

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS



FACTORES QUE INTERVIEN PARA LA ATENCION DEL PARTO INSTITUCIONAL

BLANCA MARILU GARCIA AZURDIA

Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el título de Maestra en Enfermería Materno Neonatal

Septiembre 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS



Tesis
Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el título de Maestra en Enfermería Materno Neonatal

Septiembre 2014



Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Blanca Marilu Garcia Azurdia.

Carné Universitario No.: 200321685


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis "**Factores que Intervienen Para la Atención del Parto Institucional**".


Que fue asesorado: Licda. Ingrid Figueroa Salan Mg.

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajábón Msc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2014.

Guatemala, 25 de agosto de 2014


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Licenciada:

Rutilia Herrera Acajabón MSc.
Coordinadora Específica
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Factores que intervienen para la atención del parto institucional" de Blanca Marilú García Azurdía, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;

Licenciada Ingrid Patricia Figueroa Salan MA.
Asesor de Tesis
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

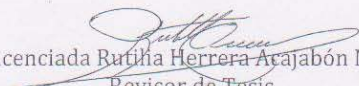
Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor
Luis Alfredo Ruíz Cruz MSc.
Coordinador General, Maestrías y Especializaciones
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Factores que intervienen para la atención del parto institucional" de Blanca Marilú García Azurdía, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente,


Licenciada Rutia Herrera Arajabón M.
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado



NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

Enfermería de Guatemala Agradece en grande manera a la Agencia Española de Cooperación Internacional de Desarrollo –AECID- y a la Fundación Para El Desarrollo de la Enfermería _FUDEN- España. El apoyo brindado al conceder 30 becas a licenciados en Enfermería de Alta y Baja Verapaz para nuestra formación como Maestros en Enfermería Materno Neonatal.

Quienes hemos alcanzado las competencias para el desempeño en todos los ámbitos de la salud materno neonatal, desarrollo local, investigación y gerencia de los servicios en cualquiera de los niveles de atención.

Presentamos nuestro respeto y gratitud a tan prestigiosa Agencia y Fundación quedando con el compromiso de trabajar por el desarrollo integral de la población.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser la fuente Básica de sabiduría

A mi madre, porque con su carácter y decisión supo colocar la base para que hoy yo obtenga un éxito más.

A mi padre, que en paz descanse.

A mis hijos, que con su corta edad han aceptado mi ausencia para poder lograr mis aspiraciones.

A mi esposo, porque además de su apoyo incondicional, me han dando ánimos para continuar.

A mis hermanos, por compartir mis logros y darme apoyo

A FUNDEM, porque me permitió obtener la beca para enriquecer mis conocimientos.

A la Licda. Rutilia Herrera, por su carácter y sabiduría, para guiarme como estudiante y por los aportes que se, ha dado al gremio de enfermería.

A Mis compañeras, de grupo de trabajo, porque me animaron y supieron comprender en todo momento.

A Proyecto la Pasión por haber permitido que realizara la investigación en la Jurisdicción, de Sanarate.

INDICE DE TABLAS.

DESCRIPCION.	No. De pagina
TABLA No. 1 Variables Socio demográficas.....	25
TABLA No .2 rango de edad relacionado con media de hijos....	26
TABLA NO. 3 Variables económicas.....	26
TABLA NO. 4 Variables institucionales.....	27
TABLA No. 5 variables de conocimientos de señales de peligro y paln de emergencia-.....	28
TABLA No. 6 Variables culturales.....	28

INDICE DE CONTENIDOS

-	RESUMEN.....	
-	ABSTRAC.....	
I	INTRODUCCION.....	01
II	ANTECEDENTES.....	02
III	OBJETIVOS.....	19
IV	MATERIAL Y METODO.....	20
V	RESULTADOS.....	25
VI	DISCUSION Y ANALISIS.....	29
6.1	RESULTADOS DE INTERVENCION.....	31
6.2	CONCLUSIONES.....	32
6.3	RECOMENDACIONES.....	33
VII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	34
VIII	ANEXOS	38

RESUMEN

La maternidad segura es un componente esencial de la salud reproductiva, principalmente porque el embarazo, parto y posparto son causas significativas de discapacidad y muerte de mujeres que viven en países en vía de desarrollo, principalmente por el acceso de los servicios de salud, por tal razón se realizó el presente estudio cuyo objetivo es identificar y describir los factores pre definidos que inciden en la embarazada de la jurisdicción de Sanarate para la búsqueda de la atención del parto institucional, en el centro de atención permanente de ese Municipio, es un estudio de tipo descriptivo, con abordaje cuantitativo y es de cohorte transversal, porque se realizó en un periodo de tiempo determinado, además la variable es de tipo cuantitativa .

Previo a la realización del estudio se realizó visita a las comunidades en donde se contactó a los líderes con el acompañamiento de las auxiliares de Enfermería, y se les informo y se les informo del objetivo del estudio, el cual se realizó con 28 embarazadas que fueron captada y aparecían en el censo de los centros de convergencia.

Entre los resultados socio demográficos, se pudo determinar que el total de mujeres entrevistadas tienen pareja y se dedican al hogar, además de ser familias pequeñas ya que el 7.14% es el que tiene más de cinco hijos y en igual porcentaje se tubo de analfabetismo, y un 64.28% tienen casa propia, por otra parte en relación a la edad de las embarazadas suma un 32% quienes están fuera de la edad ideal, para procrear.

Es interesante encontrar la opinión que las embarazadas tienen en relación al servicio de salud pública local, ya que las entrevistadas respondieron negativamente, en relación a la satisfacción de la atención institucional, sin embargo consideran en un 64% de las entrevistadas tener menor riesgo, al ser atendidas en los servicios de salud.

Y como principal conclusión se obtuvo que el 67.71% de las entrevistadas buscara los servicios de salud pública, un 7.14 asistirá al instituto Guatemalteco de Seguridad social, lo que suma un 74.85% del total que considera que su parao será atendido institucionalmente, sin embargo el 60.71% que buscara un servicio de salud pública lo hará fuera del municipio.

BSTRACT

Safe motherhood is an essential component of reproductive health, mainly because pregnancy, childbirth and postpartum are significant causes of disability and death among women in developing countries. The main reason for access to health services for such reason the present study was conducted aimed at identifying and describing the pre-defined factors affecting the pregnant jurisdiction Sanarate search for institutional delivery care in permanent care center that Municipality, is a study of descriptive, and transversal quantitative cohort approach because took place over a period of time, the variable is also quantitative type.

Prior to the study tour was conducted in communities where contact with the leaders accompanying Nursing auxiliaries and were informed and were informed of the purpose of the study, which was conducted with 28 pregnant women who were captured and appeared in the census of convergence centers.

Among the sociodemographic results, it was determined that the total number of women interviewed have engaged couple and home, in addition to small families as the 7.14% is the one with more than five children in the same tub percentage of illiteracy, and 64.28% own their own homes, on the other hand in relation to the age of the patients has a 32% those outside the ideal age for childbearing.

