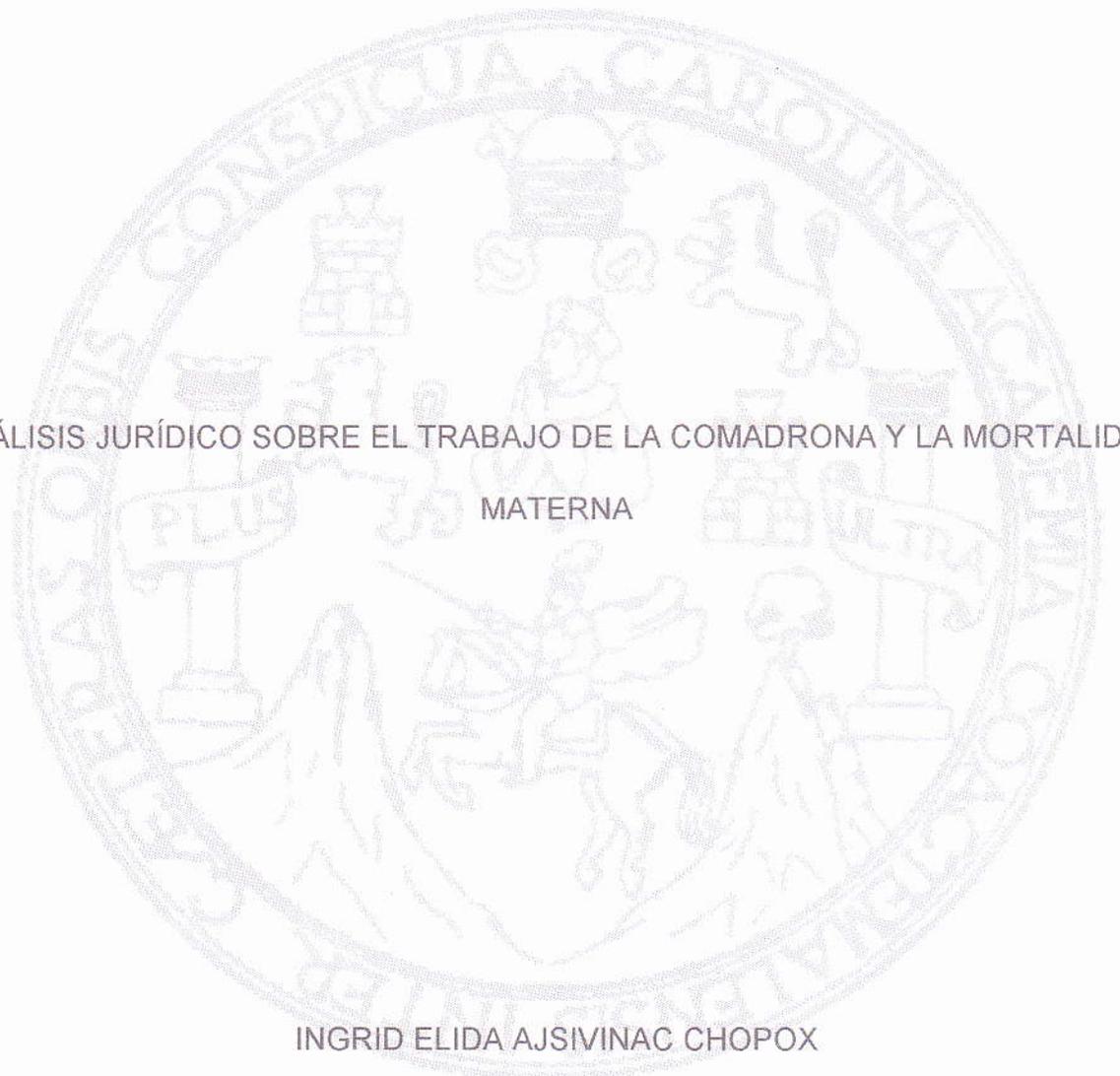


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES



ANÁLISIS JURÍDICO SOBRE EL TRABAJO DE LA COMADRONA Y LA MORTALIDAD
MATERNA

INGRID ELIDA AJSIVINAC CHOPOX

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2011

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

ANÁLISIS JURÍDICO SOBRE EL TRABAJO DE LA COMADRONA Y LA MORTALIDAD

MATERNA

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

Por

INGRID ELIDA AJSIVINAC CHOPOX

Previo a conferírsele el grado académico de

LICENCIADA EN CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES

y los títulos profesionales de

ABOGADA Y NOTARIA

Guatemala, octubre de 2011

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. Avidán Ortiz Orellana
VOCAL II: Lic. Mario Ismael Aguilar Elizardi
VOCAL III: Lic. Luis Fernando López Díaz
VOCAL IV: Br. Modesto José Eduardo Salazar Diéguez
VOCAL V: Br. Pablo José Calderón Gálvez
SECRETARIO: Lic. Marco Vinicio Villatoro López

**TRIBUNAL QUE PRACTICÓ
EL EXAMEN TÉCNICO PROFESIONAL**

Primera Fase:

Presidente: Lic. Jaime González Dávila
Vocal: Licda. Gladys Yolanda Albeño
Secretario: Lic. Enexton Emigdio Gómez Meléndez

Segunda Fase:

Presidente: Licda. Judith Alvarado López
Vocal: Lic. Carlos Humberto De León Velasco
Secretario: Lic. Marcos Anibal Sánchez Mérida

RAZÓN: "Únicamente el autor es responsable de las doctrinas sustentadas y contenido de la tesis" (Artículo 43 del Normativo para la elaboración de la tesis de licenciatura en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad de San Carlos de Guatemala).

BML

LIC. BENITO MORALES LAYNEZ
Abogado y Notario



Guatemala, 22 de junio de 2010

Licenciado
Marco Tulio Castillo Lutín
Jefe de la Unidad de Asesoría de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala
Su Despacho



Licenciado Castillo Lutín:

De conformidad con el oficio de fecha once de septiembre de dos mil ocho, en el que se me notifica el nombramiento como Asesor del trabajo de tesis de la estudiante Ingrid Elida Ajsivinac Chopox, titulado "*Análisis jurídico de los factores que influyen en el incumplimiento sobre acciones de prevención que el Estado brinda a las mujeres y niños como Metas del Milenio*", procedí a realizar recomendaciones las cuales fueron tomadas en consideración por la estudiante. Estos cambios incluyeron el título del trabajo de tesis, el cual queda así: "*Análisis jurídico sobre el trabajo de la comadrona y la mortalidad materna*".

Se procedió de común acuerdo con la estudiante, establecer los puntos desarrollados en los cuatro capítulos, los cuales se detallan a continuación: en el primero se aborda el concepto de la salud y los derechos que tienen relación con la salud; el segundo, sobre la situación de la salud en Guatemala; en el tercero se analiza el trabajo que realiza la comadrona; y, en el capítulo cuarto, se presenta el desarrollo del título de la tesis: *Análisis jurídico sobre el trabajo de la comadrona y la mortalidad materna*.

La estudiante Ajsivinac Chopox, en su trabajo de tesis realizó una investigación de la legislación guatemalteca que regula la salud y la doctrina al respecto, por medio de la cual analizó la incertidumbre jurídica que afecta el derecho a la salud esencialmente por la falta de regulación del trabajo que hacen las comadronas. En ese sentido considero que el trabajo no sólo es un análisis acertado que permite poner de manifiesto la falta de regulación adecuada del trabajo que hacen las comadronas, que se traduce en inseguridad jurídica tanto para las comadronas mismas como de las mujeres en general, sino una contribución para superar un problema que se presenta en la sociedad guatemalteca de manera cotidiana y que en muchos casos reviste características discriminatorias.



LIC. BENITO MORALES LAYNEZ
Abogado y Notario



En el desarrollo de la tesis la estudiante utilizó los siguientes métodos de investigación: analítico, al partir de los datos de la realidad y llegar a establecer que las mujeres al no contar con un servicio eficiente por parte del centro de salud acuden a la comadrona que es conocida en la comunidad; sintetizando el punto central para luego dividirlo en varios temas con la finalidad de poder analizarlos de la mejor forma posible. El inductivo con el cual se estableció lo relativo a los alcances de la falta de regulación del trabajo de las comadronas; el deductivo para estudiar las causas de la mortalidad materna; y la investigación descriptiva para ilustrar el servicio que presta el Estado a través del centro de salud. También analizó casos concretos de mujeres que acuden a las comadronas.

En síntesis se tomó en cuenta una exhaustiva investigación documental y bibliográfica del tema, utilizando la metodología y la bibliografía adecuada.

En las conclusiones la autora se refiere constante y particularmente a la importancia del trabajo que realizan las comadronas en la reducción de la mortalidad materna. En las recomendaciones la posición de la estudiante es que el Congreso de la República, emita una ley para regular el trabajo de la comadrona, con el fin de reconocer tácitamente el gran trabajo que desarrollan las comadronas, tener un mejor control en la atención de los partos y aportar en la reducción de la mortalidad materna.

Finalmente debo indicar que se cumplieron los requisitos exigidos por el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, y habiéndose cumplido dichos requisitos se emite **Dictamen favorable**.

Lic. Benito Morales Laynez
Colegiado 6313

**Licenciado
Benito Morales Laynez
Abogado y Notario**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



FACULTAD DE CIENCIAS
JURÍDICAS Y SOCIALES

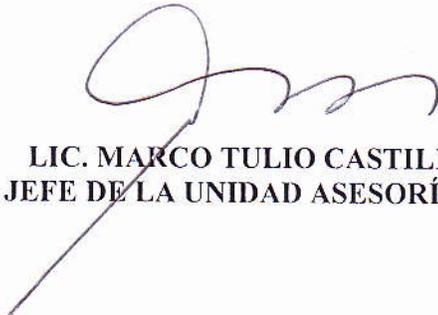
Edificio S-7, Ciudad Universitaria
Guatemala, Guatemala



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

Atentamente, pase al (a la) LICENCIADO (A) JOSÉ ANDRÉS VILLATORO REYES, para que proceda a revisar el trabajo de tesis del (de la) estudiante INGRID ELIDA AJSIVINAC CHOPOX, Intitulado: "ANÁLISIS JURÍDICO SOBRE EL TRABAJO DE LA COMADRONA Y LA MORTALIDAD MATERNA".

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, el cual dice: "Tanto el asesor como el revisor de tesis, harán constar en los dictámenes correspondientes, su opinión respecto del contenido científico y técnico de la tesis, la metodología y técnicas de investigación utilizadas, la redacción, los cuadros estadísticos si fueren necesarios, la contribución científica de la misma, las conclusiones, las recomendaciones y la bibliografía utilizada, si aprueban o desaprueban el trabajo de investigación y otras consideraciones que estimen pertinentes".


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



cc.Unidad de Tesis
MTCL/sllh.

Lic. José Andrés Villatoro Reyes
Abogado y Notario



Guatemala, 26 de octubre de 2010.

Lic. Marco Tulio Castillo Lutín
Jefe de la Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Universidad de San Carlos de Guatemala
Su Despacho



Respetable Lic. Castillo Lutín:

De manera atenta y respetuosa me permito comunicarle que atendiendo a la resolución emanada por la unidad a su cargo, con fecha veinte de julio de dos mil diez, he cumplido con la función de revisor de tesis de la estudiante: **INGRID ELIDA AJSIVINAC CHOPOX**, cuyo trabajo intitulado **"ANÁLISIS JURÍDICO SOBRE EL TRABAJO DE LA COMADRONA Y LA MORTALIDAD MATERNA"**. Para lo cual, me permito emitir el siguiente dictamen efectuada la revisión de la presente investigación:

- a) Al realizar el análisis propuesto que la presente investigación constituye un aporte de contenido científico y técnico, derivado de la supremacía de la norma constitucional sobre el ordenamiento jurídico, toda vez que la tesis revisada ahonda en un tema de suma importancia; es un aporte al mejoramiento de un Estado Constitucional de Derecho, ya que la Constitución Política de la Republica de Guatemala, es la norma jurídica fundamental del Estado de Guatemala, y que obligadamente debe ser cumplido y desarrollado por las leyes y por los funcionarios y empleados públicos, considero que ciertamente existe falta de regulación legal sobre el tema investigado, y en su oportunidad realicé la sugerencia de cambios oportunos, como el de forma, al mismo tiempo se realizaron algunas correcciones de tipo gramatical y de redacción.
- b) La bachiller Ingrid Elida Ajsivinac Chopox, para el desarrollo de la presente investigación utilizó la metodología y técnicas de investigación siguientes: Método inductivo, deductivo, sintético y analítico.

17 Av. 12-23 Zona 9
Edificio Etisa 5 nivel Of. 54 lado Norte
2361-8282 y 2331-7102



- c) Hago mención que la redacción de la presente es clara, adecuada y con la utilización de léxico jurídico correcto.
- d) *El trabajo objeto de la investigación contribuye científicamente no solo para nuestra casa de estudios, sino también a la población en general y para el régimen de legalidad, por el estudio profundo, debido a que no se limita a cumplir únicamente con los presupuestos de presentación y desarrollo sino también a la sustentación en teorías, análisis y aportes tanto de orden legal como de academia.*
- e) Observo que las conclusiones y recomendaciones son congruentes con el contenido de la investigación de mérito, buscando lograr el objetivo que se ha planteado en su plan de trabajo, estableciendo la veracidad de la hipótesis formulada.
- f) La bibliografía que objeto de consulta fue de autores nacionales e internacionales y acorde al tema investigado, por lo que la misma es atinada y actualizada, por lo tanto, es procedente que el presente trabajo de tesis sea aprobado y por consiguiente pase a ser sometido a discusión, en el examen público de tesis. En virtud de lo anterior, y habiéndose cumplido con los requisitos establecidos en el Artículo 32 del Normativo para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público, me permito emitir **DICTAMEN FAVORABLE**.

Atentamente,


Lic. José Andrés Villatoro Reyes
Abogado y Notario
Colegiado No. 3886
José Andrés Villatoro Reyes
ABOGADO Y NOTARIO

17 Av. 12-23 Zona 9
Edificio Etisa 5 nivel Of. 54 lado Norte
2361-8282 y 2331-7102



DECANATO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS JURÍDICAS Y SOCIALES.

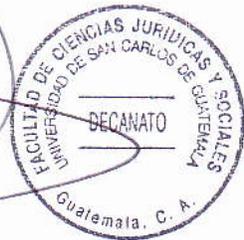
Guatemala, uno de agosto del año dos mil once.

Con vista en los dictámenes que anteceden, se autoriza la Impresión del trabajo de Tesis del (de la) estudiante INGRID ELIDA AJSIVINAC CHOPOX, Titulado ANÁLISIS JURÍDICO SOBRE EL TRABAJO DE LA COMADRONA Y LA MORTALIDAD MATERNA. Artículos 31, 33 y 34 del Normativo para la elaboración de Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales y del Examen General Público.-

CMCM/slh.

effc

[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



12 Rev. 02. 09

DEDICATORIA



- A DIOS: Fuente inagotable de sabiduría, mi fortaleza y morada, por siempre las gracias te daré por la inteligencia, la vida y permitir que cumpla esta meta.
- A MIS PADRES: Moisés Ajsivinac Ajuchán y María Berta Chopox Sírin, fuentes de amor, gracias por permitirme lograr mi sueño, y que esto sea una pequeña recompensa a su inagotable esfuerzo.
- A MIS HERMANAS (OS): Lesvia, Sonia, Angélica, Jaime, Aura, Berta, Miriam y Moisés por brindarme su apoyo y cariño en este camino.
- A MI ESPOSO: Carlos, por su amor, comprensión y apoyo brindado.
- A MIS AMIGAS: Susanne Kummer, las miembros del Proyecto Miriam, María Sajvin, Karla Peña, Rubí Hernández, Silvia Tecún, Vivian Muñoz, gracias por su amistad y aprecio.
- A: Asociación Proyecto MIRIAM, Fundación Sobrevivientes, Fundación Rigoberta Menchú.
- A: Lic. Edeliberto Cifuentes Medina, Licda. Lucía Xiloj, Lic. Benito Morales, Lic. Villatoro, Lic. Carlos Castro, Lic. Fredy Cotí, Lic. Rodolfo Díaz, Lic. Rootman Pérez, Lic. Nery Batén,



Irma Chacón, Norma Cruz, Licda. Walda Barrios,
agradecimiento por su orientación y apoyo en
este proceso.

