura y mejorar la calidad de los servicios hacia la población indígena, dando prioridad a las poblaciones más vulnerables;
- Promover de manera particular las economías locales que tiendan a superar las condiciones económicas de la población indígena, así como a visualizar los aportes económicos de esa población al desarrollo local, regional y nacional;
- Promover el ejercicio de los derechos colectivos indígenas; y,
- Desarrollar y profundizar la democracia intercultural.”⁷⁷

“El tema de los pueblos indígenas, además de estar presente en componentes específicos de un conjunto de políticas públicas, se puede atender a través de tres lineamientos: resarcimiento; pueblos indígenas e interculturalidad; y acceso a la tierra y desarrollo rural. Para avanzar en la agenda pendiente con la población indígena, a lo largo del año, la Vicepresidencia de la República mantuvo un permanente contacto y dialogó con diferentes organizaciones representativas de la población indígena, principalmente la maya, a efecto de atender sus demandas y adoptar agendas de común acuerdo para resolverlas”.⁷⁸

⁷⁷ **Ibid**, pág. 15.

⁷⁸ **Ibid**, pág. 17.



“En apoyo a estos esfuerzos, la Secretaría de la Paz (SEPAZ), ha diseñado y ejecutado una estrategia de consulta con entidades representativas de los pueblos indígenas, se construyeron nuevos espacios institucionales y se realizó una amplia convocatoria de representantes de la sociedad civil y del Gobierno para el acompañamiento y negociación de políticas de desarrollo.

En este contexto, se creó la Comisión Nacional de Resarcimiento que se instaló por un período de trece años prorrogables y se le asignó un aporte inicial de 30 millones de quetzales, y 300 millones anuales, del 2005 al 2017, mismos que se destinarán al resarcimiento de las víctimas civiles del enfrentamiento armado interno, indígenas y no indígenas, hombres y mujeres, coordinada por una dirigente indígena”.⁷⁹

Así también, la Defensoría de la Mujer Indígena (DEMI), adscrita a la COPREDEH (Comisión de la Presidencia de Derechos Humanos), que trabaja por los derechos de la mujer indígena y es parte integrante de una comisión preparatoria para la creación del consejo que asesorará a la Presidencia de la República para la mejor toma de decisiones, en cuanto a las soluciones de las problemáticas que atañen a los pueblos indígenas.

⁷⁹ **Ibid**, pág. 21.



Se han sentado las bases para renovar el Fondo de Desarrollo Indígena y reorientar su misión al cumplimiento de los Acuerdo de Paz Sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas; para fortalecerlo como institución; y garantizar que funcione de manera ágil, transparente y libre de intereses corporativos. En el campo educativo, y entre las políticas educativas se ha definido la universalización de la educación bilingüe e intercultural en los tres niveles educativos a fin de brindarle a la población indígena una educación de calidad y pertinencia cultural. La importancia de dicha política radica en la valoración del estudio y conocimiento de los idiomas indígenas y que busca propiciar su normalización y estandarización en los subsistemas escolar y extraescolar en toda la república y por lo mismo, a través de la aplicación de ella, se propicia y promueve la convivencia intercultural con respeto y tolerancia a la diversidad de la realidad del país.

En el orden social, se ha puesto de manifiesto la histórica insuficiencia de inversión en materia de educación, salud, cultura, agua y saneamiento, vivienda y previsión social, que son necesidades básicas para frenar la mortalidad materna infantil. “La nueva administración del ejecutivo ha recibido un país con grandes desafíos en materia de salud: una baja esperanza de vida al nacer, una de las mayores tasas de mortalidad infantil de América Latina y altas tasas de mortalidad materna. En el campo de la educación los bajos niveles alcanzados se hacen también evidentes entre la juventud: un 45 por ciento de los jóvenes no ha recibido más de tres años de educación primaria, 17 por ciento de los jóvenes son analfabetas, sólo el 20 por ciento de los jóvenes se incorpora al sistema educativo básico y alrededor de 150,000 jóvenes abandonan sus estudios anualmente. Y si bien es cierto que parte de las limitaciones



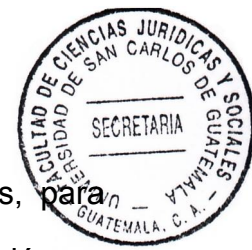
obedece a la escasez de recursos financieros, derivada de la insuficiente recaudación fiscal, también lo es que las mismas se agravaron debido al elevado porcentaje destinado a gastos de funcionamiento, en detrimento de la inversión para alcanzar mayores niveles de cobertura y calidad educativa”.⁸⁰ En la educación, la inversión social y el problema socioeconómico son básicos en la lucha contra la mortalidad materna infantil.