It is interesting to find the view that pregnant women have regarding the service of local public health, since the respondents answered negatively in relation to the satisfaction of Health services.

Institutional care, though considered by 64% of those interviewed have less risk, be met in a main conclusion was obtained that the 67.71% of respondents seek the services of public health a 7.14% assist the institute Guatemalan Social Security, which has a 74.85% of you consider your delivery will be served institutionally, however the 60.71% to look for a public health service will outside the municipality.

I. INTRODUCCION

Dentro de los objetivos del milenio el objetivo número cinco corresponde a mejorar la salud materna¹, en Guatemala, la razón de mortalidad materna es uno de los más altos de América Latina; que dos mujeres mueren cada día por causas relacionadas con el embarazo, parto o posparto, siendo las mujeres indígenas, las adolescentes y las mujeres que viven en áreas rurales las más afectadas.²

El Ministerio de Salud Publicas y Asistencia social, ha promovido la atención del parto institucional, realizando acciones de información, educación y comunicación, sin embargo no se ha tenido la afluencia deseado de usuarias, siendo en su mayoría atendidas por comadronas de sus comunidades, por esa razón, se decidió investigar los factores que inciden en la decisión de la embarazada para que busque la atención del parto institucional en el municipio de Sanarate del departamento del Progreso, debido a que las autoridades locales se esfuerzan para que la población busque los servicios en la atención de partos, mas no se conoce como son visto los servicios por parte de la población, y los factores que favorecen o impiden que se haga uso de los mismos.

En el año 2013, dio inicio en el municipio de Sanarateel programa de extensión de cobertura, un programa que es financieramente cubierto con fondos del ministerio de Salud a través de convenios con organizaciones no Gubernamentales quienes se comprometen a cumplir un determinado número de indicadores, dando énfasis al grupo materno infantil.³ En el centro de Atención Permanente de Sanarate, son atendida todas las embarazadas que lo soliciten o que sean referidas, y que no presenten complicaciones

Entre los resultados más relevantes se encontró que aunque los factores económicos, culturales, institucionales, son limitantes para la búsqueda de los servicios, el empoderamiento y la educación son fuertes predictores para que la embarazada considere buscar un servicio de salud para la tención del parto, aunque no necesariamente sea el servicio de salud pública local.

¹Consultado en: www.gt.undp.org/content/guatemala/es/home/mdgoverview

² Congreso de la república de Guatemala, ley para la maternidad saludable, Decreto numero 32-2010.

³ Proyecto la pación, oferta técnica de la jurisdicción tres, Sanarate año 2013.

II. ANTECEDENTES

1. EL EMBARAZO.

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

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

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

1.1 TIPOS DE EMBARAZO

En 2007 el *Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres* de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del concepto en la mujer. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación. Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se

cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación⁴.

Se denomina embarazo ectópico o extrauterino al que se produce fuera del útero, por una implantación anómala del óvulo fecundado (habitualmente en alguna de las dos trompas de Falopio) y con mucha menos frecuencia en la cavidad peritoneal (embarazo abdominal) y otros sitios⁵

1.2 FECHA PROBABLE DE PARTO

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

1.3 FACTORES DE RIESGO

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo. Desde el punto de vista global y sobre todo médico la clasificación del riesgo obstétrico se puede dividir en las siguientes clases

- Edad extrema: menores de 15 años o mayores de 35. Embarazo no deseado.
- Fumadora habitual.
- Fecha de la última menstruación incierta.
- Gestante con Rh negativo.
- Gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas.
- Hemorragia del primer trimestre de embarazo.
- Incompatibilidad Rh.
- Incremento de peso menor de 5 Kg o superior a 15 Kg al final del embarazo
- Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo) Obesidad (IMC >30)
- Período intergenésico inferior a 12 meses.

Riesgo alto ó 2

⁴Schwaracz R. Obstetricia 5ª.edición, 9ª. impresión, Buenos Aires, 1992.

⁵ IDEM Pag. 303

- Anemia grave. Hb < 9 g/dl o hematocrito < 25% Cardiopatía 2: limitación ligera de su actividad física. Cirugía uterina previa.
- Diabetes gestacional.
- Embarazo gemelar o múltiple.
- Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación. Enfermedades endocrinológicas.
- Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico.
- Infección materna: virus de la hepatitis B o C, toxoplasmosis, pie- lonefritis, rubeola, sífilis, HIV, estreptococo B.
- Obesidad mórbida (IMC >40).
- Preeclampsia leve (TAD ≥ 90 mmHg y/o TAS ≥ 140 mmHg) Sospecha de malformación fetal.
- Presentación viciosa constatada tras la semana 38 de gestación.

Riesgo muy alto ó 3

- Amenaza de parto prematuro (antes de la semana 37).
- Diabetes mellitus previa a la gestación.
- Consumo de tóxicos (alcohol, drogas)
- Incompetencia cervical.
- Malformación uterina.
- Muerte perinatal recurrente.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Rotura prematura de membranas.
- Positividad al VIH. SIDA y complejos asociados.
- Embarazos de cuidado especial

1.7 CONTROL PRENATAL.

Durante el examen de la embarazada se recaban datos de identificación, caracterización socioeconómica y educacional, edad y paridad, antecedentes familiares y personales, se realiza el examen general, diagnóstico del embarazo, predicción de la fecha probable de parto⁶

⁶Schwaracz R. Obstetricia 5ª.edición, 9ª. impresión, Buenos Aires, 1992. p.90

Se entiende por control prenatal a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño. Dado con estas características y orientaciones es un fenómeno reciente y de gran desarrollo en los últimos treinta años, aplicado en forma rutinaria y extensiva juntamente con otras medidas como la atención institucional del nacimiento el empleo de criterios de riesgo para determinar referencia y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos contribuye a evitar muertes, lesiones maternas y perinatales.⁷

Además de la reducción de riesgos que pueden lograrse con el control prenatal hay efectos adicionales de impacto difíciles de medir pero no menos importantes entre ellos se encuentra conocimientos modernos sobre métodos de contracepción o de planificación familiar para el espaciamiento de futuros embarazos.⁸

La guía para la implementación de la atención materna neonatal, refiere que todo embarazo es de riesgo, y que dentro de los objetivos de brindar esta atención están promover y mantener la salud, detectar las señales de peligro o complicaciones, preparar el plan de emergencia familiar y comunitario, educar a la madre sobre espaciamiento de embarazos a través de la oferta de métodos de planificación familiar entre otros.⁹

Pasos esenciales para la atención prenatal: paso 1, presentarse, preguntar y llamarla por su nombre, invitarle a que haga preguntas escucharle y responder con lenguaje sencillo, no permitir la entrada y salida de otras personas durante la consulta, y recordar las premisas de multiculturalidad.

Paso No. 2 evaluarla rápidamente

Paso No. 3 llenar los documentos de registro.