A:

La tricentenaria Universidad de San Carlos de
Guatemala especialmente a la Facultad de
Ciencias Jurídicas y Sociales, templo del
saber incomparable, como un agradecimiento
por haberme permitido el honor de forjarme
en sus gloriosas aulas.

ÍNDICE



	Pág.
Introducción.....	i

CAPÍTULO I

1. La salud.....	1
1.1. Antecedentes históricos.....	2
1.2. Los derechos humanos.....	4
1.2.1. Clasificación de los derechos humanos.....	4
1.3. Definición de salud.....	6
1.3.1. Principios fundamentales de la salud.....	7
1.4. La salud comunitaria.....	9
1.5. La medicina indígena.....	10
1.6. El sistema de medicina indígena maya.....	11
1.7. Marco legal de la salud en el ordenamiento jurídico guatemalteco.....	12
1.7.1. Norma constitucional.....	13
1.7.2. Norma ordinaria.....	14
1.8. Otros derechos que tienen relación con la salud.....	17
1.8.1. Derecho y protección a la vida.....	17
1.8.2. Protección a la libertad y dignidad humana.....	17
1.8.3. Protección a la familia.....	18
1.8.4. Protección del trabajador.....	19
1.9. Instituciones que velan por la salud en Guatemala.....	19
1.9.1. Sector público.....	20
1.9.1.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	21
1.9.1.2. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.....	24
1.9.1.3. Universidad de San Carlos de Guatemala.....	26



CAPÍTULO II

Pág.

2. Situación de la salud en Guatemala.....	29
2.1. La descentralización del servicio de la salud.....	34
2.2. Mortalidad materna en Guatemala.....	35
2.2.1. Definición.....	36
2.2.2. Causas que provocan la muerte materna.....	36
2.3. Acciones que ayudan a reducir la mortalidad materna.....	38
2.4. Situación de la salud reproductiva en Guatemala.....	43
2.5. Compromisos asumidos por el Estado de Guatemala.....	46
2.6. Los objetivos de la declaración del milenio para el desarrollo.....	46
2.7. Las metas del milenio para el desarrollo.....	47

CAPÍTULO III

3. La comadrona a través de la historia.....	49
3.1. Antecedentes históricos.....	49
3.2. Pertinencia intercultural en la salud.....	51
3.3. Definición de comadrona.....	52
3.4. La formación de la comadrona.....	55
3.5. Antecedentes de la formación de la comadrona en Guatemala.....	56
3.6. Otras funciones que realizan las comadronas.....	59
3.7. El perfil de las comadronas desde diferentes perspectivas.....	60
3.8. Capacitación de las comadronas para reducir la mortalidad materna.....	64
3.9. Instituciones que apoyan el trabajo de las comadronas.....	67
3.9.1. Asociación de Servicios Comunitarios en Salud (ASECSA).....	67
3.9.2. Médicos descalzos.....	69
3.9.3. Fundación Salud y Sociedad—enfermeras para el mundo.....	69



CAPÍTULO IV

	Pág.
4. Análisis jurídico sobre el trabajo de la comadrona y la mortalidad materna.....	73
4.1. El servicio de la salud en Patzicia, Chimaltenango.....	75
4.2. Etnografía del lugar.....	76
4.2.1. Breve historia del municipio.....	76
4.2.2. Actividades económicas.....	77
4.2.3. Servicios públicos.....	78
4.3. Marco institucional.....	79
4.4. Información del Centro de Salud.....	79
4.4.1. Servicio y cobertura que presta el personal médico en materia materna.....	81
4.4.2. Servicio y cobertura que presta la comadrona en materia materna.....	81
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	89
BIBLIOGRAFÍA	91

INTRODUCCIÓN



Actualmente la mortalidad materna es un problema latente en la sociedad y debe ser de preocupación para todos los habitantes de la República de Guatemala, especialmente por parte del Estado, debido a que en la mayoría de las noticias vemos que se da la muerte de una madre, si bien es cierto existen varios derechos regulados en la Constitución Política de la República de Guatemala, pero si éstos se corrompen el caos es mayor y es urgente recurrir a la legislación guatemalteca y con ello propiciar la aplicación justa y equitativa.

La mortalidad materna es aquella que ocurre en la sociedad guatemalteca durante o dentro de los treinta días después del parto; en la mayoría de los casos debido a no tener una adecuada atención por parte de los centros de salud y de las redes hospitalarias del país.

La hipótesis de la tesis fue que las mujeres acuden a la comadrona a falta de atención médica inmediata; así mismo los objetivos de la presente investigación fueron establecer el trabajo de la comadrona, resaltar los aspectos positivos del servicio que prestan las comadronas, dar a conocer la urgente necesidad de crear una ley que regule los requisitos esenciales para que la comadrona pueda ejercer y brindar mejor servicio a la salud materna de la mujer guatemalteca y con ello coadyuvar a la erradicación de la mortalidad materna.

(ii)



La presente tesis se dividió para su desarrollo en cuatro capítulos, de los cuales el capítulo uno desarrolla el tema de la salud y los demás derechos sociales; el capítulo dos trata acerca de la situación de la salud en Guatemala; el capítulo tres abarca el tema de la comadrona y el cuarto y último capítulo nos da a conocer el trabajo que realiza la comadrona en el municipio de Patzicía, del departamento de Chimaltenango, así mismo la importancia de crear una ley para regular dicha actividad.

Durante el desarrollo de la tesis dentro de los métodos de investigación que se utilizaron se encuentran: el método histórico, al realizar un estudio de los antecedentes que se han dado en el país con respecto al tema que se desarrolla; el método jurídico, realizando un análisis y estudio de la realidad nacional en la legislación vigente con respecto a la regulación legal, el método inductivo que se utiliza en los primeros capítulos al hacer un estudio amplio sobre la salud, la mortalidad materna, origen de la comadrona; el método deductivo utilizado al emitir las conclusiones; así como las técnicas utilizadas son: las fichas bibliográficas que se da al momento de tomar los datos de los libros que se refieren al tema investigado y luego la redacción de los datos aportados por el Centro de Salud del municipio sujeto de investigación.

La implementación de una ley donde se regule el trabajo que realiza la comadrona y una asignación presupuestaria, será un beneficio a la salud de la mujer guatemalteca, para erradicar la mortalidad materna en Guatemala, y así garantizarle a la sociedad y especialmente a la mujer, el derecho fundamental que tenemos todos los habitantes de este país que es la vida; debido a que la atención de parto por la comadrona, es alta en Guatemala, y en el departamento de Chimaltenango es del 71%.



CAPÍTULO I

1. La salud

La salud es parte fundamental para que una persona pueda actuar y desenvolverse normalmente en la sociedad, ello implica un conjunto de facultades e instituciones concentradas en la dignidad, libertad y la igualdad humana, las cuales deben ser reconocidas positivamente en lugares nacionales e internacionales.

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

La Constitución Política de la República de Guatemala reconoce la salud como un bien público y un derecho fundamental del ser humano, sin ninguna discriminación y define la obligación del Estado para velar por la salud de todos los habitantes.

Las instituciones del Estado deben desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación a fin de procurar a los habitantes del país el más completo bienestar físico, mental y social.

Por la misma Constitución, el Estado debe controlar la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquellos que puedan afectar la salud y



bienestar de los habitantes. También debe velar por el establecimiento y programación de la atención primaria de la salud y por el mejoramiento de las condiciones de saneamiento ambiental básico de las comunidades menos protegidas, con el objeto de garantizar la salud de los habitantes, debe mantenerse el equilibrio ecológico y evitarse la contaminación del medio ambiente.

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

Se reconoce asimismo que la alimentación y la nutrición se encuentran directamente vinculadas a la salud de las personas y que, por lo tanto deben reunir los requisitos mínimos con el objetivo de generar y desarrollar una población saludable. La existencia de un sistema alimentario nacional efectivo para los fines del mantenimiento y desarrollo de la salud, es responsabilidad del Estado.

El derecho a la seguridad social se instituye como un régimen público, unitario y obligatorio.

1.1 Antecedentes históricos.

Para abordar el tema de la salud es necesario hacer hincapié en el tema de los derechos humanos, como un paradigma de mayor consenso en todo el mundo

contemporáneo, por ende, primero saber que son los derechos humanos, porque corresponde a cuestiones centrales la lucha contra la discriminación, exclusión que se ha vivido, especialmente hacia las mujeres, estos derechos nacen con la humanidad, son producto de la lucha de pueblos y naciones.

Antiguas culturas orientales, como la India: el Código de Manú¹ (libertades y virtudes), en China: Confucio (derecho a la rebelión) derecho romano: derecho civil daba derechos a los ciudadanos pero se les negaba a los esclavos.

Surge el cristianismo, que proclama la igualdad intrínseca de los seres humanos, se convirtió en la religión oficial del régimen feudal, en donde los derechos individuales reconocidos por los señores feudales quienes daban privilegios a los nobles y eran negados a los vasallos.

La Historia de los derechos humanos en el mundo grecorromano podemos encontrar los primeros reconocimientos de los derechos humanos, por ejemplo en: "las leyes de las XII tablas"², donde quedo escrito los derechos de la plebe frente a los patricios. Más tarde la expansión del cristianismo contribuyó con nuevos fundamentos a los derechos del hombre como: amarás al prójimo como a ti mismo.

En el siglo XVIII los intelectuales y los filósofos de la ilustración retoma el tema de los derechos humanos, los cuales se concretizan a través de dos acciones de la época: a) La independencia de Estados Unidos en 1776 y la declaración de los derechos

¹ GRANADOS, Héctor René. **Historia del derecho**. Editorial Universitaria, año 2000. pág. 18

² SAGASTUME GEWEL, Marco Antonio. **Introducción a los derechos humanos**. Editorial Fénix. Año 2007. pág. 18.

humanos y del ciudadanos en 1989 durante la revolución francesa. b) En la época contemporánea a través de la Organización de Naciones Unidas y tras el término de la segunda guerra mundial se hizo la declaración de los derechos humanos en 1948.³

1.2 Los derechos humanos.

En cada momento histórico se concretan exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humana que deben ser reconocidos en los ordenamientos jurídicos.

Cuando se inicia la historia⁴ de los seres humanos, según hemos aprendido de la prehistoria, las autoridades políticas, religiosas, o militares, se encargaron de definir las necesidades importantes para la vida social del conjunto humano.

En general los derechos humanos son principios básicos y mínimos e irrenunciables que corresponden al ser humano por el hecho de ser humano.

1.2.1 Clasificación de los derechos humanos

Clasificación por generaciones: Se basa en dos criterios: a) de tipo histórico, el cual busca explicar el surgimiento de los derechos humanos en momentos específicos de la historia; b) temático: reúne en cada una de las generaciones a un cierto grupo de derechos humanos con características homogéneas entre sí.

³ LOPEZ CONTRERAS, Rony Eulalio. **Derechos humanos**. Servitag. Guatemala 2008 pág. 31-33

⁴ RAMIREZ VERGES, Salvador. **Derechos humanos, fundamentación**. Editorial Tecnos. S. A., 1997, pág. 16.

a) **Derechos de Primera Generación:** se enmarcan entre los siglos XVIII y XIX en la época de las revoluciones burguesas y las luchas de independencia de Hispanoamérica. En esta época surgen los llamados derechos civiles y políticos, éstos se refieren a derechos individuales o fundamentales; como por ejemplo: la declaración de independencia de Estados Unidos de 1776; declaración de los derechos del hombre y del ciudadano de 1789.

Siendo los derechos individuales dentro de las cuales esta: el derecho a la vida, derecho a la libertad, derecho de religión, derecho a la igualdad, derecho a la propiedad privada; y dentro de los derechos civiles y políticos: derecho al voto, derecho de protesta, derecho de asilo, derecho a ser electo, derecho de huelga.

b) **Derechos de Segunda Generación:** derechos desarrollados a fines del siglo XIX y principios del XX, surgieron a consecuencia de las luchas obreras⁵ y de las distintas teorías socialistas que reemplazaron al Estado gendarme por el Estado bienestar; agrupa a los derechos sociales, económicos y culturales.

Derechos sociales, económicos y culturales: derecho al trabajo, derecho a la seguridad social, derecho a la salud, derecho a la educación, derecho a la vivienda, derecho a igual salario por igual trabajo.

c) **Derechos de Tercera Generación:** Surgen en la mitad del siglo XX, buscan reivindicar necesidades recientes que se remontan a la guerra fría y a la

⁵ LOPEZ, Rony Alejandro. **Derechos humanos**. Editorial Fénix. Octava edición. Año 2006. pág. 21

descolonización africana⁶. Ésta generación comprende los derechos colectivos y de los pueblos; derechos que todavía se encuentran en proceso legislativo.

El derecho de los pueblos comprendía: derecho al patrimonio y la cultura, derecho a un medio ambiente sano, derecho a la paz, derecho al desarrollo, derecho a la libre determinación, derecho de los pueblos a la soberanía sobre sus riquezas y recursos naturales, derechos sectoriales necesidad de reconocer a través de pactos y tratados los derechos de grupos vulnerables, derechos de la mujer, derechos de la tercera edad, derechos de las poblaciones indígenas.

Es necesario hacer notar que el tema principal de la presente investigación es el derecho a la salud, tema al que me enfoco.

1.3 Definición de salud

El bienestar de una persona no depende de ella solamente sino de factores tanto internos como externos de la persona como ente principal de la sociedad, cada ser humano tiene varios derechos, entre ellos la salud.

Salud viene del latín "salus, -ūtis" "es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades, según la definición de la Organización Mundial de la Salud realizada en su constitución de 1946"⁷.

También se puede definir a la salud como: "un equilibrio que se establece entre el organismo (hombre), su medio ambiente (por el cual está rodeado) y el agente

⁶ **Ibíd.** pág. 26

⁷ Organización Mundial de la Salud, Génova, 1946. 6 de junio de 2007, pág. 15

infeccioso (que puede causar enfermedad)⁸, así mismo la Organización Mundial de la Salud, la define como: “uno de los derechos del hombre que emana de la dignidad del hombre como ser humano”.

“La salud es principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o convertirse en lo que quiere ser.”...René Dubos, de la Organización de las Naciones Unidas.

La concepción más moderna aceptada por la Organización Panamericana de la Salud es: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, el medio y el fin para la realización personal y social del hombre, constituye un derecho humano y social, cuyo reconocimiento esta fuera de la discusión.”

El concepto de salud en la medicina indígena maya, según los módulos de sensibilización, conociendo la medicina maya en Guatemala, del año 1999: La salud es equilibrio, vida, estar bien.

1.3.1 **La salud se fundamenta en los siguientes principios:**

- a) **Universalidad:** la salud es derecho de todos los habitantes, a la cual pueden acceder y recibir los servicios de salud, sin que exista discriminación de ningún tipo.

⁸ *Ibíd.* pág. 16

- b) **Integralidad:** su objeto es garantizar a la población el acceso a los servicios de salud integral y de calidad; comprende acciones para prevenir, recuperar, rehabilitar y lo pertinente para procurar un completo bienestar físico, mental y social.

- c) **Participación social:** la participación de la población en los procesos de planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud y nutrición, como medio para promover, potenciar y fortalecer las capacidades de la comunidad con respecto a su vida y su desarrollo.

- d) **Equidad:** la oportunidad que tiene la población de acceder a los servicios de salud y nutrición, privilegiando a los sectores vulnerables, para resolver sus problemas de salud.

- e) **Solidaridad:** entendida como la práctica del reconocimiento de que la atención sanitaria pública debe privilegiar a los grupos humanos con un mayor grado de postergación económica y social.