“La situación de precariedad de la salud continúa siendo un problema vigente especialmente el materno infantil y por ello, se ha sentado las bases para construir un sistema de salud pública más equitativo, humano y eficiente. En este marco, se trabaja tanto a nivel preventivo como curativo y se impulsan acciones para consolidar un modelo de atención integral, con acceso a toda la población.

Con la finalidad de garantizar la orientación estratégica de la gestión pública en salud, es necesaria la elaboración del Plan Nacional de Salud, con visión de corto, mediano y largo plazo, mediante el cual se pretenda:

1. Fortalecer el papel rector del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social;
2. Satisfacer las necesidades de salud de la población guatemalteca, a través de servicios de salud con calidad, calidez, equidad, con enfoque intercultural y de género;

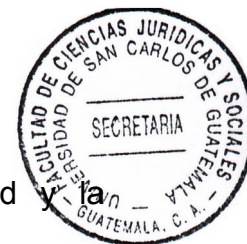
⁸⁰ ROJAS, Rocío, **Programa de Salud de los Pueblos Indígenas**. Organización Panamericana de la Salud. *Security Overview*, componente de Guatemala, diciembre de 2004. www.Ops.org.gt/ADS/san/san_hym pág. 25.



3. Garantizar en forma oportuna la adquisición y provisión de insumos, para desarrollar las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud;
4. Fortalecer la capacidad del recurso humano;
5. Fortalecer los procesos de descentralización de competencias y modernización de la gestión administrativa financiera y de planificación;
6. Extender la cobertura y especialmente en el área rural, con énfasis en el gasto preventivo; y,
7. Promover el saneamiento del medio a través de la coordinación interinstitucional.

En ese contexto, puede fortalecerse y ampliar la cobertura del primer nivel de atención; se reorientara el segundo nivel con énfasis en la atención materno infantil; y se trabaja en un nuevo modelo de gestión hospitalaria. Estos esfuerzos se acompañaron con un manejo eficiente, eficaz y transparente de los programas y del presupuesto del Ministerio. A lo largo del año 2004, los recursos financieros dirigidos al sector salud se incrementaron en un 43.3 por ciento con respecto al año anterior, y un 89.8 por ciento con relación al 2000. La cobertura del sector público de la salud (MSPAS e IGSS) abarcó aproximadamente al 83.4 por ciento de la población guatemalteca, es decir que aproximadamente 10.3 millones de personas fueron atendidas por los servicios públicos de la salud”.⁸¹

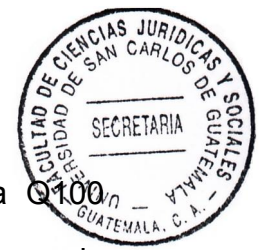
⁸¹ BERGER, Oscar. **Ob. Cit;** pág. 22.



Así también, para continuar mejorando sustantivamente la calidad y accesibilidad de los servicios de salud, se reestructuraron las normas de atención al público en los hospitales, puestos y centros de salud y para lograrlo, se implementó el modelo de gestión hospitalaria, basado en la producción de salud. Para ello, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social brindó un total de 17.4 millones de servicios durante el año. Estos, comprendieron, entre otros: recuperación del daño nutricional, consultas de atención en salud reproductiva, inmunizaciones y hospitalizaciones.

Para apoyar este esfuerzo y buscando la excelencia y dignificación del recurso humano del sector salud, se diseñó un plan de capacitación para el personal y se desarrolló un proceso mediante el cual se redefinieron las competencias laborales para un amplio espectro de posiciones públicas. Para el logro de objetivos nacionales y en el marco del establecimiento de alianzas estratégicas entre gobierno y sociedad civil organizada, se realizaron acciones mediante la cuales se fortalecieron las normas para garantizar la calidad de la participación de las organizaciones no gubernamentales en la prestación de servicios de salud.

Por medio del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), y con el fin de acercar y hacer llegar los servicios de salud a las poblaciones dispersas, principalmente del área rural y alejadas de los servicios de salud, se han contratado los servicios de 136 organizaciones no gubernamentales, a través de las cuales se le brindó atención a 3,500,000 guatemaltecos. Para el efecto, en el año 2004, se



incrementó el presupuesto de extensión de cobertura de Q70 millones a Q100 millones. Otra de las estrategias enmarcadas en la extensión de cobertura, es la recuperación y fortalecimiento del Programa de Accesibilidad a Medicamentos (PROAM), mediante el cual se adquirieron medicamentos por un monto aproximado de Q27 millones. Los medicamentos adquiridos, se vendieron a las entidades afiliadas como intermediarias, para ponerlos a disposición de la población. Durante el año, funcionaron 886 expendios para la venta de medicinas a precios accesibles a la población. Cifra que representó un incremento del quince por ciento con relación al año 2003. Adicionalmente, 220 municipios cuentan con por lo menos un botiquín rural, para beneficio de aproximadamente dos punto cinco millones de personas.