Paso No. 4, realizar examen físico obstétrico

Paso No. 5 analizar la información obtenida

⁷Idem

⁸Idempag. 92

⁹ ministerio de Salud pública y asistencia social, departamento de regulación de los programas de atención a las personas, programa nacional de salud reproductiva. 2da. Edición Guatemala, año 2011

Paso No. 6, informar sobre las señales de peligro.

Paso 7, ayudarle a la mujer a preparar su plan de emergencia familiar y comunitario.

2. MATERNIDAD SALUDABLE

En el año 2010, fallecieron 436 mujeres, el 80% pudieron evitarse. Aunque a descendido en relación a la medida en el año 2000, la velocidad es muy lenta, de 1.2% anual, si esta tendencia no se modifica Guatemala estará lejos de cumplir con el objetivo del milenio el cual establece que debe haber una disminución de la RMM, en un 75% entre el 90 y el 2015, para lo cual era necesario tener una reducción anual del 5.5% a partir de 1990.¹⁰

Los embarazos con un espaciamiento menor de 2 años se asocian a una prevalencia de desnutrición, que es otro factor de riesgo, existen muchas adolescentes desnutridas que inician en esta estado un embarazo. A partir del inicio del embarazo hay mil días críticos para prevenir la desnutrición.¹¹

2.1 LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE

El objeto la ley es la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal. Son responsables de la aplicación y cumplimiento de esta Ley las instituciones siguientes: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines, los servicios de salud y que están debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dentro de los principios rectores se encuentra el respeto a la interculturalidad: Los servicios de salud materno-neonatal deberán prestarse garantizando el respeto a la identidad cultural, valores y costumbres de las comunidades¹²

¹⁰ OBSERVATORIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Informe de salud sexual y reproductiva, año 2011 p10

¹¹ Idem

¹² Congreso de la república de Guatemala, ley para la maternidad saludable, Decreto numero 32-2010

3. DERECHO DE LAS EMBARAZADAS

En el marco de las celebraciones a la mujer, a la no violencia infantil y a todo lo que se ha hablado sobre el respeto que nos debemos unos a otros, se mencionan los derechos de la mujer embarazada.¹³

1. Toda mujer tiene derecho a una nutrición adecuada durante el embarazo. La alimentación de la mujer debe permitir recibir todos los nutrientes necesarios tanto para un correcto crecimiento del niño como para su propia salud.
2. Toda madre tiene derecho a compartir la responsabilidad tanto de las decisiones como del trabajo reproductivo con el padre. El padre tiene derecho y el deber de ejercer su responsabilidad y a no ser marginado en el proceso de reproducción. Toda mujer tiene derecho a no ser violentada ni coaccionada por su pareja en función de su maternidad. Las decisiones reproductivas, en el seno de una pareja, son un derecho que debe ser ejercido con equidad y corresponsabilidad entre hombre y mujer.
3. Toda mujer tiene derecho a participar en el proceso de decisión (diagnóstico y/o terapéutico) que le afecten, tanto a ella como a su hijo, respetando siempre el principio de autonomía.
4. Las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir información sobre los procedimientos de diagnóstico prenatal disponibles en cada medio y su decisión respecto a los mismos debe ser libre e informada.
5. Las mujeres embarazadas con drogadicciones, SIDA u otros problemas médicos o sociales que auspicien marginación, tienen derecho a ayuda y a programas específicos.
6. Toda mujer tiene derecho a su intimidad y los profesionales tienen el deber de respetar su derecho de confidencialidad.
7. Los profesionales de la salud no debemos aceptar la falta de recursos como una excusa para no avanzar en el cumplimiento de los derechos de Salud Reproductiva de las mujeres y en general, de las sociedades.

¹³Declaración de Barcelona, 5 Congreso Mundial de Medicina Perinatal (septiembre 23 a 27 de 2011)

4. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN EL ÁREA RURAL Y SU RELACION CON LA BUSQUEDA DEL PARTO INSTITUCIONAL.

4.1 Ausencia de Desarrollo Rural Integral

Los indicadores socio-económicos en el área rural ubican a Guatemala entre los países con menor desarrollo humano en América Latina. Con el actual salario mínimo agrícola, sólo se logra cubrir el 79% de la canasta básica alimentaria. Tomando en cuenta que la mayoría de los jornaleros y jornaleras ni siquiera reciben el salario mínimo, y que además las familias rurales suelen tener más de cinco miembros (el promedio de miembros de familia para estimar el costo de la canasta básica es 5.38), se evidencia la sensible situación que se está viviendo respecto de la seguridad alimentaria y nutricional en el área rural. Las principales causas de la pobreza y de la exclusión social es la falta de equidad. De acuerdo con el Banco Mundial, Guatemala es el país con más desigualdades socioeconómicas en América Latina. De hecho, el último Informe de Desarrollo Humano (PNUD, 2007) coloca a Guatemala en el último lugar no sólo de América Central, sino de toda Iberoamérica en la posición 118 de los 177 países analizados. No obstante de que el PIB per cápita en Guatemala es más alto que el de otros países, que muestran IDH mejores, el bajo índice de desarrollo humano en Guatemala subraya que la inequidad es el resultado de la desigual distribución de ingreso nacional por tanto la ausencia de desarrollo humano, y la falta de oportunidades es una brecha clara para la disposición de fondos en el momento del traslado y o considerar el parto institucional, lo cual contribuye al aumento de riesgo del parto atendido por comadronas.¹⁴

5. QUIEN TRABAJA EN LAS FINCAS AGRICOLAS Y PARA QUIEN Y SU RELACION CON LA DISPONIBILIDAD ECONOMICA EN LAS FAMILIAS PARA CUBRIR EMERGENCIAS.

Este factor de identidad cultural del proletariado agrícola debe ser tomado en cuenta al momento de emprender políticas o proyectos que busquen mejorar las condiciones laborales agrícolas en Guatemala. El jornalero agrícola en Guatemala está desahuciado del mercado laboral a los 40 años, porque las fincas demandan energía y sangre joven. *La discriminación en el mercado laboral de las fincas de Guatemala no sólo se origina por el sexo, el grado de escolaridad, o el origen cultural, sino también se reproduce por la edad.* Las actividades no

¹⁴CONGRESO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA, política nacional de desarrollo rural integral PNDRI, AÑO 2009

agrícolas, de mayor tamaño y de alta productividad, aportan solamente un 11% del empleo rural en Guatemala, por tanto es muy poco probable que las mujeres del área rural, tengan una oportunidad laboral remunerada fuera de sus casas, esto también limita la opción de ser afiliado/a al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es otra opción de optar por el parto institucional.¹⁵

6. OPORTUNIDADES DE TRABAJO EN EL PROGRESO Y SU RELACION CON LA DISPONIBILIDAD ECONOMICA PARA LA SALUD.

6.1 PRINCIPALES INDUSTRIA.

Los habitantes de El Progreso dependen mayormente de la agricultura. Sus 139 mil 490 habitantes constituyen un mercado potencial, que ante la poca presencia de franquicias o cadenas de negocios, algunos mercadólogos aun le consideran un “terreno virgen”. La industria de la cal y del cemento tiene presencia en este departamento, precisamente en el municipio de Sanarate, ya que ahí opera una planta de Cementos Progreso, una de las empresas más fuertes y sólidas de Guatemala. El turismo es otro de los rubros que también tiene presencia en el departamento.¹⁶ Dentro de la industria turística, las opciones para administradores, personal de atención al cliente y perfiles de marketing / ventas, igualmente participan del dinamismo laboral, estas oportunidades son brindadas a personas que representen menos costos a la institución o comercio, por tanto oportunidades para el sexo femenino son muy limitadas y con alta competitividad por la oferta de mano de obra, lo que limita a las mujeres casadas y con poca preparación, ya que si bien el analfabetismo es mínimo, la preparación académica no es muy elevada.