- f) **Subsidiaridad:** acción o responsabilidad del Estado en materia de salud que suple o robustece a otra principal, de cada individuo, que es socorrido o apoyado por aquel, en la medida que su condición económica lo requiera.

- g) **Complementariedad:** instituciones que tienen a su cargo las políticas de la salud se complementarán entre si, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de cada una de ellas, optimizando así la eficiencia en el uso de los recursos humanos y financieros.
- h) **Sostenibilidad:** garantiza la continuidad de acciones y procesos para preservar la salud de la población a fin de no ser afectados por factores políticos, culturales, sociales, financieros, organizacionales o de otra naturaleza, considerando las limitaciones propias en materia de recursos disponibles.

1.4 La salud comunitaria

Se da cuando la comunidad se organiza para analizar y actuar sobre los principales problemas de salud que le afectan, por lo existe un proceso de Salud Comunitaria⁹ cuando los miembros de una comunidad, conscientes de su problemática; constituyen una agrupación de intereses comunes; reflexionan y se preocupan por los problemas de salud-enfermedad de los miembros de la comunidad; expresan sus aspiraciones y necesidades; participan activamente en las soluciones de sus problemas con sus propios recursos y medios a su alcance o contruidos para ese fin; se apropian de los programas locales de salud para usarlos.

⁹ VILLATORO, Elba M. **La comunidad popular y la salud materno – infantil**. en: Tradiciones de Guatemala, Guatemala: CEFOL, No.30, 1988 (61-73)

1.5 La medicina indígena

Los pueblos indígenas en Guatemala y en varios países han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo **eje conceptual** o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integridad (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud 1997:13).

Es hacia la complementariedad que debemos caminar cada uno de nosotros así como de los gobiernos y especialmente el Estado; en vista de lo anterior la definición de medicina tradicional dada por la Organización Panamericana de la Salud se asume de la siguiente manera: “la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de los trastornos físicos, mentales o sociales, transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una práctica médica activa y experiencia ancestral” Tomado de: Hablemos del parto en el hogar, Centro de Investigación y Capacitación y Apoyo a la Mujer 1993.

1.6 El sistema de medicina indígena maya

El pueblo maya cuenta con un modelo o sistema de atención de salud milenario como la cultura misma fundamentado en: la cosmovisión maya, concepción de salud-enfermedad, organización, conocimiento, práctica social, resultados.

La cosmovisión Maya “es la forma en que cada pueblo y cultura entiende el mundo y la vida; cada pueblo o cultura tiene su propia cosmovisión o sea la forma de categorizar y ordenar la realidad crear y recrear sus conocimientos”¹⁰.

*El término tradicional, generalmente dentro de la cultura occidental, ha tenido una connotación de inferioridad, por lo que tradicionales han sido las **otras** medicinas, no la occidental.*

Hay cuatro elementos fundamentales transmisores y cargadores de energía siendo: El aire, el agua, el fuego, la tierra y si uno de estos elementos se daña se deteriora la vida. La complementariedad, es la interrelación de elementos homogéneos y heterogéneos, iguales y divergentes, positivos y negativos.

Entonces, si la medicina es sólo una, la pregunta sería ¿Cuál es el problema entre la medicina maya y la medicina occidental hegemónica? Lo encontramos en el nivel de

¹⁰ *Ibíd.* pág. 45

concepción del proceso salud-enfermedad y la práctica específica en función de dicha concepción.

En repetidas ocasiones se ha dicho que la medicina occidental es biológica, y en este sentido unidimensional, basada en una corriente científica positivista que tiende más hacia la curación que hacia la prevención.

Nuestro país, reconoce a la comadrona dentro de la medicina maya, como una “fuente importante de recursos y prácticas locales para el tratamiento integral de diversas enfermedades”¹¹, las cuales son reconocidas y bien aceptadas por la población en general.

1.7 Marco legal de la salud en el ordenamiento jurídico guatemalteco

El Derecho guatemalteco está integrado por el conjunto de normas que constituyen el ordenamiento jurídico vigente en Guatemala. Según el artículo segundo de la Ley del Organismo Judicial, decreto 2-89 del Congreso, en Guatemala la ley es la fuente del ordenamiento jurídico. La costumbre cumple una función supletoria, y sólo se admite cuando existen lagunas en el texto legal.

La Constitución Política de la República de Guatemala como norma fundamental del Estado fue promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente en 1985 y fue

¹¹ Consejo Nacional de Educación Maya, **Fundamentos de la educación maya** noviembre 1999, págs. 35-38



reformada luego de un referéndum en 1993. De acuerdo con la misma, Guatemala es un Estado de Derecho, se organiza para proteger a la persona y a la familia, su fin supremo es la realización del bien común y su sistema de Gobierno es republicano, democrático y representativo. La soberanía reside en el pueblo y se encuentra conformado por diversos grupos étnicos entre los que figuran los grupos indígenas de ascendencia maya. El territorio de la República se estructura en departamentos y se dividen a su vez en municipios, pero sólo estos últimos gozan de autonomía y poseen un Gobierno elegido por el pueblo.

1.7.1 Norma Constitucional

La Jerarquía normativa de todo el sistema jurídico guatemalteco depende de su conformidad con la Constitución Política de la República de Guatemala, considerada como la ley suprema. Sin embargo, en el artículo 46 establece que en materia de derechos humanos los tratados y convenciones aceptados y ratificados por Guatemala tienen preeminencia sobre el Derecho interno. En esta materia Guatemala ha ratificado La Convención Americana sobre Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En la Constitución de la República de Guatemala, la salud es reconocida como derecho fundamental, no define la salud, pero la regula como un derecho social y se le considera desde una doble perspectiva: como derecho fundamental y como bien

publico, según lo establece el Artículo 93 en donde regula que el goce de la salud, es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna; como el Artículo 94 regula la obligación que tiene el Estado de velar por la salud y asistencia social de todos los habitantes y lo realizará través de sus instituciones, a fin de procurarles el completo bienestar físico, mental y social.

1.7.2 Norma Ordinaria

Es la norma general y abstracta que emana del Congreso de la República de Guatemala. Entre las principales se encuentran la ley del organismo judicial, que regula lo relativo a la interpretación vigencia y validez de las normas, así como la organización y funcionamiento de los tribunales. El Código Penal que tipifica los delitos y las penas correspondientes. El Código Civil contempla lo relativo a la persona, la familia, los derechos reales y las obligaciones. El Código de Comercio regula la actividad de los comerciantes, los negocios jurídicos y las materias mercantiles. El Código de Trabajo regula las relaciones entre patronos y asalariados, y contiene tanto la parte sustantiva como la procesal. Y en materia procesal rigen los códigos de ámbitos como el procesal civil y mercantil, y el procesal penal.

En este caso, lo que es objeto de la presente investigación es la salud, que esta regulada en el Código de Salud decreto 90-97, aprobado en noviembre de 1997, al que hago referencia a continuación.



1.7.2.1 Código de Salud

El Código de Salud, nos define a la salud en su Artículo dos, en donde regula que es un producto social que resulta de la interacción entre el nivel de desarrollo del país, con las condiciones de vida de la población y la participación social a nivel individual y colectivo, a fin de procurar a los habitantes del país un completo bienestar físico, mental y social.

En el Código de Salud, también se establece que el Ministerio de Salud Pública 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 que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe proveer servicios gratuitos a quienes carezcan de medios para costearla, priorizando la población carente de acceso a servicios, por lo que la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, infecciones, vivienda, trabajo y en definitiva, sus problemas económicos.

El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo.



1.7.2.2 Los Acuerdos de Paz

No nos indica qué es la salud, pero en el Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria, las partes convienen en la necesidad de impulsar una reforma al sector nacional de salud, la que debe estar orientada hacia el efectivo desempeño del servicio para la población, que comprende: formular políticas que permitan el acceso de toda la población guatemalteca a los servicios integrales de salud, garantizar el acceso efectivo al servicio de salud de calidad a la población de bajos recursos, luchar en contra de la desnutrición, el saneamiento ambiental y la salud preventiva.

Así mismo crear soluciones de atención primaria, especialmente la materno infantil, revisar las normas y practicas vigentes en materia de producción y comercialización de medicamentos equipos e insumos y promoverá las medidas que aseguren el abastecimiento y calidad de los mismos, fomentar la participación activa de las municipalidades, comunidades, las organizaciones sociales (incluyendo mujeres indígenas, sindicales, cívicas) y fiscalización de la administración de servicios y programas de salud, a través de los sistemas locales y los consejos de desarrollo urbano y rural.

Los Acuerdos de Paz constituyen un instrumento de política pública que sustenta la reforma del sector salud y el proceso de extensión de cobertura.

1.8. Otros derechos que tienen relación con la salud

Al hablar del tema de la salud no se refiere solamente al concepto de salud en si mismo, la definición es más integral pues comprende otros derechos como:

1.8.1 Derecho y protección a la vida:

El derecho a la vida es el más elemental de los derechos y constituye el fundamento de los demás ya que una persona solamente puede exigir sus otros derechos si tiene la seguridad de no privársele de la vida y el Estado debe garantizarla a través de la protección penal poniéndolo al resguardo de cualquier atentado en su contra.

Como lo estipula la Constitución Política de la República de Guatemala en su Artículo 3 donde establece: “El Estado debe garantizar y proteger la vida humana desde el momento de su concepción, así como la integridad y la seguridad de la persona”.

El derecho a la vida está también protegido por la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

1.8.2 Protección a la libertad y dignidad humana

A ese respecto según lo regulado en el Artículo 1 de la Constitución Política de la República de Guatemala establece: “Protección de la personas. El estado de

Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia, su fin supremo es la realización del bien común”.

El Artículo 2 establece: “Deberes del Estado. Es deber del estado garantizarle a los habitantes de la República la vida, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz y el desarrollo integral de la persona”.

Por su parte el Artículo 4 del mismo cuerpo legal establece: “Libertad e Igualdad. En Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. El hombre y la mujer, cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales oportunidades y responsabilidades.

Ninguna persona puede ser sometida a servidumbre ni a otra condición que menoscabe su dignidad. Los seres humanos deben guardar conducta fraternal entre sí”.

1.8.3 Protección de la familia

La familia como base fundamental de la sociedad está protegida por la Constitución Política de la República de Guatemala, en el Artículo 47 donde establece que el Estado garantiza la protección social, económica y jurídica de la familia, promueve su organización sobre la base legal del matrimonio, como 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.

El Artículo 52 de la Constitución Política de la República de Guatemala establece: la maternidad tiene la protección del Estado y que debe velar en forma especial por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella surjan.

1.8.4 Protección del trabajador

En particular destaco lo relacionado con la vivienda de los trabajadores, (Artículo 105), cuando se protege la vivienda de los trabajadores y se obliga a los empresarios a proporcionar en los casos establecidos por la ley, viviendas que llenen condiciones de salubridad. La respuesta constitucional a los problemas de salud que afectan al país y sus habitantes permite hacerles frente tanto desde el punto de vista normativo como institucional.

1.9. Instituciones que velan por la salud en Guatemala

En Guatemala hay varias instituciones públicas y privadas que velan por el derecho a la salud, además de crear proyectos los ejecutan para que todos los habitantes de este país obtengan beneficio personal y lograr el objetivo. A continuación se incluyen los nombres de instituciones que velan por la salud en Guatemala o que están vinculadas con ella.

1.9.1 Sector público

El Estado representa el órgano político-jurídico llamado a regir los destinos de la humanidad y su evolución, desde cualquier punto de vista de las diversas escuelas del pensamiento que tratan de su estudio, éste ha ido parejo con el desarrollo social, político, cultural, educativo y económico de la comunidad cuya representación se le ha confiado al Estado a través de sus gobernantes.

El Estado moderno asume una responsabilidad trascendental en la orientación de los procesos socioeconómicos de la sociedad contemporánea, sea cual sea su concepción política. Es por ello que el Estado, en su misión de satisfacer los servicios públicos de la comunidad, encara graves problemas en la prestación de los mismos, debido a la demanda y expansión de los sectores tradicionales, como salud, educación, agricultura, transporte, justicia, bienestar, defensa, hidrocarburo y minas, y otros de no menos trascendencia. La Administración Pública constituye el principal instrumento para concretar la acción del Estado, lo que hace a muchos decir que es el factor estratégico del desarrollo.

Así mismo para que el Estado cumpla con sus funciones a través de la administración pública se organiza y con ellos se crean los ministerios del Estado de Guatemala, y cada uno con su respectiva función. A continuación las entidades descentralizadas que tienen a su cargo velar por la salud guatemalteca.

1.9.1.1 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Es el ente rector¹² en tema de salud pues es su especialidad, estudia la salud preventiva y curativa, la preservación higiénica del medio ambiente; formula políticas de salud pública, crea normas técnicas para la prestación de servicios y normativas de saneamiento ambiental, realiza estudios para la ejecución de programas de vigilancia y control epidémico, administra los programas de salud, crea sistema de capacitación y formación de recursos humanos, promueve la participación pública y privada en la ejecución de las políticas y promueve nuevas formas de financiamiento y fiscalización social.

El sistema de salud está conformado por tres grandes subsectores: privados lucrativos, privados no lucrativos y públicos; tradicionalmente desvinculados entre sí. El subsector público lo encabeza el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien es el responsable de ejercer la rectoría del sector y uno de los principales proveedores directos de servicios a la población abierta.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, unifican información epidemiológica que permitirá que las dos instituciones de servicios de salud más grandes de Guatemala tengan cobertura en todo el país.

¹² www.minsap.gob.gt. 9 de febrero de 2009

Es necesario tener claras algunas definiciones con relación a varios conceptos relacionados a la salud, esto según lo convenido en la implementación de la estrategia de atención primaria de salud a raíz de la participación de todos los países del mundo en la Declaración de Alma-Ata y lo documentado en el manual "Salud para todos en el año 2,000". En dicha reunión se contemplaron principios y metas generales para todos los países y fue así como se establecieron una serie de definiciones respecto de lo que deberían ser los servicios básicos de salud, la atención primaria de salud, que debería darse según estas definiciones:

1. **Servicios básicos de la salud:** Debe distinguirse entre la atención primaria de salud y los servicios básicos de salud, que consisten en una red de instituciones estatales que forman parte del sistema administrativo nacional y que prestan a los individuos, ciertos servicios indispensables de prevención y atención médica; aquí se conserva la unidad entre medicina preventiva y curativa.
2. **Atención primaria de salud:** Es "la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de las personas; a un costo que el país y la comunidad pueden soportar, con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables"¹³.
3. **Atención secundaria de salud:** "Servicios de envío que prestan una atención secundaria de salud, más especializada en el escalón más periférico; ejemplo: diagnóstico radiográfico, cirugía general, complicaciones del embarazo o del parto; y

¹³ Organización Mundial de la salud. Glosario empleado en la serie "Salud para todos". (Ginebra:1984) pág.12

diagnóstico y tratamiento de enfermedades no comunes o graves”¹⁴. Claramente la definición expone el carácter curativo en la atención de los padecimientos que se nombran.

4. **Atención terciaria de salud:** “La atención especializada que requiere instalaciones sumamente específicas y la intervención de personal de salud muy especializado, por ejemplo: la neurocirugía del corazón. En esta definición se presenta el carácter curativo de la medicina”¹⁵.

5. **Centro de Salud:**

Se le percibe como un pequeño centro de atención de todo, el cual guarda la unidad entre prevención y curación. Realiza actividades de promoción, protección, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para enfermos en régimen ambulatorio.

Actualmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ha creado y adoptado una unidad para incorporar medicina tradicional, dentro de los programas de servicio, en la cual se establece la aplicación la medicina tradicional a las enfermedades presentadas y que son atendidas por el personal médico o comadronas, para darle valor a las plantas medicinales logrando curar a las personas con las mismas.

Dentro de esta unidad de la medicina tradicional le da un reconocimiento a la comadrona como protagonista en la atención de los partos de las mujeres

¹⁴ *Ibíd.* pág.19

¹⁵ *Ibíd.* pág.19-20.

especialmente de su comunidad, así como curando algunas enfermedades y que son supervisadas por el observatorio de salud reproductiva.