Así también, se fortaleció el proceso de modernización, desconcentración y descentralización de la salud y se logró, por medio de procedimientos modernos: manuales de funciones y procedimientos de auditoria elaborados y carteras de servicios de los tres niveles de atención definidos, que las gerencias financieras y administrativas de las direcciones de áreas de salud y hospitales funcionen de acuerdo a una organización adecuada.

4.1 Programa para disminuir las desigualdades en las comunidades indígenas

Los históricos acuerdos de paz firmados en 1996 que terminaron la guerra civil que afectó a Guatemala por 36 años, sentaron las bases para el avance del sistema

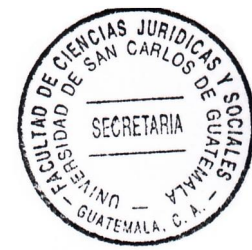


democrático, el respeto por los derechos humanos y un desarrollo humano equitativo. En los acuerdos de paz se incluyó una serie de medidas alentando la descentralización un concepto amplio que promueve devolver la autoridad para tomar decisiones a los gobiernos regionales y locales, a fin de promover una mayor participación de la sociedad civil. De esta manera, los acuerdos reconocieron explícitamente el poder de la descentralización como un agente catalizador para cumplir los objetivos principales y asegurar su mantenimiento.

El proceso de descentralización y desconcentración está inserto en la dinámica constante de la transición democrática en la que transita el país y por lo mismo, es un proceso complejo que vincula los aspectos administrativos, fiscales, económicos y políticos que apoyan el proceso mismo y son base para la consolidación y afianzamiento de la democracia.

El Estado visualiza la descentralización como una estrategia fundamental para lograr la reducción de la pobreza y la considera un medio idóneo para:

1. Mejorar la calidad y cobertura de los servicios públicos;
2. Localizar el gasto público en las necesidades sentidas de la población;
3. Transparentar el gasto público;
4. Promover la participación activa y responsable de la sociedad civil en la construcción de un mejor país;
5. Proteger y recuperar el patrimonio natural;
6. Promover el desarrollo de la economía local; y



7. Mantener la identidad cultural de los pueblos.

En virtud de lo anterior y con el objetivo de dar cumplimiento a lo que establece el mandato legal prescrito en la Ley General de Descentralización, en su artículo 17 regula sobre la participación de la población y establece: La participación ciudadana es el proceso por medio del cual una comunidad organizada, con fines económicos, sociales o culturales, participa en la planificación, ejecución y control integral de la gestiones del gobierno nacional, departamental y municipal, para facilitar el proceso de descentralización. De la misma manera el artículo 18 regula sobre las Organizaciones Comunitarias y establece: Las organizaciones comunitarias reconocidas conforme la ley, de igual manera podrán participar en la realización de obras, programas y servicios públicos de su comunidad en coordinación con las autoridades municipales.

De esta manera se pueden crear programas para la prevención de la mortalidad materno infantil y terminar con las desigualdades que han existido en contra de las comunidades de los pueblos indígenas. De esta manera el Gobierno de la República ha formulado una la Política Nacional de Descentralización del Organismo Ejecutivo. Ésta, contiene la premisa de que los habitantes de los departamentos y municipios pueden definir, con mayor certeza, las medidas que los benefician o los afectan y por ende, dicha participación permite que el proceso de descentralización se oriente a largo plazo, y se convierta en base para la promoción de los instrumentos que institucionalizarán la transferencia real de competencias y



atribuciones, recursos económicos y poder de decisión, desde el gobierno central hacia las municipalidades, por ser estas las instancias de gobierno más cercanas a la población.

En este marco, la Comisión Presidencial para la Modernización del Estado y la Participación Ciudadana (COPRE), integra equipos de trabajo multidisciplinarios, con la responsabilidad de apoyar, a las instituciones del Ejecutivo y de los gobiernos departamentales y municipales, en el cumplimiento de sus atribuciones relacionadas con el proceso de modernización institucional, promoción y fomento de la participación de las organizaciones de la sociedad civil, que apoyan e intervienen en el impulso y desarrollo del proceso de modernización.