7. EDUCACION Y SU RELACION EN LA BUSQUEDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.¹⁷

La educación es un factor determinante para el ejercicio de los derechos y superar las causas del empobrecimiento. En el caso de indígenas empobrecidos, el 8.5% de jefes de hogar no tienen escolaridad, y el 5.5% cursó la primaria. En tanto que entre los empobrecidos no

¹⁵ *Comité de Desarrollo Campesino CODECA Guatemala, Editorial RukemikNa’ojil abril de 2013*

¹⁶: disponible en: <http://www.tecoloco.com.gt/blog/oportunidades-de-trabajo-en-el-progreso.aspx#ixzz2lr4dMRMO> julio 26, 2011 11:41

¹⁷ *Comité de Desarrollo Campesino CODECA Guatemala, Editorial RukemikNa’ojil abril de 2013*

indígenas, sólo el 2.8% carece de algún grado de escolaridad, y el 7.8% cursó primaria. La educación integral en sexualidad es un proceso de construcción de conocimientos y habilidades graduales, sistemático, contextualizado en el marco de derechos humanos, la equidad de género y étnica, con un enfoque holístico que garantice la formación básica a todas las personas centrada en los derechos humanos, el respeto a sus creencias, con metodologías participativas, sin imposición, con información basada en la evidencia científica, complemento de la educación en las familiar y de la formación recibida de diversas fuentes. El Ministerio de Educación ha trabajado en un modelo de gestión que fortalece la apropiación del enfoque en todas las dependencias del Ministerio de educación, como parte de la implementación curricular establecido en los ejes transversales, fortaleciendo y ampliando a otras dependencias de acuerdo con sus funciones cuando se analiza el nivel de educación, según el Estudio Nacional de Muerte Materna (2011) cerca del 50% de las muertes maternas ocurren en mujeres analfabetas, asimismo, se ha demostrado que las muertes maternas tienen su mayor incidencia en poblaciones pobres, indígenas y rurales, las que por su condición de vida no han tenido la oportunidad de acceder a una educación formal. Muertes Maternas por nivel de escolaridad .¹⁸

7.1 LA EXCLUSIÓN EDUCATIVA Y EL BIENESTAR FAMILIAR.

El matrimonio precoz cierra las oportunidades educativas negando el derecho al desarrollo personal, a una adecuada preparación para la vida adulta y a la capacidad efectiva de colaborar con el bienestar familiar y social.

La relación directa entre la escolaridad de las niñas -medida en años- y posponer la edad para el matrimonio están bien documentada. A mayor educación de la niña, menor riesgo de un matrimonio precoz. Aunque las actitudes acerca de la educación de las niñas están cambiando en muchas comunidades tradicionales y en varios países, muchos padres de familia todavía creen que invertir en su educación es un desperdicio de recursos, porque las niñas tienen como destino el ser entregadas en matrimonio y servir en la casa del marido.

¹⁸ Observatorio de salud sexual y reproductiva OSAR año 2011

8 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN GUATEMALA.

8.1 CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA¹⁹

Guatemala ha entrado en las primeras etapas de la transición epidemiológica caracterizada por la coexistencia de padecimientos propios del subdesarrollo con enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas.

Esto plantea retos importantes para un país pobre y con un sistema de salud altamente fragmentado. La pobreza se manifiesta en una desnutrición crónica en 43.4% de los menores de cinco años y carencias nutricionales en alrededor de 30% de las mujeres gestantes.²⁰

8.2 Estructura y cobertura

El sistema de salud de Guatemala está compuesto por un sector público y otro privado. El sector público comprende, en primer lugar, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el cual formalmente brinda atención a 70% de la población. En segundo lugar está el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que ofrece cobertura a menos de 17.45% de la población vinculada con el empleo formal. Finalmente, la Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluyendo a sus familias, menos de 0.5% de la población. Otras instituciones gubernamentales participan de manera marginal en ciertas actividades de salud. El 12 % de los guatemaltecos recurre al sector privado en busca de atención a su salud. En este sector participan organizaciones de la sociedad civil (OSC) y/o religiosas que operan sin fines de lucro. También existe un poco significativo sector de seguros privados de salud. De acuerdo con estimaciones del MSPAS, las organizaciones no gubernamentales ofrecen cobertura a cerca de 18% de la población. Los seguros privados cubren a menos de 8% de la población.

8.3 RECURSOS HUMANOS DEL MSPAS

Uno de los desafíos de Toronto 2005 plantea que “todos los países de la región habrán logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por cada 10,000 habitantes” para el año 2015, en todos los servicios de salud.

¹⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Diagnóstico Nacional de Salud, Normas de atención en Salud marzo 2012

²⁰ Sistema de salud de Guatemala disponible en: bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=00262

En el año 2011 se obtuvo en el MSPAS una razón de 11 profesionales por cada 10,000 habitantes. Cabe mencionar que, según el manual de medición de metas, los profesionales de la salud deben estar integrados por médicos, enfermeras y obstetras. Si analizamos la brecha para el total de habitantes de la República, la contratación debe crecer aproximadamente el 3 por millar (0.003) o sea 36,784 profesionales de la salud. En ese sentido contabilizando la cantidad de puestos de salud existentes y su relación con la densidad poblacional de los municipios del país, el MSPAS alcanza una cobertura teórica de 57.4%. Para cubrir la demanda se requiere de 29,427 profesionales de la salud para alcanzar la meta, en lugar de los 18,578 actuales.²¹

Del personal actual en el MSPAS el 14% son médicos y enfermeras, el 31% son auxiliares de enfermería de baja formación académica previa, en quienes recae la responsabilidad de brindar la atención. De acuerdo con la información establecida, el personal médico es el que menos ha crecido en las contrataciones del periodo, por lo que la prestación de los servicios de salud actualmente descansa sobre el personal de enfermería de menor categoría (auxiliares).

9. DONDE DAR A LUZ

Tradicionalmente la única persona de la comunidad que incidía en el lugar del parto era la comadrona. Con el advenimiento del programa de extensión de cobertura se establecieron equipos de trabajo que pertenecen al Ministerio de Salud, pero que están bajo la autoridad directa de Organización que han firmado convenios, para prestar este servicio. Por lo que ahora también este equipo tiene influencia sobre la toma de decisión.