1.9.1.2. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social¹⁶ garantiza los servicios de seguridad social a los trabajadores guatemaltecos y sus familias, orientados a elevar su nivel de vida.

En el área de prestaciones en salud, el instituto cuenta con los siguientes programas:

- a. Programa de enfermedad y maternidad
- b. Atención materno infantil
- c. Programa de accidentes
- d. Área de rehabilitación por accidente - por enfermedad,
- e. Invalidez, vejez y sobrevivencia.

En el año 1968 se creó el riesgo de maternidad, el cual contempla el programa materno-infantil, que comprende seis etapas, las cuales van desde el control prenatal, atención al parto, post parto, planificación familiar, enfermedades ginecológicas y

¹⁶ www.igss.gob.gt. 14 de marzo de 2009

atención durante el climaterio, con el fin de brindar cuidados especiales al binomio madre-hijo, respectivamente.

En ese contexto, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cuenta con equipos multidisciplinarios de profesionales en los servicios de gineco-obstetricia, conformados por educadoras de la salud, trabajadoras sociales, nutricionistas, psicólogos, enfermeras y médicos especialistas, quienes impulsan un programa de educación y orientación en torno al cuidado de la madre durante las fases pre y post natal, que conlleva hacer ejercicio de forma moderada, alimentarse sanamente, dormir adecuadamente, evitar el estrés, no levantar objetos pesados, acudir a sus chequeos médicos con regularidad y amamantar al bebé, ya que ello contribuye en el fortalecimiento de su salud y rápido retorno a su condición física anterior.

Además, con un comité de vigilancia de mortalidad materna, mediante el cual constantemente se monitorea los diferentes servicios gineco-obstetras a nivel metropolitano, a fin de mantener un adecuado control en el cuidado de la salud de la madre.

Derivado de estas acciones, la tasa mortalidad materna durante el año 2008 disminuyó considerablemente registrándose 150 decesos, en tanto que en lo que va del año 2009 solamente uno caso esta registrado, lo cual evidencia que durante el presente año, la tendencia podría ser de menor escala.

1.9.1.3 Universidad de San Carlos de Guatemala

La Universidad de San Carlos de Guatemala como ente autónomo¹⁷ también colabora con el bienestar de la salud a través de programas de salud durante cada año con las actividades de atender las deficiencias de los estudiantes universitario realizando consultas externas: medicas, sicológicas, de laboratorio y odontológicas; en el mes de mayo tiene un programa especial para la mujer con temas de salud reproductiva.

La Constitución Política de la República de Guatemala tiene como garantía constitucional que todas las personas puedan tener acceso a los servicios de salud, pero no tiene presupuesto necesario para lograr su objetivo, incumpliendo el Estado en garantizar la salud de la sociedad guatemalteca, que sigue sufriendo violación a sus derechos humanos.

En lo personal considero que la salud es el reflejo de nuestro interior y exterior, porque así como estamos dentro, nos proyectamos; además de eso, es un derecho que cada uno de nosotros como seres humanos tenemos y que esta garantizado en la Constitución guatemalteca, no siendo ausencia de enfermedad simplemente; la salud es un derecho y es la base primordial para el desarrollo íntegro del país.

¹⁷ www.usac.edu.gt. 10 marzo de 2009



La salud es, un derecho fundamental, sin distinción de sexo, raza, edad religión, ideología política, o condición económica o social. El derecho a la salud, esta íntimamente vinculada a la mujer, del niño, de los jóvenes y de los ancianos.

Es necesario comprender la importancia de realizar acciones en salud que incluyan los diferentes conceptos y prácticas históricamente desarrolladas por los grupos culturales que integran la sociedad guatemalteca. Para dicha complementación se debe considerar que existe una concepción y práctica médica maya especialmente en comunidades indígenas que son diferentes a la medicina occidental.

La salud constituye un derecho humano básico; a la vez una responsabilidad individual y se considera un derecho humano social.

Si bien la atención en salud debe tomar en cuenta a las personas y comunidades como actores de su propia salud y desarrollo; la interculturalidad es una forma de mutuo reconocimiento y respeto como base para la convivencia.





CAPÍTULO II

2. Situación de la Salud en Guatemala

Guatemala para cumplir con sus objetivos está organizada bajo varias entidades públicas, y dentro de ellas está el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; como lo mencione anteriormente; que además desarrolla políticas públicas donde encuadra la situación de la salud en Guatemala.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social¹⁸: está organizado en dos niveles:

a) El nivel central: El nivel central es el responsable de:

- La dirección y conducción de las acciones de salud
- Formular y evaluar las políticas y estrategias, planes y programas de salud
- Estandarización, vigilancia y control de la salud y la supervisión de la prestación de los servicios de salud.

b) El nivel ejecutor:

Es responsable de la prestación de los servicios de salud a través de los establecimientos organizados en base a perfiles de complejidad y niveles de atención.

¹⁸ www.mspyas.gob.gt 29 de mayo de 2009



El nivel ejecutor del Ministerio de Salud Pública y Asistencia de Salud, está organizado en 25 Áreas de Salud. La Dirección de Área de Salud es la unidad técnico-administrativa que planifica, programa, conduce, dirige, coordina, supervisa y evalúa las acciones de salud a este nivel.

La dirección de área de salud es responsable de la gerencia de los distritos municipales de salud que integran el área de salud respectiva. Las direcciones de área de salud, no proveen servicios de salud, sino que tienen funciones administrativas y sirven como el principal intermediario entre el nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y los establecimientos que conforman la red de servicios. El nivel central distribuye fondos a las direcciones de áreas de salud tres veces por año y ellas coordinan la distribución de medicamentos y otros insumos a los distritos.

Los distritos municipales de salud comprenden el conjunto de establecimientos del primero y segundo nivel de atención en salud ubicadas en la circunscripción territorial que le es propia. Existen tantos distritos municipales de salud como municipios de la república, salvo casos especiales.

Adicionalmente a los establecimientos del primero y segundo nivel de atención, existen 43 hospitales. Debido a su complejidad y características especiales de su gerencia, tienen un régimen administrativo desconcentrado manteniendo para fines de prestación de servicios de salud, una vinculación y coordinación funcional estrecha con la Dirección Administrativa de la Salud.



El sector privado no lucrativo: El sector privado no lucrativo está compuesto de Organizaciones No Gubernamentales, en el país existen aproximadamente 1,100; 900 de estas organizaciones son nacionales, el resto son parte de agencias o redes internacionales (CARE, Visión Mundial, Save the Children, Plan Internacional, etc.). Aproximadamente 200 de estas se dedican a actividades de salud. Las actividades de organizaciones no gubernamentales en el área de salud son básicamente preventivas en naturaleza; solamente como 40 de ellas proveen servicios clínicos. Las organizaciones no gubernamentales son socios importantes en el esfuerzo de extender los servicios primarios de salud, vía la subvención con fondos públicos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. A principios del 2000, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tenía acuerdos con 94, mediante convenios valuados en \$12.5 millones, estas organizaciones prestaron servicios en 21 de las 25 áreas de salud a 2.9 millones de beneficiarios a través de 2,500 centros comunitarios.

El acceso a los servicios de salud es restringido en el área rural, debido a ellos los datos respecto de la atención de los partos varían; el 75.1% de los partos son atendidos en casa de la parturienta (atendidos probablemente por comadronas); entre la población indígena los partos atendidos en casa son del 83.7% (presumiblemente atendidos por comadrona) y el porcentaje de atención de partos en casa a madres sin educación es de 78.2%¹⁰ (eventualmente por comadrona). Los datos constatan el alto porcentaje de población rural, indígena y analfabeta atendida en su casa de habitación, seguramente por comadrona.

Con ello se demuestra la existencia de una red de cobertura superior en manos de parteras tradicionales en comparación con la que proporciona los servicios de salud.

Para 1999, la tasa de natalidad fue 34 por 1.000 habitantes; en el área de mortalidad: para el año 1999, se registraron 53,486 defunciones, correspondiendo a una tasa de mortalidad de 4,8 por 1.000 habitantes. Las primeras causas de mortalidad general para ambos sexos, correspondieron a neumonías y diarreas.

Por lo que en nuestro país, no existe totalmente una salud integral, ello obedece a que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es la que menos asignación presupuestaria recibe, como también hace falta mas personal médico para cubrir todo el territorio nacional y así lograr el acceso a la salud a todas las personas que lo necesiten; según el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala; el problema del déficit del recurso humano es exacerbado por una distribución inequitativa del mismo dentro del territorio y entre sub sectores.

El ejemplo más claro de la concentración es el hecho de que “el 73% de todos los médicos colegiados, han registrado su residencia en el departamento de Guatemala, por lo que esta concentración hace que la relación médico por población sea de 1 por cada 348 habitantes, mientras que al otro extremo se encuentra el departamento de Quiché, en donde existe 1 médico por cada 11,489 habitantes. Como se puede apreciar los médicos en el país están distribuidos en forma inversa al mapa de la pobreza; es decir que donde hay más pobreza no hay médicos”¹⁹.

¹⁹Estrada Galindo, Gustavo. Síntesis: El sistema de salud en Guatemala, ¿Hacia dónde vamos? PNUD 2008 pág. 27.



La realidad de Guatemala es la capacidad institucional de atender el 20% a 30% de todos los partos que ocurren en el país. Si se refirieran al 100%, se sobrecargaría un sistema que de por sí ya lo está. Los hospitales nacionales están constantemente en crisis. En muchos hospitales en el área de maternidad hay dos pacientes por cada cama. Entonces esta proposición requiere un análisis de costos muy serio.

Esto prueba el incumplimiento de deberes del Estado de Guatemala de garantizar la salud a la población guatemalteca, especialmente los ubicados en lugares lejanos; bien es cierto, existen auxiliares de la medicina, como las enfermeras profesionales y auxiliares, técnicos, es necesaria la implementación de personal de apoyo para lograr cumplir con el acceso a la salud de la población guatemalteca.

Las organizaciones no gubernamentales (ONG's) han sido la mayor fuente de apoyo para los grupos pobres urbanos que viven en las áreas marginadas. Dichas organizaciones dan apoyo a muchas personas con sus esfuerzos para lograr acceso a servicios básicos. Sin embargo, a pesar del serio déficit habitacional y de servicios básicos en áreas urbano marginales, la cantidad de estas organizaciones ha venido disminuyendo sustancialmente en los últimos años hasta llegar a ser sólo una tercera parte de aquellas que existían hace 10 años (Gellert y Palma, 1999).



2.1 La descentralización del servicio de la salud

En “1,996, Guatemala inició el proceso de reforma del sector salud a través del programa de mejoramiento de servicios de salud, financiado mediante un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo e implementado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estas reformas buscaron modernizar los sistemas de salud del país e incluyeron la desconcentración de la administración de los programas de salud a las direcciones de área de salud con sus centros de salud ubicados en los municipios”²⁰.

Dos ejemplos recientes de programas en los que hay traslado de funciones a entidades ajenas al Estado son: el Sistema Integrado de Atención en Salud (SIAS). El programa es muy exitoso en lo que se refiere a aumentar la cobertura de salud, respectivamente, mejorar la calidad de los servicios y hacen posible que los beneficiarios de los servicios participen en los procesos de ejecución; también ha sido muy efectivo para ampliar la cobertura de servicios de salud y tiene presencia en los 22 departamentos. La cobertura de vacunación, por ejemplo, alcanza niveles superiores al 90%.

La primera fase del programa de mejoramiento de los servicios de salud se completó a mediados del año 2001. Estas reformas incluyeron cambios en los sistemas financieros y de adquisiciones que pretendían fomentar una administración más descentralizada, expedita y transparente de los recursos de medicamentos.

Los Programas del Sistema Integrado de Atención en Salud, se ha caracterizado por trabajar con las comunidades sin conceder mayor participación a las autoridades

²⁰ *Ibid.* pág. 33

municipales, dando la impresión de que se tiene la clara decisión de evitar algún tipo de relación con el gobierno local.

Se podría decir que la respuesta gubernamental ha sido dedicarse a producir estudios específicos con información que describe la situación de los grupos urbano marginales. Esta respuesta, aunque es importante como etapa inicial, no se ha traducido en acciones concretas que enfrenten las necesidades de salud de los residentes urbanos. Las acciones concretas de apoyo a tales grupos han surgido del sector no gubernamental, aunque tal apoyo viene decreciendo en los últimos años.

Como resultado de la falta de acciones de implementación de las políticas de salud se encuentra la mortalidad materna que es un tema muy importante darle prioridad porque se trata de la vida de las mujeres especialmente de madres que han tenido más hijos y que al fallecer de esta vida los deja desprotegidos.

2.2 Mortalidad materna en Guatemala

En Guatemala, las muertes maternas todavía se deben a las mismas causas históricas: el noventa por ciento de las muertes maternas ocurren por "causas obstétricas directas"²¹, de las cuales la hemorragia es responsable de la mitad de estas muertes. La infección, la hipertensión inducida por el embarazo y las complicaciones asociadas al aborto ocasionaron el resto de las muertes maternas.

²¹ Flores, Carlos, Boletín epidemiológico, *Análisis y tendencias de la mortalidad en Guatemala*. año 2002. pág. 25.

En el país, la cobertura de atención del parto por personal médico o de enfermería es “de 41 %: 65.6% en el área urbana y 29.5% en el área rural. La cobertura de atención del parto en mujeres ladinas es de 57% y en mujeres indígenas es de 19.5%, lo que evidencia una brecha importante”²². En cuanto a la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar las mujeres indígenas y del área rural, están en desventaja.

2.2.1 Definición

“Es cuando una mujer pierde la vida durante el embarazo, el parto y treinta días después del parto”, esto según la Organización Convergencia Ciudadana de Mujeres.

“La mortalidad materna o muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo”²³

Es la defunción de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo.

2.2.2 Causas que provocan la muerte materna

Según el informe, de cada cien muertes maternas, cincuenta y tres ocurren por hemorragia o sangrado durante el parto, diecisiete por infección, por mala atención en el parto, catorce por complicaciones de aborto y dieciséis por otras causas, también menciona que en el mundo mueren cerca de seiscientos mil mujeres cada año por esas

²² *Ibid.* pág. 28-30

²³ es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad_materna, 12 de junio de 2008

causas, en nuestro país la mortalidad materna es de aproximadamente mil mujeres cada año.

La mortalidad materna debida a complicaciones del embarazo y el parto es innecesariamente alta y aún constituye una tragedia en varios países de América Latina y el Caribe.

La defunción materna tiene múltiples factores, influyen entre otros aspectos: culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica, que al sumarse las condiciones de la madre, el médico y la institución, influyen al evento de la muerte, siendo las principales causas: preclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica y los procesos infecciosos obstétricos y no obstétricos, mareos, fosfenos (ver destellos), acúfenos (zumbido de oídos), cefalea (dolor de cabeza), edema (hinchazón de pies y piernas), anasarca (hinchazón generalizada), aumento o pérdida de peso, hemorragia transvaginal, falta de movimientos fetales después del quinto mes de embarazo, ruptura prematura de membranas (salida de líquido amniótico), fiebre, poliuria, polidipsia y polifagia (aumento en la frecuencia urinaria, de sed y de apetito respectivamente).

Aunque la razón de mortalidad materna se ha estancado desde que la maternidad sin riesgo se convirtió en un tema primordial a finales de los años 80 y principios de los 90, “la mortalidad materna es un tema de salud pública en el que se ha progresado poco en los últimos tiempos”.²⁴

²⁴ *Ibid.* pág. 29

El embarazo y el nacimiento debieran ser para toda mujer una experiencia colmada de belleza y bienestar. Pero según la 26 Conferencia Sanitaria Panamericana, muchas situaciones se alejan de esas circunstancias en las Américas.