Con el propósito de armonizar los planes de descentralización administrativa y verificar que los mismos sean ejecutados de conformidad con lo planificado, también se realizan esfuerzos de coordinación con diversas entidades del gobierno central. En el ámbito de inversión pública, para el financiamiento de proyectos, se elabora una base de datos con información de los costos unitarios. Además, para la búsqueda de alianzas estratégicas, se invita a los sectores empresariales y representantes de la sociedad civil a participar, activamente, en el proceso de descentralización. También se identifican las competencias actuales y se establece un nuevo arreglo de competencias para una eficaz gestión descentralizada, bajo la modalidad de relaciones intergubernamentales guiadas por los principios de subsidiariedad, solidaridad, complementariedad y coordinación.



4.2 Inversión internacional para disminuir las desigualdades de los indígenas

En marzo de 2006, el Directorio Ejecutivo del Banco Mundial aprobó un préstamo por US\$30 millones destinado a aumentar los ingresos de la población rural y disminuir la desigualdad en las comunidades rurales, en especial entre los grupos indígenas. Los objetivos principales del Préstamo para inversión específica en el desarrollo económico rural son:

- Mejorar la competitividad de las áreas rurales, en especial al interior de las comunidades indígenas.
- Fortalecer la capacidad institucional de los organismos públicos que participan en el programa.

El nuevo proyecto va en apoyo del programa de gobierno que busca reunir las instituciones públicas y ofrecer acceso a mercados y financiamiento para inversiones multisectoriales, lo que incluye apoyo para el sector privado. *“Varios nuevos estudios e informes, entre los cuales se encuentran los informes del Banco Mundial sobre CAFTA, infraestructura rural, tecnología de la información y las comunicaciones (TIC), activadores del crecimiento y descentralización, han aportado para la estrategia nacional de desarrollo rural de Guatemala. Esperamos que este nuevo programa ayude al Gobierno en su misión de ofrecer el tan necesario apoyo a las comunidades rurales para facilitar su mayor participación en la economía nacional”*.⁸²

⁸² ARMITAGE, Jane. *Directora del Banco Mundial para América Central*. www.worldbank.org/WBSITE/External/BancoMundial//NEWSPANISH/o,contentMDK



La creación de una estrategia nacional de desarrollo rural y la ejecución de programas rurales han estado muy presentes en el programa político de Guatemala desde los Acuerdos de Paz celebrados en 1996. El Gobierno está desarrollando una estrategia integral con el apoyo financiero del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, entre otros donantes, que busca influir fuertemente en la pobreza en las comunidades rurales.

*“A pesar del aumento significativo en infraestructura básica en algunas zonas, la calidad de la infraestructura rural sigue siendo deficiente y grandes segmentos de la población que vive en comunidades rurales aún no cuentan con acceso a servicios básicos.... Esperamos que este programa también mejore la coordinación en materia de planificación de la infraestructura y que en último término amplíe el acceso a servicios importantes”.*⁸³ El programa del Gobierno y el nuevo proyecto financiado por el Banco Mundial operarán coordinadamente y se concentrarán primero en los territorios rurales que tienen las condiciones necesarias para generar crecimiento económico a corto plazo vinculado con la lucha contra la pobreza. El nuevo programa también respalda el plan de desarrollo del gobierno llamado “Vamos Guatemala”, que busca promover la solidaridad social, reducir la pobreza y la desigualdad y promover la integración económica. El mismo busca además acelerar el crecimiento por sobre el cuatro por ciento observado en la década de los años noventa y asegurar la sostenibilidad medioambiental y social del desarrollo económico. El préstamo también apoya la Estrategia de Asistencia al País (EAP) del Banco Mundial para Guatemala, la que fue aprobada en mayo de 2005 e incluye en forma explícita

⁸³ SIRUR, Neeta. Representante del Banco Mundial en Guatemala. www.worldbank.org/WBSITE/External/BancoMundial/NEWSPANISH/o,contentMDK



asistencia del Banco para el desarrollo rural. *“Uno de nuestros objetivos clave es mejorar el entorno para la micro y pequeña empresa en las zonas rurales.....El grado de superposición entre altas tasas de pobreza y elevadas densidades de la misma en zonas como el Altiplano occidental nos indica que inversiones bien coordinadas y planificadas en esas regiones deberían llegar a una proporción importante de pobres de las zonas rurales”*.⁸⁴

Otro de los programa que están contemplados es el de hogares comunitarios, cuyo objetivo general es promover el desarrollo integral del niño y la niña desde que están en el vientre materno, hasta los cuatro años de edad, brindándoles cuidados y atención diurna y personalizada, alimentación y nutrición, educación inicial, salud preventiva, formación de valores y hábitos. La población beneficiaria de este programa es la población en extrema pobreza y se desarrolló en 170 municipios, de los 22 departamentos del país, en los cuales funcionan 1,189 hogares, en los que se le dio atención a un total de 13,002 niños y niñas, brindándole, a 7,500 madres, la oportunidad de realizar actividades generadoras de ingresos familiares.