A medida que aumenta la tendencia hacia el parto institucional las comadronas van ajustando sus servicios.²²

9.1 PLANES DE EMERGENCIA:

El Ministerio de Salud Pública ha establecido dos planes de emergencia uno individual o familiar y otro comunitario. En el primero, los servicios de salud piden a la madre que

²¹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, **Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

²² MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, **Donde Dar a Luz, Centro de investigación epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva, Hospital General San Juan de Dios, OMS/OPS año 2012**

durante el curso de su embarazo ella misma conteste preguntas acerca de su preferencia de lugar para dar a luz, el dinero que hace falta para llegar a ese lugar, el transporte necesario, la compañía, el apoyo que recibe del comité de salud, y si tiene otros hijos quien va a cuidarlos en su ausencia.

Una función importante de las auxiliares de enfermería comunitaria y de los facilitadores comunitarios es precisamente dar seguimiento y ayudar a implementar los planes familiares de emergencia.²³

9.2 DAR A LUZ EN CASA.

Aunque cada vez hay más aceptación al parto institucional, este tiende a ajustarse a complicaciones obstétricas. Tanto en Alta Verapaz como en Huehuetenango, la preferencia de las mujeres y sus familias es que el parto sea en casa debido a los beneficios que consideran tener.²⁴

1) el sentido de la costumbre: tradicionalmente el único lugar para tener el parto ha sido la casa, asistir a una institución de salud es la excepción. Dentro de la casa las mujeres cuentan con el sustento y apoyo emocional que brinda la tradición,

2) el valor de la mujer: la fortaleza y el estoicismo durante estas circunstancias son altamente apreciadas, las manifestaciones de dolor manifiestan falta de temple en las mujeres en el momento del parto.

3) comodidad: consideran que en ningún otro lugar les van a tender tan bien como en su casa y en su entorno familiar, tienen la idea que en los servicios de salud ignoran las necesidades de las pacientes.

4) confianza a la comadrona: usualmente conocen a la comadrona desde muchos años, y es la persona que ha atendido los partos de la demás familia y vecinas.

²³ Ministerio de Salud Pública y asistencia social, plan para la reducción de la mortalidad materna, neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva, Disponible en:www.osarguatemala.org/userfiles/ERMM%202010-2015.pdf

²⁴ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, **Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

Además comprende y respeta sus costumbres.

5) ventajas económicas del parto en casa: Para las comunidades el parto en casa representa una opción bastante más económica que el parto institucional.

6) parto en casa y percepción de riesgo: usualmente las advertencias no siempre se toman en serio, aunque la comadrona indique el parto será de riesgo, por lo general intentan tener el parto en casa, cuando ya es evidente toman la decisión de buscar los servicios hospitalarios.

9.3 FACTORES DETERMINANTES PARA AUMENTAR EL PARTO INSTITUCIONAL Y DISMINUIR LA MUERTE MATERNA DENTRO DE LA POBLACION DE GUATEMALA.

El Ministerio de Salud de Guatemala ha insistido que aún existe un gran reto para el país en el tema de aseguramiento de servicios que permitan ejercer el derecho de las mujeres a una maternidad saludable, reforzando la necesidad de dar seguimiento al cumplimiento e implementación de las acciones planteadas en el Plan para la Reducción de la Mortalidad materna y mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015. Especialmente garantizando el acceso de todas las mujeres a servicios de salud de calidad, con enfoque de género y pertinencia cultura.

Una barrera para buscar atención al momento del parto en instalaciones de salud pública es la creencia de que estas instalaciones no serán capaces de tener ciertos elementos de la atención que las mujeres consideran muy importantes como, poder comunicarse en su idioma maya, tener acompañamiento de un familiar durante el parto, poder elegir la mejor posición al parto, obtener bebidas calientes después del parto y ser tratada amablemente.²⁵

10 COSMOVISION DE LA MATERNIDAD:

Tradicionalmente en la mente de los guatemaltecos la función de la mujer es la maternidad, tener hijos marca la edad adulta y es una parte esencial de la unión hombre y mu-

²⁵ MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, **Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**

jer, para muchas mujeres la maternidad es parte inevitable no solo de vivir en unión, sino también de la vida. Esto resulta especialmente importante en el área rural donde a las mujeres se les ofrece pocas oportunidades educativas o de empleo. En la cultura guatemalteca se apoya fuertemente la maternidad temprana y por esa razón, muchas niñas crecen considerando que la vida en pareja y la maternidad son su mejor opción. No obstante cuando las guatemaltecas se deciden por la maternidad ni su entorno ni sus familias les ofrecen el mejor cuidado durante el proceso de embarazo parto y puerperio o cuarentena. Un alto número de hijos sigue siendo muy valorado esto influye de manera importante en el riesgo de mortalidad materna.

10.1 ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA Y NEONATAL Y SUS ENTES RESPONSABLES

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines los servicios de salud y que están debidamente contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-, están obligadas a Garantizar a las usuarias el acceso a servicios de salud materna-neonatal con calidad, con pertinencia cultural y sin discriminación alguna, en los tres niveles de atención, promoviendo la participación social y comunitaria para compartir la responsabilidad de proveer condiciones adecuadas para una maternidad saludable.²⁶

10.2 ATENCION INSTITUCIONAL

1. Percepción de los proveedores institucionales sobre los servicios con pertinencia cultural.

En el departamento de Alta Verapaz, se incluyeron en la muestra cuatro servicios de salud:

Todos los servicios tomados tienen en común que la comadrona se localiza en el interior de los servicios, bajo la modalidad de cursar una “pasantía”; la cual consiste en realizar turnos rotativos que van de 8 a 24 horas en los servicios de labor y partos con el objetivo de “aprender” de los profesionales en salud el manejo de la atención del parto. Ninguna de ellas

²⁶ CONGRESO NACIONAL DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA, Ley de maternidad saludable, decreto 32-2010

recibe un estipendio a excepción del Hospital de La Tinta donde, según refirieren es OPS, quien hace efectivo el pago.²⁷

Es importante señalar que en los servicios de salud ya se ofrece a la usuaria la decisión de atender su parto en forma vertical atendido por médicos, *“han sido muy pocos los casos”*, pero el personal institucional ya los acepta y los ofrece. Otra variedad ocurre en el Hospital de la Tinta donde se permite la atención del parto en la cama, sin necesidad de que la usuaria sea trasladada a la sala de labor y partos.

Todos los servicios de salud estudiados de alta Verapaz tienen en común que han incorporado a la comadrona como parte del personal, quien pasa por un proceso de pasantía, donde deberá “aprender” de los proveedores institucionales el manejo de la usuaria durante el trabajo de parto. Entre sus funciones están el de brindar a acompañamiento a la usuaria en emergencia y en labor partos, traducir al personal de salud y observar, para ello realizan turnos de 24 horas 2 veces al mes.