2.3 Acciones que ayudan a reducir la mortalidad materna

1. **Control Prenatal:** Es la atención en salud que la mujer debe recibir cuando está embarazada, por lo menos tres veces: Primera: al darse cuenta que está embarazada; segunda: a la mitad del embarazo; tercera: a los ocho meses, ya que le controlaran, principalmente, el tamaño del vientre, el peso y la presión arterial y le darán vitaminas y consejos para su alimentación. “En Guatemala 40 de cada 100 mujeres embarazadas no tiene atención prenatal.”²⁵
2. **Parto limpio y seguro:** Es el que ocurre en un ambiente higiénico y atendida por una persona competente.
3. **Espaciamiento de embarazos:** Es el tiempo entre el último nacimiento y un nuevo embarazo; y este debe ser de tres años, para que la mujer pueda recuperarse. También es importante para el niño o niña ya nacido, porque recibe mejores cuidados.

²⁵ **Ibíd.** pág. 22



4. **Embarazo en adolescente:** Es cuando la mujer esta entre los 12 a 19 años de edad, y en esta edad; la mujer no esta preparada tanto físicamente, económicamente para ser madre, además de que es la edad de correr un embarazo de alto riesgo y peligroso; las consecuencias de este embarazo son: abandono de estudios, limitado desarrollo profesional y económico, complicaciones en el parto y embarazo y parto, mayor mortalidad materna e infantil. En nuestro país, la mitad de las mujeres antes de cumplir 20 años, o ya están embarazadas o ya han sido madres.

5. **Paternidad y maternidad responsable:** se madre o padre es una decisión y un derecho que cada persona tiene y debe de tomar con responsabilidad. Ser padre o madre responsable significa la obligación compartida frente a los hijos para alimentarles, vestirles, darles vivienda, educación, salud, amor, comprensión, respeto y tratarlos adecuadamente, según su edad.

Un embarazo saludable implica:

1. Proporcionar a la mujer y su pareja información veraz y suficiente para decidir de manera consciente y responsable, acerca del número de hijos a tener en las mejores condiciones.

2. La edad propicia para ser madre, no debe ser menor a los 19 años ni mayor de 35 años.

3. La madre, debe tener conocimiento e información precisa y oportuna que la alerte sobre los riesgos de su embarazo.

4. Participación libre de la mujer en la planeación del embarazo y de las decisiones que afectan su cuerpo, su salud y su futuro.

5. Información, orientación y consejería a la pareja respecto al ejercicio de una sexualidad gratificante durante el embarazo.

6. Fortalecimiento de la red hospitalaria: A través del mejoramiento de la infraestructura de los hospitales actuales y la construcción de nuevos centros donde los servicios a mujeres gestantes y recién nacidos sean la prioridad.

“Aunque la mortalidad materna afecta a mujeres de distintos estratos sociales y económicos, un número más elevado afectó a mujeres indígenas, analfabetas, en departamentos con altos índices de pobreza y ruralidad. El impacto de muerte materna es tres veces superior en las mujeres indígenas”.²⁶

Guatemala ha realizado importantes avances durante las últimas décadas para reducir la mortalidad materna e infantil. En el caso de la mortalidad materna, “ésta ha

²⁶ *Ibid.*, pág. 15



descendido de 248 en 1989 a 130 en el año 2007²⁷, pero a pesar de estos avances, aún hay importantes rezagos que atender en las áreas rurales y las poblaciones indígenas.

"Si el país coloca la voluntad y los recursos necesarios, podría cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio referidos a la mortalidad materna e infantil al 2015", expresó Adriano González-Regueral, representante de UNICEF en Guatemala.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce que es posible reducir la mortalidad relacionada con el embarazo, parto y puerperio mediante mejoras en el acceso a cuidados obstétricos esenciales de calidad, que impacten en los aspectos físicos, culturales y sociales.

Así mismo, "reconoce que es posible reducir el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo a lo largo de la vida reproductiva de las mujeres, facilitando servicios integrales de salud reproductiva"

Guatemala se compromete a reducir las muertes maternas y plasma este compromiso en la ratificación de instrumentos internacionales y la implementación de estrategias nacionales. Constitucionalmente, el Estado debe garantizar el derecho a la vida, la protección de la familia y el goce de la salud y la asistencia social.

En consecuencia, en octubre de 2001, la Asamblea Nacional de la declaración de las metas del Milenio, celebrado en el mes de septiembre, año 2000, en Ginebra decreta la Ley de Desarrollo Social en la que establece como prioridad en materia de salud

²⁷ Ibid. pág. 55

poblacional **reducir las tasas de mortalidad con énfasis en el grupo materno e infantil.**

En enero del 2001, se suscribe la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y el Plan de Equidad de Oportunidades, que incluye la promoción de la salud integral de las mujeres como base para el desarrollo.

La mortalidad materna refleja el desarrollo socioeconómico de las comunidades y el nivel de inequidad y desigualdad entre hombres y mujeres, razón por la cual los privilegios de salud deberían estar ubicados estratégicamente y ser accesibles a la población, agregó, Adriano González-Regueral, representante de UNICEF en Guatemala.

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país. La magnitud del problema refleja la posición y condición de las mujeres en la sociedad, su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios, nutricionales y condiciones económicas precarias; según la línea basal de la mortalidad materna del año 2000

La mortalidad materna en Guatemala no es solamente una desventaja sanitaria, sino también una desventaja social. Si bien las complicaciones que causan las muertes maternas durante el embarazo, parto o puerperio no puede prevenirse, las muertes maternas derivadas de estas complicaciones si son prevenibles.

Al referirnos a la mortalidad materna incluye todos esos derechos reproductivos de la mujer como la edad para tener hijos, el espaciamiento de embarazo, como el cuidado del periodo del embarazo hasta después del parto, pues es necesario que la mujer conozca cuales son sus derechos porque es una de las formas de contribuir con la reducción de la mortalidad materna, además de la atención que se le debe de dar ya sea en el hospital o en su casa con la comadrona.

2.4. Situación de la salud reproductiva en Guatemala

Históricamente, la situación de la salud reproductiva de la mujer guatemalteca ha sido un serio problema; como en muchos países de la región centroamericana, los datos en esta área generalmente son escasos, "la tasa de natalidad es de 36,6 por 1000 habitantes y la tasa global de fecundidad de 5.0 hijos por mujer, con 5.8 hijos en el área rural y 4.1 en la urbana."²⁸

La demanda insatisfecha de este servicio para la mujer indígena es de 39.3%, mientras que para la mujer ladina es de 21.9%. En el área urbana la necesidad de servicios de planificación familiar no es cubierta en un 20.2%, y en el área rural la proporción no cubierta con este servicio es de 32.3%; esto a pesar de los esfuerzos recientemente iniciados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) al haber creado oficialmente el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), que por primera vez incorpora el concepto holístico de la salud reproductiva.

²⁸ Informe de desarrollo humano. PNUD. año 2005. Pág. 36

Además, crea el Programa Nacional de Salud Reproductiva para hacer **accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres**, consignando la vida y la salud de las madres, hijos e hijas, se acepta en general que las intervenciones en salud reproductiva enfrentan grandes desafíos para ser implementados en poblaciones étnicas postergadas que viven en las áreas rurales y sectores periféricos marginados del país, dadas las condiciones geográficas, sociales, culturales y económicas, así como las malas vías de comunicación y la falta de transporte que también limitan el acceso de las mujeres del área rural y periférica a los servicios de salud.

A raíz de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990), donde se acordó fortalecer el Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna, la Organización Panamericana de la Salud, brinda cooperación técnica en Guatemala para contribuir al cumplimiento de los objetivos del Plan:

1. Mejorar las condiciones de salud de la mujer, mediante el incremento y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva.
2. Desarrollar la capacidad y calidad del sistema de entrega de atención, a través del fortalecimiento del primer nivel de referencia.
3. Fortalecer la capacidad de respuesta para la atención de las emergencias y complicaciones obstétricas.
4. Promover el conocimiento y la participación social en las acciones para una maternidad segura

5. Desarrollar y fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, entre otros.

Por lo que cabe decir que cada madre tiene el derecho a gozar de un embarazo saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgos y complicaciones tanto para ella, como a su hijo mediante la accesibilidad de los servicios de salud de primero y segundo nivel de atención.

Evitar la mortalidad materna no necesariamente requiere la utilización de alta tecnología, sino del compromiso social a una cultura de la salud, orientada a la promoción y educación para la salud con apoyo de los medios masivos de comunicación, es decir, la mujer debe ser la mejor reconocedora de su propio riesgo reproductivo y obstétrico.

La mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un mismo país.

Por lo que el gobierno de Guatemala, aprueba en la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, una resolución en donde se trazan ocho objetivos que ellos le llamaron Declaración del Milenio, que comprende el período del 2000-2015, dentro de los cuales esta el objetivo número cinco: reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes; siendo estos objetivos más que un compromiso político, es un compromiso social al que me refiero.



2.5 Compromisos asumidos por el Estado de Guatemala

En septiembre del año 2000, representantes de 189 países se reunieron en la Asamblea General de las Naciones Unidas para “determinar cómo unificar sus voluntades y esfuerzos para revitalizar la cooperación internacional enfocada a combatir el hambre y la pobreza, existe el convencimiento de que la estabilidad y la seguridad nacional y mundial dependían en buena medida de mejorar la calidad de vida de los habitantes de todos los países del mundo y de generar condiciones para el pleno ejercicio de los derechos humanos²⁹.

A partir de la firma de la Declaración del Milenio las Naciones Unidas fijaron ocho grandes objetivos, de indudable consenso que apuntan a la reducción de la pobreza, hambre mejorar la salud y educación, cuidado del medio ambiente y otros.

Los objetivos del Desarrollo del Milenio reflejan un conjunto de prioridades urgentes y universalmente compartidas respaldadas, sin embargo deben verse como parte de un programa de desarrollo más amplio. El Servicio de Enlaces de las Organizaciones No Gubernamentales de Naciones Unidas.

2.6 Los objetivos de la declaración del milenio para el desarrollo

Son los compromisos adquiridos, que hicieron los países que estuvieron en la Asamblea de la Naciones Unidas, dentro de las cuales reflejan un conjunto de prioridades urgentes y universalmente compartidas y respaldadas. Estas ocho metas

²⁹ KOFI, Annan, *Un concepto más amplio de libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos*, Naciones Unidas 2005. pág. 8.

están enfocadas hacia objetivos nacionales relacionados con la pobreza, educación, igualdad de género y la sostenibilidad medio ambiental, pero también incluyen planes para establecer un marco de políticas internacionales sobre comercio y financiación que favorezca el desarrollo. Cada una de ellas, a su vez, está íntimamente relacionada con la otra.

A cada meta le ha sido asignado un determinado número de objetivos que deberán ser alcanzados en el año 2015.

2.7 Las metas del milenio para el desarrollo son:

1. Erradicación de la pobreza extrema y el hambre.
2. Acceso universal a la educación primaria.
3. Promover la igualdad de géneros.
4. Reducción de la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades.
7. Asegurar la sostenibilidad medioambiental.
8. Desarrollar asociaciones globales.

Actualmente se han creado los “instrumentos necesarios tales como: la educación en salud, los conocimientos, actitudes y prácticas, el Centro de Atención Permanente,



(CAP) etc. para mejorar la atención a las mujeres especialmente en estado de gestación”³⁰.

Se trata de crear un mundo mejor para las generaciones futuras, e incluso para las que hoy habitan nuestro planeta. Como se especifica en el informe del Secretario General de la Organización de Naciones Unidas a la Asamblea General, ya mencionado, **la ratificación de las convenciones no es suficiente**, se trata de un asunto de la mayor urgencia que concierne a la seguridad de todos los estados, en el que todos estamos involucrados.

Por lo que es necesario que el Estado de Guatemala priorice estos compromisos asumidos en el año dos mil, ya que no es solo un compromiso político sino social. Los guatemaltecos tenemos derecho a ser atendidos como seres humanos y además es fundamental para el desarrollo integral de cada persona el estar en óptimas condiciones para realizar nuestras actividades cotidianas y participar en actividades tanto sociales como políticas.

³⁰ *Ibid.* pág.66



CAPÍTULO III

3. La comadrona a través de la historia

En la mayoría de las comunidades del Guatemala, incluso en los distintos países subdesarrollados y desarrollados, “existen mujeres quienes se encargan de apoyar el trabajo de embarazo y parto; aunque en la mayoría de los casos, ellas no tienen un título que las acredite, además de tener ese conocimiento, también conocen las propiedades curativas de las plantas y son quienes durante muchos años han prevenido y curado enfermedades de diferentes magnitudes.”³¹

Se encuentran referencias de las comadronas en los antiguos escritos hindúes, en manuscritos de la Grecia y la Roma clásicas y en la misma Biblia. Ya en el año 1560, en París, las comadronas tenían que superar un examen oficial para obtener el título y atenerse a prácticas normativas.

3.1. Antecedentes históricos

Nuestro país que se caracteriza por ser “pluriétnico, multilingüe, multicultural, donde la mayoría de la población de más de trece millones de habitantes son indígenas, y cada comunidad tiene una identidad cultural³²”; dentro de estas comunidades encontramos a las comadronas y que en algunos lugares como España, se le conoce como parteras,

³¹ MORENO CÁMBARA, Mario René. “Escuela de comadronas: Reseña histórica,” Guatemala, 2005. pág. 45

³² *Ibíd.* pág. 21

en el tema **parteras**, toda la política internacional se ha concentrado en la elaboración de manuales que encierran determinados contenidos y así parcializan la actividad de la comadrona.

Se estima que las comadronas indígenas” atienden casi dos tercios de los nacimientos en Guatemala, y su trabajo ha resultado vital en el reconocimiento de la medicina de los pueblos indígenas. Pero aunque desempeñan una parte clave del proceso de coordinación entre las redes de salud tradicional y el sistema de salud oficial que se está realizando actualmente en todo el país, el sistema occidental tiene todavía que ajustarse plenamente para incluir estas tradiciones antiguas y respetadas.”³³

Todas las mujeres necesitan y desean gozar de buena salud y recibir la mejor atención posible para ellas y sus bebés durante el nacimiento. “Una emergencia médica durante el parto es la peor pesadilla de toda mujer embarazada; la maternidad no segura es la tragedia silenciosa de cientos de miles de niños y niñas que cada año pierden a la persona que mejor los puede guiar y cuidar durante la niñez.”³⁴

No fue sino hasta en 1985, cuando la Organización Mundial de la Salud, anunció por primera vez que medio millón de mujeres morían cada año, debido a complicaciones obstétricas, lo que impulsó a las autoridades de salud pública y a grupos de mujeres, empezar a investigar y proponer condiciones para que la maternidad sea más segura.

³³ *Ibid.* pág. 44

³⁴ GOMEZ, Adriana. *El parto en manos de mujeres*. Edición humanizando los nacimientos. año 2007. pág. 8



3.2 Pertinencia intercultural en la salud

La pertinencia intercultural en salud es: “El proceso de adecuación de las intervenciones sanitarias a la cultura local con perspectiva a desarrollar un proceso de complementación (articulación de los diferentes marcos conceptuales y prácticas en salud que existen tanto en el ámbito institucional como en el comunitario, conceptuales y prácticas en salud que existen tanto en el ámbito institucional como en comunitario. (Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. INS-2002)

Entendiéndose como: **“La relación entre las culturas basada en la equidad, en el reconocimiento de la validez de las otras opciones y el establecimiento del respeto mutuo y no sólo de la tolerancia.”**³⁵

Para aclarar y difundir el concepto de interculturalidad, es necesario distinguirlo de otros, como el de multiculturalidad que: “reconoce la existencia y coexistencia de varias culturas diferentes”³⁶, es decir, reconoce la diversidad cultural de nuestro país. En cambio, La Interculturalidad es una noción prospectiva y ética, denota intención, deseo de superar el débil o inexistente equilibrio de la simple coexistencia de la pluralidad (Zúñiga, 1995:39).