4.2.1 Programa agua y saneamiento para las poblaciones indígenas

“Frente a este panorama el Gobierno ha respondido con la formulación de las Políticas dos, tres y seis, de la Matriz Social de la Presidencia de la República, en las

⁸⁴ PIERRE, Werbrouck. **Economista principal del Banco Mundial en materias agrarias y gerente del proyecto.** www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco Mundial//NEWSSPANISH/o, contentMDK



que contempla la salud de los pueblos mayas, garífuna y xinca con énfasis en la mujer; salud de la población migrante y desarrollo del saneamiento básico y del ambiente. Además del Acuerdo Gubernativo 441-2000 que facilita la creación de la Comisión de Reforma del Sector de Agua Potable y Saneamiento con el objetivo de cumplir una primera meta de llevar agua entubada y potable a por lo menos el 60% del total de la población guatemalteca. En la Comisión participan el Instituto Nacional Fomento Municipal como coordinador y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como regulador y vigilante, la Secretaria General de Planificación Nacional como planificador y Fondo de Inversión Social y Empagua como ejecutores.

En el Tercer Encuentro Trinacional entre Panamá, El Salvador y Guatemala sobre el Proyecto de Cooperación Técnica entre Países Agua y Saneamiento en Comunidades Indígenas. El encuentro se llevó a cabo en nuestro país y fue organizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno alemán, con la participación de delegados de las comunidades indígenas y Ministerios de Salud de las tres naciones, además de representantes de organizaciones e instituciones públicas involucradas.

En el marco del Proyecto Regional de Salud de los Pueblos Indígenas sobre el Mejoramiento de las Condiciones ambientales, coordinado por el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente CEPIS/OPS (Perú), en el cual participan 15 países de América, El salvador, Panamá y Guatemala han



conformado una iniciativa subregional para analizar sus experiencias, metodologías, tecnologías y prácticas en el tema de agua y saneamiento para comunidades.

El proyecto de Agua y Saneamiento en Comunidades Indígenas es de suma importancia para el país porque el 43 % de su población es indígena y menos del 50%, de quienes viven en el área rural, tienen cobertura de agua y disponen adecuadamente de sus excrementos. El 67 % de los indígenas habita en lugares de difícil acceso con altas tasas de mortalidad infantil, malas condiciones de saneamiento básico y bajo acceso a la atención médica. Indígenas, con miras a la elaboración de un programa que con la participación activa de los representantes de los distintos pueblos, determinen los mejores elementos técnicos y estratégicos para asegurar soluciones prácticas, eficientes y de bajo costo a los problemas de agua y saneamiento de las comunidades de los pueblos indígenas” .⁸⁵

4.3 Plan de las cuatro demoras o retrasos

Para enfocar este problema se establecen estrategias y acciones específicas tomando como base el modelo de las demoras que inciden en la mortalidad materno infantil. Aplicadas por el programa Nacional de salud reproductiva, que permite la participación de las comunidades de los pueblos indígenas, con el único objetivo final

⁸⁵ Agua potable para los pueblos indígenas. www.ops.org.gt/INFTEC/comunic/CP%20Agua%20y%20Saneamiento.PDF



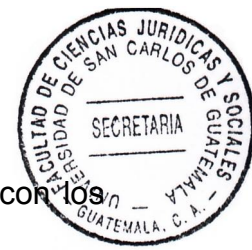
de reducir los altos índices de mortalidad materno infantil en el país. Ya que la mortalidad materna infantil de Guatemala es la cuarta más alta en las Américas.

“El Plan está diseñado para contribuir a la eliminación de las cuatro demoras, o retrasos”,⁸⁶ es decir de las barreras y limitaciones que estas mujeres, hoy por hoy, deben enfrentar para recibir una atención con calidad que les permita no poner en riesgo su vida. Las demoras se refieren a las razones que explican estas muertes.