El acuerdo gubernativo 65-2012 del reglamento de la ley para la maternidad saludable en su artículo 5, dice, El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y las organizaciones no Gubernamentales, que prestan servicios de salud materno neonatales, desarrollaran acciones para el reconocimiento, respeto y comprensión de las dolencias socioculturales de los pueblos con sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud materno neonatal de la población, promoviendo su aplicación según las normas y protocolos establecidos por el ministerio de salud pública y asistencia social.²⁸

11CULTURA

11.1 LA MUJER Y SU POSICION SOCIAL

La mujer tuvo posiciones elevadas en la sociedad y algunas fueron gobernantes. Las mujeres eran muy importantes para la economía familiar, pues elaboraban piezas de cerámica, diseñaban piezas en barro o esculpidas o talladas a modo de escultura, y tejían el algodón para confeccionar vestidos. También criaban animales para comer o como mascotas y se

²⁷UnitedNationsFundfor Población Activities, (UNFPA) , sistematización de los servicios de salud de Guatemala, año 2010

²⁸ CONGRESO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA, ley para la maternidad saludable, marzo 2012acuerdo gubernativo no.65-2012

encargaban de elaborar comidas y bebidas para las fiestas religiosas. No participaban en ceremonias religiosas donde se efectuaban sacrificios humanos, excepto en ciertas fiestas donde acudían las ancianas.²⁹

En el posclásico las mujeres no participaban en el auto sacrificio, pero en el clásico sí, al menos las de alto rango.³⁰

12.2 COSTUMBRES Y TRADICIONES

El Progreso es un departamento rico en tradiciones que se reflejan en la literatura folklórica como cuentos, leyendas e historias sobrenaturales. Una de las características de la tradición oral de la región de El Progreso, es la excelencia en la narraciones en donde se encuentran antiguas versiones de leyendas históricas y míticas, especialmente animísticas de aparecidos y ánimas en pena, así como cuentos maravillosos de animales, de bobos e ingenuos y de bandidos mágicos, casi únicos en Guatemala. Por la gran influencia española que tuvo este departamento desde la conquista, las abundantes cofradías que ejercían en esa época fueron sucumbiendo a finales del siglo XVIII, llegando en el siglo XIX a su más mínima expresión. Actualmente ya no existen, y los ritos religiosos católicos son acompañados por escasos y exiguos comités, ancianos o hermandades.³¹

11.2 EL MATRIMONIO.

Es una institución social por la que un hombre y una mujer se unen legalmente, con ánimo de permanencia y con el fin de vivir juntos, procrear, alimentar y educar a sus hijos y auxiliarse entre sí.³²

Existen tres teorías o doctrinas que regulan, y explican cada una de ellas.

La doctrina del matrimonio como un contrato: Para la cual el matrimonio es un contrato, es decir un acuerdo de voluntades entre dos personas que hacen surgir derechos y obligaciones entre ellas. La objeción que existe a esta teoría es que el contrato crea derechos y obligaciones de carácter económico, mientras que el matrimonio genera derechos y obligaciones de carácter moral.

²⁹ losmayas.blog.com.es/2009/11/17/mujer-y-su-posicion-social-7402614

³⁰ [es.wikipedia.org/wiki/Kekchí_\(etnia\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Kekchí_(etnia))

³¹ [es.wikipedia.org/wiki/El_Progreso_\(Guatemala\)](http://es.wikipedia.org/wiki/El_Progreso_(Guatemala))

³² UNIVERSIDAD MESOAMERICANA COSMOVISION MESOAMERICA, , AÑO 2011

La doctrina del matrimonio como un acto jurídico: Esta doctrina toma como base que existen actos jurídicos públicos y actos privados.

La doctrina del matrimonio como una institución social: Considera al matrimonio como un ente creado y regulado por sus propias normas y reglas que le han sido otorgadas por el Estado con el objeto de darle una seguridad social a dicha institución. El Código Civil en su artículo 78 acepta al matrimonio como institución.

El matrimonio y la unión de hecho entre menores de edad, aunque esté poco estudiada, es una práctica extendida en la sociedad guatemalteca.³³

Las consecuencias psicosociales del matrimonio precoz son incalculables en la vida de millones de niñas, y en menor grado, en la vida de los niños varones.

Las niñas que se fugan del matrimonio y que regresan al hogar materno, pueden ser maltratadas y enviadas de regreso a casa de sus maridos. La angustia que padecen generalmente se oculta bajo el silencio.³⁴

12 PERTINENCIA DE LA VIVIENDA Y SU RELACION CON LA ESTABILIDAD FAMILIAR.

Dentro de las responsabilidades de una vida en pareja y la procreación de hijos esta la responsabilidad de proveer de una vivienda adecuada principalmente por el padre de familia, sin embargo en Guatemala se observa comúnmente que la nueva pareja, comparte la vivienda principalmente con la familia del esposo. El hacinamiento está conceptualizado desde el mundo occidental en términos estructurales: número de personas por pieza de dormitorio. Para los pueblos indígenas, y dependiendo del contexto territorial, los resultados de este indicador pueden ser más bien una constatación de sus formas de vida. En algunas comunidades cada familia extensa posee dos viviendas, una gran construcción que sirve como dormitorio y otra reservada a las faenas domésticas y la preparación de los alimentos.

El hacinamiento adquiere, sin embargo, otras connotaciones en el medio urbano, sobre todo por sus implicancias para la salud.³⁵

³³ Cabrera L. y Rojas A. Matrimonios y Uniones de Hecho Forzadas en Guatemala Disponible en : www.unicef.org.gt/.../Investigac_MatrimonioInfantilForzado%20CIRMA

³⁴ Cabrera L. y Rojas A. Matrimonios y Uniones de Hecho Forzadas en Guatemala Disponible en : www.unicef.org.gt/.../Investigac_MatrimonioInfantilForzado%20CIRMA

³⁵ <http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPP/Wehelp/vivien> consultado en enero 2014

III OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL.

a) identificar y describir los factores pre definidos que inciden en la embarazada de la jurisdicción de Sanarate para la búsqueda de la atención del parto institucional, en el centro de atención permanente de ese Municipio.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1 contribuir con las autoridades locales de salud a incrementar la atención del parto institucional a través de la descripción de factores que contribuyen o limitan este servicio.

3.2.2 describir la dimensión del impacto que tiene en las embarazadas la atención que se brinde en el Centro de Atención permanente del municipio de Sanarate.

IV. MATERIAL Y METODO

4.1 Tipo de estudio

Esta investigación se realizó con un muestreo sistemático, debido a que se obtuvieron los listados previos a seleccionar los sujetos de estudio, con un enfoque descriptivo, porque describe los factores que intervienen para que las embarazadas de la jurisdicción de Sanarate el progreso, que han sido captadas por el personal que labora en los Centros de Convergencia, consideren la atención del parto institucional en el servicio de salud local.