³⁵ www.aulaintercultural.org 23 de julio de 2010

³⁶ *Ibíd.* pág. 37

La interculturalidad está estrechamente asociada con la vivencia de los valores y actitudes universalmente reconocidos como lo son: Solidaridad, respeto, equidad, libertad, tolerancia, o empatía, entre otros; en la interculturalidad cada cual puede vivir su cultura sin menosprecio de la de los demás; por lo que la interculturalidad pretende ir más allá del respeto entre los pueblos, buscando que las relaciones que de hecho existen, sean positivas y mutuamente enriquecedoras.

La interculturalidad es fundamental para la construcción de una sociedad democrática, que pretende unidad en la diversidad y en la que sus diferentes culturas dialoguen y construyan juntas, más allá de la mera coexistencia. Todos somos protagonistas de la interculturalidad.

Cabe decir, que dentro de esta interculturalidad en salud encontramos a la comadrona quien juega un papel importante dentro de la sociedad guatemalteca, especialmente en la comunidad donde vive, ya que como hemos visto dentro de la presente investigación, que a falta personal médico en horarios nocturnos y fines de semana, entran a conocer sobre tales situaciones las comadronas.

3.3 Definición de comadrona

Existen varias definiciones, entre ellas: "es la persona que se dedica a atender a mujeres que dan a luz a un nuevo ser; no sólo tiene esa función sino que abarca más

como: remedios caseros o medicina tradicional, uso de temascal entre otras actividades.”³⁷

Se hace énfasis en el papel heterogéneo que las parteras tienen, ya que la mayoría de éstas, además de ser comadronas, también son conocidas porque son: hierberas, compone-huesos, sobadoras, etc.

Parto, de las definiciones de algunos conceptos que se encuentran en el Diccionario de la Real Academia Española y de terminología médica:

“La comadrona es una figura de respeto en los pequeños poblados. Además de atender partos, es conocedora de plantas, rituales y fases de la luna vinculados con la salud; es decir, también es curandera.”

“Es la persona reconocida por la propia comunidad en que vive, como competente para prestar atención de salud mediante empleo de productos vegetales, animales y minerales, y aplicación de algunos otros métodos de origen social, cultural y religioso, basados en los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad, en lo que respecta al bienestar físico, mental y social, y al origen de la enfermedad y la invalidez”

³⁸. El término hace referencia a la acción: tratamiento, medicación, medida terapéutica. Podemos decir que quien da un tratamiento, medicación, medida terapéutica u otros remedios utilizados para tratar un problema médico se le puede considerar terapeuta.

³⁷ <http://es.wikipedia.org>. medicina de fecha 11 de junio de 2009

³⁸ *Ibid.* pág. 29

“En la cultura maya a las comadronas se les consideraba colaboradoras de Ixchel (diosa de la luna, parto y fertilidad) a quien acudían todas las embarazadas manifestando plegarias en su templo para que les ayudara en el parto.”³⁹

“El término comadrona proviene del latín commater, compuesto por cum, que significa conjuntamente y mater, que significa madre. Las comadronas han ayudado a las mujeres a dar a luz desde el principio de la historia.”⁴⁰

Al hablar de médico maya, se hace referencia a aquel que practica la medicina hasta cierto punto **originaria** de la cultura maya. Se hace necesaria la aclaración porque, en función de la adscripción étnica, un médico puede ser maya, pero ejercer la medicina occidental.

En el Código de Salud no define a la comadrona sino que lo regula en el Artículo 195: el ejercicio de otras profesiones y oficios, dentro de las cuales regula que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, regulará el desempeño entre otras, el de las comadronas.

Por su papel en la vida de las familias, es llamada **abuela**; por su labor y experiencia, con frecuencia es líder comunitaria. Atiende la mayoría de los partos en las poblaciones indígenas y con un alto nivel de marginación.

³⁹ TYNDALL, Marie. *La maternidad segura*. Editorial humanización de los nacimientos. año 2007 pág. 36

⁴⁰ *Ibid.* pág. 33



3.4 La formación de la comadrona

La formación de las comadronas hace hincapié en que el embarazo y el parto son procesos normales y saludables hasta que no se demuestre lo contrario. Las comadronas conciben su función como la de apoyar a la mujer embarazada mientras dejan que la naturaleza siga su curso. "Actualmente, en EE.UU., las comadronas pueden tener varios tipos diferentes de preparación. El subtítulo que utilice la comadrona indicará su nivel de estudios y preparación. La mayoría de comadronas norteamericanas son enfermeras comadronas tituladas, conocidas en EE.UU. por las siglas CNM (certified nurse-midwife),"⁴¹ las cuales tienen los siguientes requisitos:

- a) Tienen por lo menos el título de enfermeras diplomadas y pueden tener el de licenciadas o doctoras.
- b) Han completado la formación como enfermeras y como comadronas.
- c) Han aprobado series de exámenes oficiales nacionales y estatales para obtener el título.
- d) Pueden ejercer como comadronas en todos los estados de EE.UU.
- e) Pueden trabajar a las órdenes de un médico.

Aproximadamente el 96% de los partos asistidos por enfermeras comadrona tituladas tienen lugar en hospitales.

Una comadrona de entrada o partera, puede o no tener un título universitario o diploma. Este tipo de comadronas se ha formado a través del sistema clásico de aprendices, en

⁴¹ *Ibid.*, pág. 39



seminarios, mediante instrucción formal o una combinación de estos sistemas. No en todos los estados se les exige trabajar junto con un médico y suelen asistir partos a domicilio o en centros de maternidad no hospitalarios. Pero no en todos los estados está regulado o permitido su ejercicio profesional.

Las comadronas tituladas poseen formación en técnicas básicas de soporte vital para recién nacidos y, en el caso de que el bebé presente complicaciones repentinas tras el parto, pueden cuidar de él hasta que llegue el pediatra o neonatólogo (un especialista en cuidados intensivos neonatales). Varios estudios han mostrado que los partos supervisados por comadronas se asocian a resultados excelentes con menos intervenciones médicas que los partos promedio.

3.5 Antecedentes de la formación de la comadrona en Guatemala

En este artículo describo la escuela de comadronas que estuvo adscrita a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.; ésta escuela funcionó entre 1893 y 1960.

Aquí presento los motivos por los cuales se inició esa escuela, además, las razones por las que dejó de funcionar y finalmente indico las razones por las que este tipo de escuela debería funcionar en la actualidad.



Poco se sabe en la historia de la medicina de Guatemala, que hubo una Escuela de Comadronas adscrita a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. La Escuela, que funcionó entre 1895 y 1960, no está mencionada en **La Historia General de Guatemala** a pesar de las descripciones de la Sala de Maternidad del Hospital San Juan de Dios, la Maternidad **Joaquina** y el Hospital Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, lugares en los cuales trabajaron las parteras tituladas por aquella escuela.

La Escuela de Comadronas adscrita a la Facultad de Medicina y Farmacia funcionó de manera muy regular durante las primeras décadas del Siglo XX. Sus estudios, que empezaron con una duración de dos años, fueron ampliados y en 1923 el Presidente José María Orellana aprobó un plan de estudios que dividió las graduadas en dos clases, exigiendo tres años de estudios a la de segunda clase y cuatro años a las de primera clase.

Las “parteras de primera clase podían hacer ciertas intervenciones quirúrgicas, incluyendo la episiotomía, la aplicación de fórceps y la sutura del perineo. Las mujeres que egresaron de la Escuela durante los inicios de ésta, fueron las primeras mujeres universitarias en el país. En agosto de 1924 ellas formaron la Asociación de Parteras Profesionales de Guatemala “Dr. Juan J. Ortega”, una organización que mantiene su vigencia hasta el presente”⁴².

⁴² GUZMAN, Carlos Mauricio, Aquiles Jiménez Pinto, Ricardo Castañeda Palacios, Manuel Antonio Girón y Jorge Pellecer. “La nueva organización que convenga darle a la escuela de comadronas”. Guatemala, diciembre 1954. pág. 25

Sin embargo, pocos años después, “la Escuela de Comadronas, como muchos de los productos de la Revolución, encontró problemas, la Maternidad del Roosevelt funcionó con un modelo norteamericano (de hecho, los técnicos que la diseñaron y supervisaron eran norteamericanos) rompiendo así con los estándares franceses que por tradición se habían seguido en el Hospital General; en adelante se puso énfasis en los médicos especialistas y en las enfermeras profesionales: se suprimió así el rol de las parteras en el sistema nacional de salud”⁴³. Además, muchos médicos notaron que las parteras pueden contribuir a la salud del país por enfocar su atención en las mujeres pobres y por llenar el vacío de servicios de salud en las áreas rurales. De hecho, las parteras hicieron contribuciones importantes a la salud reproductiva de Guatemala. Por ejemplo, una partera profesional, María Castro de Morales, abrió la primera clínica prenatal en el país en 1911.

También parteras profesionales capacitaron a comadronas tradicionales en las áreas rurales, un modelo que podría ser útil en la actualidad (con un enfoque en el parto normal, las parteras podrían ser capacitadoras aptas de las comadronas tradicionales del país). Muchos médicos han apoyado la partería, porque cada una de estas profesiones tiene un rol distinto, importante y complementario.

Ahora mismo, la continuación de la mortalidad materna es un producto de esta “substracción de esfuerzos”: la falta de parteras profesionales en el país. Hoy día, los

⁴³ Terris M. Conceptos sobre promoción de la salud: **dualidades en la teoría de la salud pública**. Public Health Policy 1992; pág. 7

médicos guatemaltecos deberían abogar por una inclusión en los esfuerzos y recursos actuales: la reapertura de una escuela de comadronas de alta calidad académica.

3.6 Otras funciones que realizan las comadronas

Pensar sobre el oficio de la comadrona demuestra, las múltiples ocupaciones que las comadronas tienen y es por ello que el sector salud en Guatemala desperdicia algunos recursos que tiene a la mano.

Entre las actividades que realiza es la de utilizar plantas naturales para curar: Compramos pimienta chapa, ruda, puro y medio octavo de aguardiente. Primero lo vamos a deshacer y lo hecho en un vaso, le hecho trago encima y lo vamos a soplar en su mera cara, en su corazón, en su espalda y sus pies. Después se ponen a acostarse un poco, un rato y cuando se despiertan ya están mejor. Esto lo hace la comadrona, cuando se asusta el niño. Cuando se asustó, entonces ella llama al espíritu de la gente, esto cuenta Rogelia, comadrona de la comunidad.

Sin embargo las actividades de las comadronas en sus comunidades no se restringen a tratar el período pre-parto, parto y post-parto. El oficio de comadrona en las comunidades rurales cumple diversas funciones, ya que esta ocupación es una singularidad más y forma parte del conjunto de los terapeutas tradicionales, que en las comunidades tienen una jerarquía no sólo por el dominio de saberes, sino también porque ellos proporcionan diferentes servicios a la comunidad, etc.

En la terminología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se hace la distinción entre la **comadrona empírica** que ejerce su oficio con base en la observación y la experiencia y no en una capacitación del sistema de salud oficial y la **comadrona adiestrada tradicional** (CAT) que ha recibido capacitación de parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El hecho de que se reconozca solamente a comadronas adiestradas representa la prevalencia del sistema biomédico de creencias sobre los sistemas de creencias tradicionales; más aun, en Guatemala esta prohibido legalmente que una comadrona no capacitada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, atienda partos sin embargo, entre la población maya de Guatemala, existe la creencia de que las comadronas, nacen para ser comadronas.

3.7. El perfil de las comadronas desde diferentes perspectivas

Cuando la comadrona es vista como “parte del equipo de los servicios de salud aprecian y respetan a la comadrona, así como la contribución que ellas hacen todos los días a la salud de las mujeres y bebés en Guatemala, la incluyen como **socia** del mismo nivel de ellos y la aceptan como parte integral del sistema de salud. Siendo que existen instituciones y personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, agencias, donantes y Organizaciones No

Gubernamentales, que tienen amplio conocimiento y experiencia en el trabajo con las comadronas y dentro de las cuales conocen su situación en las comunidades.”⁴⁴

Fomentan y facilitan la comunicación, el trabajo y las referencias que efectúan las comadronas en su trabajo diario; estas instituciones y personal de salud se han convertido en un apoyo y facilitador esencial para que el resultado del trabajo de la comadrona pueda ser óptimo. Todos trabajan para un mismo objetivo: mejorar la salud de las mujeres y los bebés, su esquema de capacitación se basa en la metodología de educación participativa de adultos, práctica y con contenidos muy puntuales que son las complicaciones obstétricas y neonatales más frecuentes, la capacitan para detectar tempranamente las complicaciones obstétricas y neonatales más importantes, aplicar un manejo de emergencia en la comunidad y referir inmediatamente al hospital.

El personal conoce quien es la comadrona, cuáles son sus costumbres, tradiciones, creencias y prácticas. Conocen su rol en la comunidad. La respetan. Conocen que hay prácticas positivas que debe ser reforzadas, prácticas neutrales que pueden seguirse haciendo y que hay algunas prácticas que son negativas y que deben ser cambiadas para favorecer la salud de la madre y del bebé.

Le explican a la comadrona el "por qué" de las cosas y no solo le dicen que tiene que hacer en forma impositiva. La comadrona comprende por qué es necesario cambiar

⁴⁴ *Ibid.* pág.26



algunas prácticas y esta abierta a recibir información que le permiten resolver los problemas que afronta en la práctica diaria de su profesión.

“Cuando la Comadrona NO es vista como parte del equipo de salud, la expresión que ejemplifica y simboliza esta perspectiva en su máxima forma es esta expresión que se oye todos los días en los hospitales y otros servicios de salud del país, cuando la comadrona lleva una paciente con complicaciones o sin complicaciones a los servicios públicos se encuentra con: **Usted no entra**, y le cierran la puerta al área verde del hospital o la puerta de la clínica donde llevan la paciente.”⁴⁵ Esta es la mejor ejemplificación de la exclusión de la comadrona.

Y la descripción de la competencia de la comadrona se ejemplifica brillantemente con esta frase: Cuando llega una paciente cuyo embarazo o parto fue manejado por la comadrona al hospital, lo primero que se dice y se anota en la papelería de la paciente es: manipulado por comadrona.

Porque la consideran como una persona inferior, debido a que no ha estudiado y recibido títulos, como ellos, no sabe leer muchas veces, no habla bien el idioma español, y sobre todo porque creen que tiene poca capacidad de aprendizaje y que no hace caso, es decir no hacen exactamente lo que las personas institucionales quisieran que hiciera.

⁴⁵ *Ibid.* pág. 57



No ven a la comadrona como un elemento importante e integral del sistema de salud de Guatemala. Las personas institucionales son asalariadas y tienen un puesto fijo, una plaza, por ende tienen una posición social superior y se consideran superiores socialmente y en conocimientos a la comadrona y a todas las personas de la comunidad.

No les permiten acompañar a sus pacientes dentro del hospital y no le informan que van a hacer con ella, cual es el diagnóstico y tratamiento. De esa forma las comadronas están excluidas del manejo del caso y que no pueden aprender de la evolución y resolución del caso, no puede acompañar y apoyar moralmente a su paciente, que esta acostumbrada a ella, lo mismo sucede con la paciente, cuando llegan las parturientas con problemas al hospital, lo primero que escuchan es un gran regaño de por que llegan hasta ahora. Que están sucias, que no entienden el idioma español, etcétera, por consiguiente, aunque en todos los materiales de capacitación esta la referencia como uno de los componentes principales para salvar la vida de la madre y del bebé, las actitudes institucionales hacen que eso se convierta en un gran conflicto para la comadrona y para las pacientes y familias; y por ende la referencia falla y el resultado deseado no se logra.

Las relaciones humanas, la interacción entre los servicios de salud y las comadronas necesitan basarse en el respeto, conocimiento de la cultura y de la situación y contexto

de la comadrona. Sin ese respeto y el conocimiento profundo hacia la comadrona, la interacción es pobre, ineficiente, insatisfactoria para ambas partes y no da los resultados deseados.

3.8. La capacitación de las comadronas para reducir la mortalidad materna

En medio de precarias condiciones de trabajo y casi siempre armadas con conocimientos exclusivamente empíricos, que a veces no les permiten detectar *complicaciones a tiempo*, las comadronas rurales atienden seis de cada diez alumbramientos en el país.