4.3.1 Primera demora

Se ha demostrado que las muertes maternas suceden en el hogar o en el trayecto hacia un servicio de salud. Uno de los factores contribuyentes a estas muertes es la falta de reconocimiento de los signos de peligro para buscar ayuda oportunamente, de esta manera se inicia un proceso de la maternidad saludable utilizando para ello la información, educación, y comunicación, estableciendo un plan de comunicación que nos permita ir orientando a las comunidades indígenas en defensa de la maternidad saludable, mejorar el reconocimiento de los signos de peligro por parte de todo los involucrados (pareja, madre, familia, comadrona) para ello se establecen como acciones principales la comunicación formal de los servicios de salud mediante charlas, la comunicación informal de persona a persona y la

⁸⁶ TANSOM, Elizabeth I. y Yinger, Nancy V. **Por una maternidad sin riesgos** pág. 4.



utilización de mensajes por medios masivos haciendo alianzas estratégicas con los actores comunitarios.

4.3.2 Segunda demora

Esta segunda fase es importante ya que luego de reconocer las complicaciones, es necesario tomar la decisión de buscar ayuda, esta decisión no recae en la mujer sino en la pareja, la suegra, comadrona u otros miembros de la familia. Puede haber desconocimiento sobre dónde acudir por ayuda, desconfianza en los servicios de salud, problemas de transporte, problemas con el recargo de tareas relegadas a las mujeres, problema con las condiciones para la atención de otros hijos, problemas económicos, problemas de autoridad masculina y la falta de poder de decisión de la mujer sobre su propia salud. Para ello es necesaria la creación de un plan de emergencia con la participación de las comunidades, para estar preparados y les permita la toma de decisión y la acción oportuna.

4.3.3 Tercera demora

Luego de identificar los signos de peligro durante el embarazo, parto o el post parto y de tomar la decisión de buscar ayuda existe retraso u obstáculo en el acceso a los servicios de salud. Estos pueden ser, físicos (vías de comunicación difíciles e



inexistentes), financieros (alto costo del transporte) y de infraestructura (servicio de salud muy lejano), de esta manera la madre no llegue con vida o llegar demasiado tarde al servicio de salud apropiado. Con la creación del plan de emergencia comunitario se pueden cubrir los gastos mínimos de transporte o adquirir un transporte de emergencia. Establecer un proceso continuo de capacitación que garantice la calidad de la atención en los servicios de salud.

4.3.4 Cuarta demora

Finalmente, cuando las mujeres llegan a un servicio de salud, la atención del parto y de sus complicaciones por personal profesional, en instituciones hospitalarias, no asegura por sí sola la reducción de la mortalidad materna. Es necesaria una provisión de servicios integrales de calidad por personal con habilidades y competencias para la atención materna y neonatal en ambientes favorables. El riesgo de no recibir una atención oportuna y de calidad es otra de las circunstancias que provocan la muerte de la madre.

Para reducir dichas demoras se necesita voluntad política y acciones a nivel local y nacional, lo que es posible incluso en lugares de bajo ingreso. La reducción de la mortalidad materna también exige un esfuerzo sostenido y bien coordinado. El gobierno y las comunidades indígenas pueden contribuir a reducir el riesgo, evaluando las condiciones locales y mejorando los recursos existentes y las redes de



atención sanitaria (parto limpio y seguro), así como vigilando el progreso realizado ayudando a las mujeres a superar los obstáculos que les impiden recibir la atención que puede salvarles la vida. Existen muchos datos de investigación y experiencia a nivel de programas, que demuestran que el embarazo y el parto no tienen por qué poner a la mayoría de las mujeres en considerable riesgo. Se necesita reforzar el apoyo y el compromiso necesarios para que el proceso de traer nuevos seres a este mundo presente menor peligro para la madre.

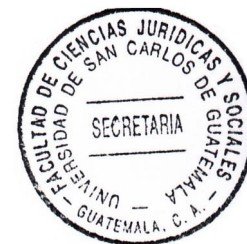
El plan estratégico para la reducción de la mortalidad materna aborda las cuatro demoras y resalta la importancia que tiene para el Ministerio de Salud Pública el trabajar aunadamente con las municipalidades, las iglesias y organizaciones locales y de mujeres, en temas como la educación de las comunidades sobre el reconocimiento de los signos de alarma, el derecho a la salud de las mujeres, la importancia de la búsqueda de ayuda oportuna y la elaboración de planes comunitarios para la movilización de las mujeres en estado de emergencia.

Por otro lado, se plantea la necesidad y los mecanismos necesarios para fortalecer las capacidades del personal de salud en la atención de las emergencias maternas, con base en una atención que anticipe el respeto a las personas, su dignidad y el derecho a recibir una atención de calidad.