Tiene un abordaje cuantitativo porque los datos obtenidos son en cantidades numéricas y es de corte transversal porque se estudiaron los factores simultáneamente en un periodo de tiempo determinado

4.2 población

Embarazadas que Vivian dentro del área geográfica que cubre la jurisdicción del programa de extensión de cobertura del municipio de Sanarate, El progreso, que hayan sido captadas y evaluadas en los centros de convergencia y que al momento del estudio de campo tubieran treinta y cinco semanas o más de gestación.

4.2 Selección y Tamaño de la Muestra.

Se tomó la población total de embarazadas de la jurisdicción que estaban registradas en el Censo de cada centro de convergencia y que según el cronograma y la fecha de ultima regla, para el momento del estudio de campo tuvieran 35 o más semanas de gestación.

4.3 unidad de análisis.

Mujer embarazada.

4.3 Criterios de Inclusión

1. embarazadas de 35 semanas o más de gestación, captadas por el personal institucional de la Jurisdicción

4. Embarazada que no tenga ninguna limitación física o mental para participar en la investigación.

2.4 CRITERIOS DE EXCLUSION.

1. embarazadas con menos de 35 semanas de gestación.
2. que haya sido captada en el servicio después de haber tomado la población para el estudio

2.5 .variable

Factores que intervienen para que la embarazada considere la atención institucional del parto.

2.6 DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO.
<p>Identificar y describir los factores pre definidos que inciden en la embarazada de la jurisdicción de Sanarate para la búsqueda de la atención del parto institucional, en el centro de atención permanente de ese Municipio.</p>	<p>Factores que intervienen para que la embarazada considere la atención institucional del parto</p>	<p>Los factores son todas las razones que la embarazada toman en cuenta para que su parto sea atendido institucionalmente o no.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Variables socio demográficos 	<p>Cuestionario para la recolección de información.</p>
			<ul style="list-style-type: none"> • variables económicos 	<p>Cuestionario para la recolección de información</p>
			<ul style="list-style-type: none"> • variables institucionales 	<p>Cuestionario para la recolección de información</p>
			<p>Variables educativas</p>	<p>Cuestionario para la recolección de información</p>
			<ul style="list-style-type: none"> • Factores culturales. 	<p>Cuestionario para la recolección de información</p>

2.7 . Instrumento.

Se utilizo, cuestionario tipo Likert con 6 preguntas relacionadas con las características socio demográficas del grupo y un total de 20 items que indagan sobre los factores que intervienen para que la embarazadas decida buscar la atención institucional del parto, dentro de las respuestas al cuestionamiento tenían cinco opciones, 1) totalmente de acuerdo, 2) de acuerdo 3) ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4) en desacuerdo y 5) totalmente en desacuerdo.

2.8 recolección de información.

Previo a la recolección de datos, se procedió a solicitar la autorización a los líderes de las comunidades, al contar con este respaldo se coordino con los mismos para convocar a un punto de reunión a las embarazadas en hora y fecha determinada, para cada lugar, solicite el acompañamiento de las auxiliares de Enfermería que laboran en cada centro de convergencia para generar confianza en la población sujeto de estudio, al llegar el momento de la entrevista procedí a explicarle a la embarazada el objetivo del estudio y el anonimato en el que manejaría la información, posteriormente de la firma del consentimiento informado, realice la entrevista.

Dentro de las limitaciones que se tuvieron para realizar el trabajo de campo estuvo, el programa de extensión de cobertura suspendió labores durante el mes de diciembre y fue mas difícil que las auxiliares me acompañaran para realizar las entrevistas, ademas de la accesibilidad a las comunidades ya que las carreteras son de terracería y en mal estado, sin embargo ya en el lugar se conto con el apoyo de las comunidades y de las embarazadas.

2.9 garantía de los aspectos éticos.

Como parte del proceso investigativo se tomaron en cuenta los principios éticos profesionales de:

AUTODETERMINACION.

Las personas sujeto de estudio recibieron información previo a realizarles la entrevista, y luego se les presento el documento de consentimiento informado donde se le permitió decidir si participaba en él, de la libertad de abandonarlo en el momento que lo desearan, sin que esto le perjudicara de alguna manera.

INTIMIDAD, ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD.

Al realizar la investigación, se procedió de manera individual, en un ambiente aislado del resto de los de los presentes, en ningún momento se les pidió el nombre con el objetivo de

guardar el anonimato, y se les indico que si en algun momento sentían incomodidad con las preguntas podían abandonar el procedimiento.

BENEFICIENCIA: Toda la información es confidencial, y los datos serán presentados de forma general, sin que se proporcionen datos que puedan encaminar a relacionar a los participantes, además se dará a conocer a la dirección de área de Salud los resultados con el objetivo de beneficiar y mejorar la atención en los servicios.

2.10 análisis de la información.

Finalizada la recolección de datos se tabulo manualmente, y se presentaron en tablas estadísticas los resultados indicando si la respuesta fue positiva o negativa agregando la frecuencia y el porcentaje correspondiente, sin embargo de acuerdo a la tabla de Liker, en escala existe la representación neutral, y se asigno a este componente las personas que respondieron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo en el cuestionamiento.

V. RESULTADOS.

Para esta investigación se tomaron en cuenta a las embarazadas que residen en las cuarenta y seis comunidades que cubre el programa de extensión de cobertura en el municipio de Sanarate del departamento del progreso, las edades de las embarazadas están en un rango de trece a treinta y seis años, quienes se encuentran entre las edades de 25 a 30 años se encuentran con un promedio de tres hijos este promedio es el máximo dentro de las embarazadas sujeto de estudio todas corresponden al grupo étnico no indígena, el siete punto catorce por ciento (7.14%) no tiene ningún grado de escolaridad, el cien por ciento tiene pareja y ninguna de las entrevistada labora fuera del hogar

TABLA No. 1
Variable sociodemográfica.

Situaciones analizadas.	frecuencia	Porcentaje.
Estado civil		
Con pareja	28	100%
Número de hijos.		
Ninguno	8	28.57
1 a 2	13	46.43
3 a 4	5	17.86
5 a mas	2	7.14
total	28	100
Estudios Realizados		
ninguno	2	7.14
Algún grado de primaria	21	75
Básico	3	10.71
otros	2	7.15
TOTAL	28	100
Situación laboral		
Ama de casa	28	100%
Situación de vivienda		
Casa propia	18	64.28
Comparten con parientes	9	32.14
alquilan	1	3.57

TABLA No. 2

Rango de edad y media de hijos.