“El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce que la salud de las parturientas guatemaltecas está en las manos de las comadronas tradicionales. Por eso empezó a capacitar y licenciar a las comadronas tradicionales en la década de 1950 y sus esfuerzos crecían durante el decenio de los años 80, cuando Guatemala adoptó las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud”⁴⁶. (Dichas recomendaciones exigieron que el ministerio reconociera, capacitara, y autorizara a las comadronas).

La capacitación formal de las comadronas es tan antigua como la Sala de Maternidad del Hospital San Juan de Dios y más remota aún que la facultad de medicina.

⁴⁶ *Ibid.* pág. 37

"Son una realidad de la vida diaria y así lo está reconociendo el gobierno, que organizó un programa de capacitación en el que participarán 15.000 comadronas, cuyo objetivo es reducir los índices de mortalidad materna en Guatemala ya que mueren más mujeres por problemas de parto que por hechos de violencia"⁴⁷.

"Entre los grandes desafíos que significa resolver el problema se encuentra el acceso limitado a los servicios de salud y la escasez de comadronas calificadas, especialmente en zonas rurales", dijo el Presidente Alvaro Colom en un acto público.

Las capacitaciones, monitoreo y seguimiento con comadronas deben incluir fuertemente el enfoque de evitar las demoras. Esta capacitación tiene que estar acompañada de acciones de trabajar conjuntamente servicios de salud - comunidades, para empoderar a las comadronas, las comunidades, las familias y las mujeres para buscar el establecimiento de un sistema de referencia y contra- referencia y un sistema de transporte de emergencia.

El mayor problema y mayor obstáculo en las referencias que se realizan actualmente desde las comunidades a los servicios de salud, son el mal trato y la poca capacidad resolutive de los servicios; eso hace colapsar el sistema de referencia, que es un problema de actitud y también de capacidad resolutive.

⁴⁷ Prensa libre, 19 de septiembre de 2008. pág. 18

La única forma de cambiar eso es con cambios de actitud serios, que conlleven a cambios estructurales, normativos, legales, administrativos, financieros y técnicos.

El mayor reto y uno de los problemas primordiales, constantes y muy viejos que existe alrededor de la comadrona es que no es vista como parte del sistema de salud. O solo es vista como parte del sistema cuando al sistema le conviene, cuando le es útil al sistema.

“Son las comadronas las que atienden alrededor del 50% de los partos y ven por lo menos alguna vez alrededor del 75% de todos los embarazos en el país. Esto muestra claramente la importancia de la comadrona en cualquier esquema para reducir la mortalidad materna y neonatal, la capacidad institucional de atención de partos en el país es del 20% a 30%,”⁴⁸ esto ha sido así por muchos años.

La capacitación tradicional y entrega de equipo a comadronas en un vacío contextual, sin sistemas de apoyo y referencia, sin un rol definido para la comadrona y soporte institucional y comunitario serio y reglamentado, como se ha venido haciendo, tiene un impacto muy débil.

Lourdes Xitumul, directora de la unidad de salud de los pueblos indígenas e interculturalidad, dice que se han logrado avances y que la norma sobre partos en posiciones tradicionales indígenas ya se está aplicando en centros de atención primaria

⁴⁸ *Ibid.* pág. 47

y hospitales regionales, pero que en hospitales de las ciudades o especializados las mujeres no reciben todavía la elección de cómo dar a luz.

3.9. Instituciones que apoyan el trabajo de las comadronas

Actualmente en Guatemala, a parte del Estado a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; hay instituciones no gubernamentales que proporcionan consulta médica, medicinas, como también atención a mujeres embarazadas; así mismo existen organizaciones no gubernamentales que tienen proyectos de salud, especialmente apoyo al trabajo que realizan las comadronas, dentro de estas instituciones podemos mencionar:

3.9.1. La Asociación de Servicios Comunitarios en Salud (ASECSA)

Es una organización civil no gubernamental de interés social y no lucrativo que a través de la atención primaria en salud contribuye al trabajo de salud comunitaria y salud pública en Guatemala. Se conforma por una red de sesenta y seis programas y organizaciones de salud, entre clínicas y hospitales comunitarios, asociaciones de promotores y/o comadronas, cooperativas, terapeutas tradicionales, diócesis y pastorales de salud. El trabajo de ASECSA⁴⁹ impacta, especialmente en la población rural-indígena y ladina pobre con pocas posibilidades de acceso a los servicios estatales o privados de salud.

⁴⁹ www.asecsa.org.gt 19 de agosto de 2009

Administrativamente se cuenta con una oficina central en Chimaltenango, cuatro regiones: Petén (Oficina en San Francisco) Nororiente (oficina en Cobán A.V.) Baja Verapaz (oficina en Rabinal) Centro (oficina en Chimaltenango) y próximamente Occidente (Oficina en San Cristóbal Totonicapán).

Según el director de ASECSA, se ha logrado una buena comunicación con la implementación del sistema integrado de asistencia social, porque aunque dicha institución no ha participado como prestadora o administradora, participa en el proceso de capacitación de promotores de salud rural (guardianes de salud) y en la capacitación de comadronas adiestradas, se ha llegado al acuerdo que es ésta la institución que se dedica a capacitar, para evitar así que exista un doble esfuerzo en dicha actividad.

Sin embargo, la problemática de salud guatemalteca no se resuelve por la disposición de un médico en la comunidad una vez al mes, si la intensidad de la presencia médica en el área rural de Guatemala es para resolver esas emergencias y/o canalizaciones que no puede atender una comadrona o un promotor de salud, la disposición de ese médico sin ese dispositivo “tecnológico” en el área rural es igualmente inútil.

Lo ideal es que se asignen médicos en las aéreas más lejanas del país con personal completo, para cubrir las necesidades de las personas que lo solicitan y con ello logran reducir varias muertes no solo maternas sino de otra índole.



3.9.2. Médicos descalzos:

Es una organización no gubernamental (ONG) creada en 1983⁵⁰, dedicada a la comprobación científica de la medicina tradicional y a la propagación de una atención primaria de salud en la áreas rurales de Guatemala, utilizando plantas medicinales locales.

Se inicia con una investigación con grupos de mujeres y comadronas tradicionales de varios departamentos, para conocer las plantas más utilizadas y las enfermedades más atendidas para los distintos problemas de salud de la mujer.

3.9.3. Fundación Salud y Sociedad-Enfermeras para el Mundo

Asociación para la Promoción de la Salud y el Desarrollo Socioeconómico (APROSADSE).⁵¹

Las principales actuaciones del proyecto, aún en fase de ejecución, son:

- La formación de agentes comunitarios de salud: 80 promotores/as de salud y 66 comadronas tradicionales beneficiarios de la primera fase refuerzan sus conocimientos; además, 27 promotores/as de salud y 50 comadronas tradicionales del municipio de Patzún, y 18 promotores/as de salud Patzicía reciben formación básica.

⁵⁰ www.medicosdescalzos.es 01 de julio de 2009

⁵¹ www.aprosade.org.gt 27 de julio de 2009

- La mejora de la infraestructura y equipamiento del sistema de salud de la región: el puesto de salud de la comunidad rural de Oratorio se rehabilitará, y el centro de salud de San Martín Jilotepeque y ocho puestos de salud se dotarán de equipamiento básico.
- El acceso a medicamentos básicos: entrega de 58 botiquines comunitarios y formación para su gestión, como el fortalecimiento de los programas de nutrición y salud sexual y reproductiva: diagnósticos de desnutrición y VIH, formación, cultivo de huertos familiares y el apoyo a la organización comunitaria en cuestiones de emergencias y salud.

Dada la materia objeto de ambas intervenciones -la salud- es fundamental su incardinación en el sistema público guatemalteco, el cual, con sus importantes limitaciones de recursos materiales y humanos, no sólo es beneficiario del proyecto sino que participa en él mediante su apoyo en capacitaciones y cesión de espacios desde los centros de salud de San Martín Jilotepeque, Patzicía y Patzún.

De acuerdo a lo antes mencionado vemos que es necesario dar valor al trabajo de las comadronas ya que realizan una labor de auxiliares de la medicina y de apoyo a la medicina porque tienen conocimientos pero, más que eso son mujeres que traen consigo ese trabajo, por lo que es necesario darle más apoyo tanto en los instrumentos



que utilizan como la educación necesaria porque la mayoría de las mujeres comadronas no saben leer ni escribir, además que no solo tratan mujeres sino que también a las demás personas que necesiten una receta casera y por el costo del mismo que siempre va a ser menor a una medicina química.





CAPÍTULO IV

4. Análisis jurídico sobre el trabajo de la comadrona y la mortalidad materna

“Desde tiempos prehispánicos, en nuestro país se ha contado con la presencia de parteras tradicionales conocidas en nuestro medio como “comadronas”. Al igual que muchas tradiciones populares, las comadronas han resistido el paso de los años; actualmente están registradas 18,690⁵² comadronas entre ellos actualmente están ejerciendo 200 comadronas en todo el país.

Larga historia tiene también el adiestramiento y utilización de parteras empíricas por los sistemas nacionales de salud, tal es el caso de nuestro país en que la existencia de programas de adiestramiento se remota desde el años de 1935.

Como se mencionó anteriormente, la comadrona en la comunidad ejerce varias funciones siendo ellas: da acompañamiento y atención en el embarazo y parto, la de auxiliar de la medicina, ya que utiliza plantas medicinales.

Partiendo de ello; la comadrona como se menciona anteriormente, conoce el beneficio preventivo y curativo de varias plantas y se aplican para diferentes enfermedades o para curarlas, como sucede después de que la mujer tiene a su bebé ya que la forma de curarlas es de la siguiente manera: utilizan un baño que se conoce como **Tuj** que es

⁵² El periódico, 18 de abril de 2009, pág. 14

un tipo de baño a vapor que se hace dentro de un cuarto pequeño de adobe y en donde la mujer debe de bañarse con agua caliente e inhalarla, pero ésta no es simple agua ya que tiene la conjunción de varias plantas medicinales que incluye: ruda, albahaca, hoja de aire, anís, eucalipto, menta, apazote, que se cosen en el agua y al estar caliente se baña y con ello ellas logran tener una estabilidad corporal por el trabajo de parto”, y que se debe realizar una vez cada quince días en un mes o más si es necesario; así como esta práctica medicinal, existen otras más.

Actualmente, en el Congreso existe una iniciativa de ley, que se presentó el nueve de noviembre del año dos mil seis, en donde se propone aprobar la ley del día nacional de la comadrona y el comadrón, pero aún así, no existe una educación formal y especial para ellas y ellos ya que la mayoría es analfabeta.

Si bien es cierto; existe en el Código de Salud, la regulación de la comadrona en sí misma no existe una ley que regule sus funciones, por lo que se sugiere entonces, una reforma total de la actividad, forma y del contenido de las capacitaciones que se imparten a las comadronas; en donde establezca requisitos indispensables para ejercer, y una dependencia que este supervisando si todas las comadronas que ejercen están registradas, como también tener una asignación presupuestaria, para tener un mejor control y evitar que se sigan muriendo mujeres durante el parto, cuando den a luz o unos días después.



4.1 El servicio de la salud en Patzicia, Chimaltenango

En el municipio de Patzicia departamento de Chimaltenango, en donde se concentra un buen número de comadronas siendo un total de 40 y poco acceso al centro de salud por falta de personal médico, como de equipo, además de la falta de un horario adecuado a las necesidades de las personas especialmente mujeres.

La investigación se realizó porque creo necesario darle un enfoque más integral al trabajo que realizan las comadronas, ya que se debe apoyar los beneficios de la medicina Maya y que dentro del cual se encuentra el trabajo que las comadronas realizan, ya que si nos damos cuenta ellas también conocen sobre el tema del parto.

En este apartado, vemos como el trabajo de las comadronas se refleja y con ello manifestar que es necesario trabajar más con las comadronas, no solo exigirles un mejor trabajo, porque la mayoría de ellas no lee ni escribe; es necesario que se le apoye, porque el trabajo que ellas hacen es mas de apoyo comunitario.

La investigación se realizó a través del instrumentos necesarios para lograr el objetivo, además de la consulta al centro de salud; se enfoca hacia las mujeres-madres atendidas por comadronas y a las comadronas para determinar sus necesidades y logros que han obtenido y reflejan la necesidad de crear o reabrir la escuela de comadrona y con ello tener control de quienes realizan ese trabajo que es muy delicado ya que se trata de la vida de dos personas o más; la comadrona realiza actividades

realiza actividades similares de la del médico solo que le hace falta tener una educación y capacitación adecuada para que logre un trabajo satisfactorio y no que solo se le culpe de lo que hace mal, ya que sin los elementos necesarios no se logra una buena atención.

4.2. Etnografía del lugar

El municipio de Patzicia, está conformado por varios grupos étnicos dentro de los cuales, la gran mayoría es de origen indígena, hablante del idioma Kaqchiquel y dedicada a la agricultura, que lo convierte en uno de los principales proveedores de hortalizas tanto a nivel nacional e internacional.

4.2.1. Breve historia del municipio

El Municipio de Patzicia del departamento de Chimaltenango. Municipalidad de tercera Categoría. Área aproximadamente de 44 km, nombre geográfico oficial: Patzicia. Colinda al norte con Santa Cruz Balanyá (Chim.); al este con Zaragoza (Chim.); al sur con Acatenango y San Andrés Itzapa (Chim.); al oeste con Patzún (Chim.). Sobre la ruta nacional 1, por la carretera Interamericana CA-1 de la cabecera en dirección este-noreste hay unos 14 km. a la cabecera departamental de Chimaltenango.

El poblado con categoría de villa, tiene en el parque, un monumento de elevación del General Justo Rufino Barrios, cuenta también con caminos, roderas y veredas que unen a sus poblados y propiedades rurales entre sí y con los municipios vecinos, se encuentra a 70 Km de la ciudad capital. Poblado del período indígena, se conoció como

Ziziyá o Tziyá, que puede significar perro de agua, de pa = prefijo locativo; tzi = perro; ya = agua.

Debe su nombre a la proximidad del río Tziyá, afluente del Coyolate, también conocido localmente como Xayá; su temperamento es frío y húmedo, por cuya causa se suelen padecer algunas intemperies; está cercano dicho poblado de los volcanes de Fuego, los cuales le caen hacia la parte del sur. Tiene muchas campiñas y laderas donde hay muchas siembras de maíz y muy pocas frutas. Son de nación kaqchiquel y es un solo pueblo, bien grande, el que se administra por los religiosos que viven en aquel convento.

El idioma que se habla generalmente es el kaqchiquel y el castellano, su clima es frío y húmedo; sus naturales son labradores; la mayoría de los habitantes se dedican a faenas agrícolas, tanto en sus parcelas, como en propiedades rurales. En Patzicía se firmó el 3 junio 1871, el documento histórico conocido como **Acta de Patzicía** por los jefes y oficiales del Ejército Libertador, comandado por Miguel García Granados y Justo Rufino Barrios.

4.2.2. Actividades económicas

La población de Patzicía, se dedica a la agricultura, la siembra de maíz, frijol y otros de diversas variedades de hortalizas que son exportados a países extranjeros a través de empresas agro exportadoras; así como también para la venta en mercados nacionales de diversos lugares, vendiéndose en el mercado local del municipio, como para el auto consumo de los agricultores; la población cuenta con cuatro fábricas pequeñas que se

dedican a producir prendas de vestir en cantidades abundantes; son la mayoría de mujeres que tejen su propio vestuario típico, como para la venta del mismo, existiendo fabricas comercialmente de tejidos típicos los cuales son vendidos en mercados locales y extranjeros, existiendo también pequeñas fabricas de cerámica.