El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social también reafirma su compromiso en reducir la mortalidad de la niñez a través de una estrategia integral que brinde atención a las enfermedades que más muertes producen como las infecciones respiratorias y las diarreas, y que involucra acciones en alimentación, higiene, salud bucal, vacunación y prevención del maltrato. De acuerdo a las estimaciones de las cuatro Encuestas Nacionales de Salud Materno Infantil realizadas en Guatemala (ENSMI 1987, 1995, 1998/99 y 2002), en los últimos 17 años la mortalidad infantil, muestra un descenso de 79 por 1000 nacidos vivos en 1987 a 44 en el 2002. Actualmente, se estima que entre 60 y 80% de las consultas y entre 40 y 70% de las hospitalizaciones corresponden a enfermedades respiratorias agudas, diarrea y desnutrición.

El Ministerio de Salud Pública confía que la puesta en marcha de esta estrategia integral de atención logre avances significativos en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, sobre todo en aquellos que se encuentran entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida al mejorar la atención perinatal.



CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo relacionados significativamente con la mortalidad materna infantil son: a) Bajo peso al nacer; b) Baja talla de la madre; c) Características deficientes de la vivienda; d) Control prenatal deficiente; e) Falta de alimentación; f) Atención post-natal inadecuado; g) El control inadecuado del crecimiento y del desarrollo, siendo éste último el más relevante de todos.

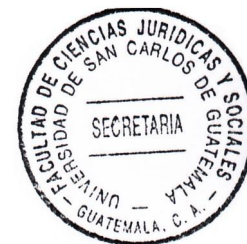
2. Con la participación de las comunidades de los pueblos indígenas en la planificación, organización y control de los programas de salud, se puede reducir la mortalidad materna infantil en el área rural.

3. La mayor parte de la población indígena no tiene acceso a programas de salud para prevenir la mortalidad materna infantil en virtud de discriminación, de falta de información, de limitación en cuanto al idioma, de lejanía de los centros de salud, de escasa instrucción, en otros.

4. En los pueblos indígenas guatemaltecos, la vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, porque la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional en esos lugares.

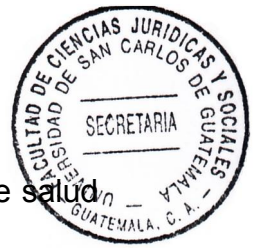


5. La situación de la salud de los pueblos indígenas guatemaltecos representa una oportunidad para que el Estado demuestre la búsqueda de la equidad y el valor que se le asigna a la diversidad cultural. También constituye un compromiso con el derecho internacional de las poblaciones indígenas del mundo. Además, alienta a los países a poner al descubierto y vigilar las inequidades determinadas por la pertenencia étnica, así como a implementar programas e iniciar procesos conducentes a mejorar la situación sanitaria y el acceso a los servicios de salud por parte de los pueblos indígenas.

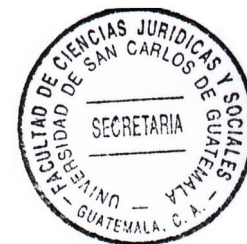


RECOMENDACIONES

1. Fomentar, por parte del Estado, la educación sanitaria dirigida a la madre, la familia y la comunidad indígena sobre la salud materno-infantil, en la lengua vernácula correspondiente.
2. Se debe crear en las comunidades indígenas, estrategias que permitan mejorar el acceso, disponibilidad y calidad de servicios de salud, tanto curativos como preventivos, principalmente prenatales, postnatales y de crecimiento y desarrollo.
3. Es necesario adecuar al personal de salud y a las comunidades en acciones de curación, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, tomando en cuenta el perfil epidemiológico, las características socioculturales y recursos propios de la población.
4. Es de gran importancia cumplir los compromisos asumidos en los Acuerdos de Paz en relación al desarrollo social, a fin de promover una sociedad más incluyente basada en los derechos humanos y la justicia social. Deben respetarse los derechos a la salud, a la alimentación y la no discriminación.



5. Erradicar los factores que determinan la falta de acceso a los programas de salud por parte de las comunidades indígenas.



BIBLIOGRAFÍA

Acuerdos de paz sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria.
Guatemala: Ed. Universidad Rafael Landívar, 1998.

Agua potable para los pueblos indígenas.
www.ops.org.gt/INFTEC/comunic/CP%20Agua%20y%20Saneamiento.PDF
(25 abril 2004).

ARMITAGE, Jane. **Directora del Banco Mundial para América Central.**
www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco Mundial//NEWSSPANISH/o,
contentMDK (30 marzo 2006).

Banco Mundial. www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco
Mundial//NEWSSPANISH/o, contentMDK (30 marzo 2006).

BERGER, Oscar. **Informe 2005 del primer año de administración.** Guatemala
2005.

Biblioteca de consulta Microsoft. ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft
Corporación. Reservados todos los derechos.

Causas de la mortalidad infantil. www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco
[Mundial//](http://www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco) NEWSSPANISH/o, contentMDK (22 febrero 2004).