4.2.3. Servicios públicos

El Estado para cumplir la finalidad máxima que es el bien común o bienestar general y dar cobertura a las necesidades colectivas de sus habitantes utiliza medios para lograrlo a través de los órganos administrativos quienes a través de su competencia administrativa logran el fin, dentro de los servicios públicos que presta el Estado por su importancia esta los servicios esenciales y no esenciales. Dentro de los servicios públicos que presta el Estado esta:

- Salud
- Educación
- Energía eléctrica
- Carreteras
- Agua potable
- Vivienda
- Alumbrado público
- Seguridad pública
- Drenaje



4.3. Marco institucional

Autoridades locales: la presencia de autoridades públicas y privadas en la labor social debido a la falta de financiamiento para realizar proyectos de desarrollo social, infraestructura y medio ambiente.

Sector publico:

- Centro de salud
- Tribunal Supremo Electoral
- Juzgado de Paz
- Coordinación Técnica Administrativa de Educación
- Policía Nacional Civil
- Municipalidad que cuenta con los siguientes elementos:
 - a) Alcalde
 - b) Dos síndicos suplentes
 - c) Cuatro concejales y un suplente.

4.4. Información del Centro de Salud

Según las estadísticas del centro de salud del municipio de Patzicía, del departamento de Chimaltenango se establece que: la demografía del año 2007 fue de 16,548, la prestación de servicios de salud es de 15,55, como también tiene presencia el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, éste atendió a 331 personas, como también el hospital privado atendió 662, así mismo existen registradas cuarenta y tres comadronas

de las cuales veinte reciben capacitaciones periódicamente, aunque existe falta de instrumentos para brindar una mejor atención.

En el año 2001 hubo un total de 720 nacimientos de los cuales existieron una mortalidad infantil en ese año fueron 36, en el año 2002 hubo nacimiento de 740 de estos hubieron mortalidad infantil de 41, en el año 2003 hubieron 717 nacimiento de los cuales murieron 7, en el año 2005 hubieron 277 nacimientos de los cuales 14 fallecieron, dentro de todos estos datos se puede comprobar que la muerte infantil se dio por varias causas entre estas: hidrocefalia, neumonía, infecciones respiratorias, accidente cardiovasculares, traumatismo, prematuro, hidrocefalia.

Dentro de las principales causas de morbilidad en el municipio de Patzicía se puede observar principalmente diez causas: resfrío común, eumonía, enfermedades de la piel, parasitismo intestinal, pépticas amebiasis, artritis, heridas y Otros.

En el caso de la mortalidad materna las principales causas de muerte son: ruptura temprana de membrana, atenia uterina, etcétera. Estos casos por su magnitud nos reflejan que la mayor parte de la población se enferma de resfriados y neumonía por las situaciones del clima y la mala infraestructura de las viviendas, se considera que estas situaciones se pueden cambiar a través de implementar sobre control de educación en salud, promoción comunitaria y cambio de hábitos y costumbre en la población.

4.4.1. Servicio y cobertura que presta el personal médico en materia materna

Según la información proporcionada por la enfermera profesional quien esta a cargo del centro de salud, manifiesta que: durante el periodo del año 2001 a 2008 hay un médico titular, una enfermera profesional, cuatro enfermeras auxiliares, un promotor de salud, y una secretaria, atendiendo en un horario de lunes a viernes de ocho de la mañana a cuatro de la tarde, en la tarde solo atienden emergencias y no hay personal nocturno, ni fin de semana, que diariamente atienden un promedio, según registros a 73 personas diarias, solicitando servicio, entre ellas 35 son mujeres, solicitando atención por embarazo, como atención a menores de edad por problemas respiratorios.

Los mayores problemas que han enfrentado, son: la falta de personal médico ya que no se puede cubrir a todas las atenciones en caso de emergencia, como también enfermeras ya que a falta de medico titular es una enfermera quien brinda la consulta médica, vehículo para realizar campañas de vacunación, medicamentos y una mayor infraestructura ya que es muy pequeña para acoger a los usuarios y usuarias.

4.4.2. El servicio y cobertura que prestan las comadronas en materia materna

De acuerdo a la información proporcionada por la enfermera graduada, quien en ese momento estaba a cargo del centro de salud del municipio de Patzicía, del departamento de Chimaltenango, indica que no han nombrado medico titular; manifiesta que el trabajo de la comadrona relacionado a la mortalidad materna según



las estadísticas con las que cuentan, esta que dentro de los años 2001 al 2007 las comadronas han atendido un aproximado de 415 casos de partos atendidos cada año y dentro de ellos existen 28 muertes maternas cada año de esas atenciones.

También, indica que de estos nacimientos la mayoría se dan en horas de la noche y en lugares lejanos, en donde tienen que transportarse en vehículo y a veces a pie; así mismo que las comadronas deben enviarlas cada mes para verificar cuantos nacimientos han atendido y llenar el registro de comadronas que se lleva en dicho centro de salud cada vez que asisten a la capacitación, y que el informe al final de cada mes lo envían al Comité de Salud Reproductiva departamental, quien lo envía al Sistema Nacional de la Salud, para registrar los datos a nivel departamental.

Las mujeres a quienes atiende la comadrona oscilan entre las edades de 19 a 48 años y con una escolaridad baja y que la mayoría de ellas tiene el nivel primario y algunas básico incompleto, así como el 70% indica que ha solicitado a la comadrona que le lleve el control de su embarazo, como también el 85% considera que es importante acudir a una comadrona para que le atienda el control prenatal y en el parto, además indica que el 90% prefiere a la comadrona porque existe más confianza para acudir a solicitar atención, porque ellas ya pasaron por lo mismo.

Las comadronas que trabajan en bienestar de la salud materna oscila entre las edades de 36 a 65 años, y el grado de escolaridad de la mayoría es del nivel primario que es un 50% y la otra mitad es analfabeta.



Las mujeres que ejercen el oficio de comadrona llevan ya más de quince años (el 80%), porque la mayoría empezó cuando tenía veinte años, y lo hacía ayudando a su mamá o abuela y el 20% lleva como diez años; de las comadronas que atienden el 98% cuando saben que existe una complicación la envían al hospital porque es en el único lugar donde la atienden, pero que a veces en el hospital no la atienden a tiempo, hago mención que las comadronas indican que no se les ha respetado o valorado el trabajo que hacen, debido a que no las valoran porque algunas son analfabetas o no hablan el español además porque son indígenas.

Las comadronas necesitan que se les facilite material para estar bien preparadas para atender un parto, ya que aunque el parto sea fuera de riesgo si no tienen el material existe riesgo; como también hay casos en que necesitan el apoyo de la Policía Nacional Civil, porque se les llama para que las transporten a la casa de la señora y no le prestan ese auxilio, y esto se da más en horas de la noche, además necesitan apoyo por parte de los bomberos voluntarios en casos de emergencias y por falta de vehículo se les solicita y a veces el apoyo, pero que en algunos casos ellos tampoco tienen los recursos necesarios.

A las comadronas en la comunidad se les considera como Lideresas y guías; por la labor que realizan es considerada de gran apoyo y lograr que un nacimiento de una niña o niño sea de felicidad y no de tristeza.

Las comadronas para brindar un mejor servicio deben tener los elementos necesarios como, bisturí, balanza, prever el riesgo que corre la madre para que sea trasladada a un centro asistencial y así evitar una muerte, capacitación, como las medidas de higiene; ya que atienden a cualquier hora incluso en la noche, y que también son buscadas porque el cobro es menor, además de los conocimientos que tienen; cabe mencionar también que la mayoría de las mujeres a quienes atienden son de escasos recursos económicos y que no pueden pagar lo que gasta con un médico.

Por lo que hace falta que exista una regulación legal para un mejor control al trabajo que hacen las comadronas, debido como quedó escrito, ellas no solo atienden partos sino que también tienen conocimientos de plantas medicinales, ya que ellas desde su perspectiva le dan utilidad a las plantas medicinales que recomiendan a sus enfermas o enfermos porque como vimos no solo atienden parto sino que dan valor y promueven el estudio y rescate de las prácticas, concepciones y métodos que aplican según la enfermedad de la persona y especialmente de la mujer embarazada por lo que es indispensable y urgente que se tenga la calidad requerida para intervenir, y así mejorar el servicio que hacen y contribuyendo con ello a una mejor comunidad, ya que esta en juego la vida de dos personas.

Urge crear una ley que regulen el trabajo y requisitos para que las comadronas ejerzan y así coadyuvar a la reducción de la mortalidad materna en las comunidades que es donde no existe mayor apoyo por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; y por lo tanto las mujeres y personas enfermas tienen que acudir a



la persona más cercana y que saben que tienen algún conocimiento de la medicina tradicional, así que es necesario y urgente que se tenga un mejor control ya que como esas comadronas que se capacitan existen algunas que no quieren registrarse y mucho menos recibir capacitaciones y con ello pone en riesgo el trabajo de todas las comadronas y sobre todo a las personas a quienes atiende.





CONCLUSIONES

1. Los índices de mortalidad materna se deben a la carencia de personal médico para atender todos los partos, en consecuencia en las comunidades se acude a la comadrona, para lograr una atención pre y post natal.
2. Varios médicos apoyan a la comadrona porque saben que las comadronas coadyuvan con los médicos y contribuyen al mejoramiento de la salud reproductiva de la población guatemalteca, especialmente en las comunidades lejanas, pero éstas no reciben ninguna ayuda para mejorar el servicio que prestan.
3. La comadrona es especialista en los partos normales y naturales, mientras los médicos intervienen además de éstos, en los partos de riesgo, sin embargo la comadrona es discriminada por el personal médico, a casusa de las muertes que se dan, por no estar capacitada.
4. Las actividades que realiza la comadrona son de gran importancia y apoyo hacia las mujeres, pero le hace falta tener una educación y capacitación adecuada para que cubra de la mejor manera las necesidades de las mujeres que les solicitan su servicio.



RECOMENDACIONES



1. El Congreso de la República debe aprobar una ley, en donde se regule los requisitos para ejercer el oficio de comadrona, así mismo las funciones y compromisos a adquirir, ya que en el Código de Salud entre otros oficios, incluye a la comadrona, pero no así los requisitos legales para actuar y con ello exista un control más directo; con el objeto de reducir muertes maternas.
2. El Congreso de la República de Guatemala, debe ampliar el Artículo 195 del Código de Salud, en el sentido de asigne presupuesto, fondos e instrumentos necesarios a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y, cree una partida presupuestaria para fortalecer el trabajo de la comadrona y con ello contribuir a mejorar la prestación del servicio de la maternidad.
3. Es necesario que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social capacite a través de talleres y guías manuales a las comadronas, en el área en donde se encuentren para brindar una mejor atención y evitar más muertes maternas, proporcionándoles los elementos necesarios para prestar un mejor servicio.
4. El Estado provea al Centro de Salud los insumos necesarios para cubrir las necesidades de la población y con ello brindar un mejor servicio y si no lo tienen, coordinar con el Hospital Nacional de Chimaltenango para las emergencias, y evitar otra muerte más.





BIBLIOGRAFÍA

- CABANELLAS, Guillermo. **Diccionario de derecho usual**. Buenos Aires, Argentina: Ed. Industria Gráfica del libro S.R.L. 1976.
- CASTAÑEDA ROJAS I, Ochoa Soto R, Terry González S. **Municipios por la salud**. Promoción de salud. Cuba: CNPES, 1997 Págs. 30-37.
- Derecho a la salud y a la seguridad social**, Tomo 18, Colección Nuestros derechos y deberes, de la Procuraduría de los Derechos Humanos. 1998.
- Derecho a la salud y a la nutrición**, Proyecto de Difusión de los Derechos Humanos de la Procuraduría de los Derechos Humanos. 1998.
- El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud** de los países latinos. págs. 37-62. (1990), Morir de alcohol, México, Alianza editorial mexicana.
- “Escuela de Comadronas”** La Escuela de Medicina 3t., 5 Vol.; Guatemala 25 Junio 1895. págs. 243 – 244.
- ESTRADA GALINDO, Gustavo. Síntesis: **El sistema de salud en Guatemala**, ¿Hacia dónde vamos? PNUD 2008 pág. 27.
- FLORES, Carlos, **análisis y tendencia de la mortalidad en Guatemala**. Boletín epidemiológico. 2002.
- GAITÁN, Luis. **“Escuela nacional de enfermeras de Guatemala”** Boletín Sanitario de Guatemala, 11 48, 1940. Pág. 13.
- GARRENE, José Alberto. **Diccionario jurídico**. Buenos Aires: Ed. Perrot 1987.
- Género, salud y desarrollo en las Américas**, Indicadores Básicos 2007 Organización Panamericana de la Salud.
- GRANADOS, Héctor René. **Historia del Derecho**. Editorial Universitaria, Guatemala, 2000. pág. 18.
- GUZMÁN, Carlos Mauricio, Aquiles Jiménez Pinto, Ricardo Castañeda Palacios y Jorge Pellecer. **“La nueva organización que convenga darle a la Escuela de Comadronas”**. Guatemala, Diciembre 1954.
- HURTADO, Elena. (1998) **Desde la comunidad percepción de las complicaciones maternas y perinatales y búsqueda de atención**. USAID.
- Informe del relator especial sobre la situación de los derechos humanos y las**



libertades fundamentales de los indígenas. Oficina del Alto comisionado para los derechos humanos julio 2003 Ediciones Superiores S.A. Guatemala.

KROEGER, Axel y Luna, Rolando (comp.) (1992), **Atención primaria de salud: principios y métodos**, México: OPS.

La comadrona a través de la historia en las prácticas obstétricas pediátricas: una Experiencia en el área ixil, quiché. EN: Boletín la Tradición Popular, CEFOL: Guatemala, No. 97. 1994.

La medicina tradicional y los problemas de salud en Guatemala. en: Boletín la tradición popular, Guatemala: CEFOL, No.42-43, 1983.

LEON, Manuel Antonio. **Derechos humanos en Guatemala**, Guatemala: Ed. Editora Educativa, 2004.

LOPEZ CONTRERAS, Rony Eulalio. **Derechos humanos.** Editora Servitag. Tercera edición. Guatemala 2008. pág. 31-33.

MENÉNDEZ, Eduardo. (1987). **El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos**, en Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (ed.).

MOTHER CARE: Guatemala. **Los conocimientos de comadronas tradicionales de Guatemala sobre complicaciones en el embarazo, parto y post-parto.** Informe preparado para el Proyecto Mother Care 1998.

MORALES ALVARADO, Sergio Fernando. **Situación de los derechos humanos en el país.** Guatemala: (s.e.). 2004. págs.22-25.

MORENO CÁMBARA, Mario René. **"Escuela de comadronas: Reseña histórica,** Guatemala, 2005.

RAMIREZ VERGES, Salvador. **Derechos humanos, fundamentación.** Editorial Tecnos, S. A., 1997. pág. 16.

RIGOL R, PÉREZ CF, Perea CJ, Fernández SG, Fernández MS. **Medicina general integral.** La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1985:t1:22-4.

SAGASTUME GEWEL, Marco Antonio. **Introducción a los derechos humanos.** Editorial Fénix. 2007. pág. 18.

TERRIS M. **Conceptos sobre promoción de la salud:** dualidades en la teoría de la Salud Pública. Public Health Policy 1992; 13(3):7.



TYNDALL, Marie. **La maternidad segura**. Editorial humanización de los nacimientos. Guatemala, 2007 pág. 36.

VÁSQUEZ, Claudia. **"Pocos recursos para mujeres"** Prensa Libre, Guatemala 28 de agosto de 2005, página 10.

VELÁSQUEZ, Raul. **Los Derechos Humanos**. Procuraduría de los Derechos Humanos. entrevista publicada en junio de 2008, página 25. Guatemala.

VILLATORO, Elba M. **La comunidad popular y la salud materno – infantil**. en: Tradiciones de Guatemala, Guatemala: CEFOL, No.30, 1988 (61-73).

Legislación:

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

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

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

Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer Decreto 7-99 del Congreso de la República de Guatemala. Guatemala 1999.

Acuerdo Sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. México, 6 de mayo de 1996.

Convenio 169 Sobre pueblos Indígenas y Tribales. México, 14 de mayo de 1989.

Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. Guatemala, 1983.

Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer. Guatemala, 1952.