GILLETTE, Hall. **Economista del Banco Mundial.**
www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco Mundial//NEWSSPANISH/o,
contentMDK (23 mayo 2006).

Instituto Nacional de Estadística. **Encuesta nacional de salud materno infantil**
Guatemala 1995.

Instituto Nacional de Estadística. **Encuesta nacional de salud materno infantil**
Guatemala 2002.



Mesoamérica Famine Early Warning System (MFEWS). Special Report, MFEWS
Food. www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco
Mundial//NEWSSPANISH/o,contentMDK (15 diciembre 2003).

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). **Estrategias y programas de reforma del sector salud.** Guatemala, 2003.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). **Informe anual.** Guatemala, 2005.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). **Línea basal de mortalidad materna para el año 2002.** Guatemala, 2002.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). **Protocolos de la salud reproductiva.** Guatemala, 2005.

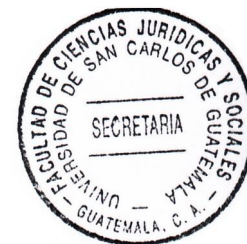
Oficina de derechos humanos del Arzobispado de Guatemala. **Informe de la situación de la niñez en Guatemala.** Guatemala, 2002.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas.** Consultado en línea en www.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/spp36-08-s.pdf (18 enero 2006).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **iniciativa de salud de los pueblos indígenas.** Consultado en www.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/spp36-08-s.pdf (18 enero 2006).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Las condiciones de salud en las Américas.** Consultado en www.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/spp36-08-s.pdf (18 enero 2006).

OSSORIO, Manuel. **Diccionario de Ciencias Jurídicas y Sociales.** Buenos Aires Argentina Editorial Claridad S.A. 1967.



PIERRE, Werbrouck. **Economista principal del Banco Mundial en materias agrarias y Gerente del proyecto.**

www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco

Mundial//NEWSSPANISH/o, contentMDK (30 marzo 2006).

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Evaluación común para los países**, Organización de las Naciones Unidas, 2002.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Informe Nacional de Desarrollo Humano**, Organización de las Naciones Unidas, 2002.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). **Informe Nacional de Desarrollo Humano**, Organización de las Naciones Unidas, 2003.

Programa nacional de salud reproductiva (PNSR). **Lineamientos y normas de salud reproductiva**. Guatemala. 2005.

Programa de Salud Materno Neonatal. **Guatemala ministerial agreement will scale up performance and quality improvement initiative**, *NMH News*.

www.mnh.jhpiego.org/news/gtmoh.asp (23 abril 2003).

Programa de Salud Materno Neonatal. **Perfiles de los países Guatemala**,

www.mnh.jhpiego.org/traslations/guatesp.pdf (23 abril 2003).

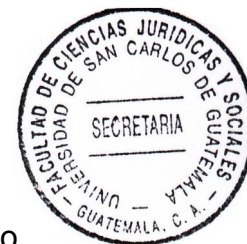
ROJAS, Rocío. **Programa de salud de los pueblos indígenas**. Organización Panamericana de la Salud. *Security Overview*, componente de Guatemala, diciembre de 2004. www.Ops.org.gt/ADS/san/san,hym (2 diciembre 2004).

Salud de los pueblos indígenas

www.ops.org.gt/INFTEC/comunic/CP%20Medicina%20Tradicional.PDF

(3 febrero 1998).

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN). **Política de desarrollo social y población**. Guatemala 2002.



SIRUR, Neeta. **Representante del Banco Mundial en Guatemala.**

www.worldbank.org/WBSITE/External/Banco Mundial//NEWSSPANISH/o, contentMDK (30 marzo 2006).

TANSOM, Elizabeth I. y YINGER, Nancy V. **Por una maternidad sin riesgos.**

Population Referente Bureau, MEASURE Communication. Guatemala 2005.

USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) acerca de avances realizados en políticas nacionales formativas y operativas para el embarazo, el nacimiento, el posparto y el cuidado de los recién nacidos. www.Ops.org.gt/ADS/san/san,hym (18 enero 2006).

WIESE. A, y -Bosien Wolpold, M. **The Human Right to Food in Guatemala** FIAN International Report, Alemania, octubre de 2004. www.Ops.org.gt/ADS/san/san,hym (18 enero 2006).

XICAY, Ingrid. **Contra la violencia.** Diario Al Día, Guatemala 26 de marzo de 2006. Pág. 8.

Legislación:

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

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

Ley de Desarrollo Social. Decreto Número 42-2001 del Congreso de la República, Guatemala, 2001.