Rango de edad	Fx	porcentaje	Media de numero de hijos
10 a 15	1*	3.57	0
15 a 20	7	25	0
20 a 25	10	35.71	2
25 a 30	6	21.43	3
30 a 35	3	10.71	2
Mayores de 35*	1	3.57	0
Total	28	100	

TABLA No. 3

Variables económicas.

indicador	si		no	
	f	%	f	%
Disponibilidad económica para buscar el servicio de salud.	17	60.71	11	39.29
Empleado permanentes	12	42.86	16	57.14

TABLA No. 4
Variables institucionales

indicador	si		no		Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	
	f	%	f	%	f	%
Me satisface la atención que brinda el centro de salud	7	25	17	60.71	4	14.29
Me preocupa que casi siempre solo hay auxiliares de enfermería en el servicio	17	60.71	6	21.43	05	17.86
Pienso buscar un servicios de salud privado	7	25	17	60.71	4	14.29
Pienso buscar un servicio de salud pública fuera del municipio	17	60.71	7	25	4	14.29
asistiré al IGSS	2	7.14	23	82.14	3	10.71
Fui a chequeo al centro de salud y no fui bien atendida	18	64.29	7	25	3	10.71
Aunque haya medico siempre somos atendidas por auxiliares de Enfermería.	17	60.71	7	25	4	14.29
Me gustaría que hubiera más privacidad en el servicios	25	89.28	2	7.14	4	14.29
Quisiera que entrara un familiar cuando atienden el parto	22	78.57	6	21.43	0	0
Buscare el centro de salud solo si no me queda otra opción	19	67.87	9	32.14	0	0
He recibido mala atención en otras oportunidades en el centro de salud	19	67.87	8	28.57	1	3.57

TABLA No. 5

variable de conocimiento de señales de peligro y planes de emergencia

Indicador	si		no		Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
	f	%	f	%	f	%
Durante el control prenatal le hablaron de señales de peligro	7	25	21	75	0	0
Sé que la hemorragia, salida de líquidos, dolor fuerte de cabeza, pueden poner en peligro la vida de mi hijo y la mía., etc.)	21	71	6	21.43	1	3.57
Usted sabe a quién pedir ayuda si necesita que la lleven al Centro de salud u Hospital.	22	78.57	4	14.29	1	3.57
Tiene contactado algún vehículo para su traslado	8	28.57	17	60.71	3	10.71

TABLA 6

variable de factores culturales

Satisfacción del usuario	SI		No.		Neutro	
	f	%	f	%	f	%
Considero que la comadrona tiene la capacidad para atenderme	12	42.86	12	42.86	4	14.28
Considero que en casa tengo mas ventajas para la atención de mi parto.	7	25	18	64.28	3	10.71
Piensa que la alimentación que le dan después del parto en el centro de salud es adecuada.	10	35.71	15	53.57	4	14.28

VIDISCUSSION Y ANALISIS.

Dentro de la población entrevistada el 100% cuenta con pareja, en Guatemala Las niñas que se fugan del matrimonio y que regresan al hogar materno, pueden ser maltratadas y enviadas de regreso a casa de sus maridos. La angustia que padecen generalmente se oculta bajo el silencio. El 43.48%, tiene entre uno y dos hijos, esto indica que la percepción de procreación ha ido cambiando ya que Tradicionalmente en la mente de los guatemaltecos la función de la mujer es la maternidad, tener hijos marca la edad adulta y es una parte esencial de la unión hombre y mujer, para muchas mujeres la maternidad es parte inevitable no solo de vivir en unión, sino también de la vida. Esto resulta especialmente importante en el área rural donde a las mujeres se les ofrece pocas oportunidades educativas o de empleo. En la cultura guatemalteca se apoya fuertemente la maternidad temprana y por esa razón, muchas niñas crecen considerando que la vida en pareja y la maternidad son su mejor opción.³⁶

En cuanto educación, a pesar que en este país se prioriza para el sexo masculino el analfabetismo en mujeres va en disminución teniendo un 7.14% de personas entrevistadas que no cursaron ningún grado de escolaridad y en igual porcentaje se tienen los resultados para quienes continuaron el diversificado. Esto lo respalda investigaciones anteriores que indican que El matrimonio precoz cierra las oportunidades educativas negando el derecho al desarrollo personal, a una adecuada preparación para la vida adulta y a la capacidad efectiva de colaborar con el bienestar familiar y social.³⁷

Por otra parte dentro de las responsabilidades de una vida en pareja y la procreación de hijos esta la responsabilidad de proveer de una vivienda adecuada principalmente por el padre de familia, La vivienda adecuada fue reconocida como derecho humano en 1948, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos³⁸⁻³⁹ en esta investigación el 64.28% de las familias cuenta con vivienda propia, la diferencia conviven con los padres y un mínimo porcentaje alquila.

En relación a las edades y la media de hijos tenemos en último lugar los extremos de mayor riesgo, menores de 15 años y mayores de treinta y cinco y coincidentemente estos extremos son primigestas, lo que pone en mayor riesgo a las mujeres mayores de 35 años, y se sumamos los dos rangos que están dentro de la adolescencia vemos que se tiene 34.79% de embarazadas que están en extremos de edades en mayor riesgo, mientras que el 65.22 están dentro de la edad aconsejable para la maternidad saludable.

³⁶ Congreso de la república de Guatemala, Ley de maternidad saludable, decreto 32-2010

³⁷ www.unicef.org.gt/.../Investigac_MatrimonioInfantilForzado%20CIRMA

³⁸ Centro de investigaciones económicas nacionales, Sector vivienda, lineamientos de políticas económica social y de seguridad 2012-20120, Guatemala junio 2011

³⁹ <http://www.mejoremosguate.org/cms/content/files/diagnosticos..>

En relación a la situación económica de los sujetos de investigación lo cual está respaldado por el acuerdo gubernativo 359-2012 publicado el 28 de diciembre de 2012 en el diario Oficial el cual fija los nuevos salarios mínimos, con vigencia a partir del 1 de enero de 2013. Se debe tomar en cuenta que también fijaron salario mínimo para la actividad Exportadora y de Maquila, la que debe entenderse de conformidad con lo regulado en el Decreto Número 29-89 del Congreso de la República, Ley de Fomento y Desarrollo de la Actividad Exportadora y de Maquila.⁴⁰

Entre las principales empresas empleadoras de este departamento está Cemento Progreso, ya que en su planta de Sanarate, creada en 1991 cuenta con recurso humano que habita en la zona.⁴¹ Sin embargo de los esposos de los sujetos de estudio, son muy pocos los que cuentan con un empleo fijo, dedicándose en su mayoría a la agricultura.

En relación a la variable de satisfacción del usuario, las embarazadas que fueron entrevistadas indicaron en su mayoría que no están satisfechas de la atención que se les brinda en el servicio, sin embargo. Para la ley de salud reproductiva en su primer artículo menciona como objetivo. Mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal.⁴²

En el año 2011 se obtuvo en el MSPAS una razón de 11 profesionales por cada 10,000 habitantes. Cabe mencionar que, según el manual de medición de metas, los profesionales de la salud deben estar integrados por médicos, enfermeras y obstetras

Del personal actual en el MSPAS el 14% son médicos y enfermeras, el 31% son auxiliares de enfermería de baja formación académica previa, en quienes recae la responsabilidad de brindar la atención.⁴³

⁴⁰ www.derechoalavivienda.info

⁴¹ <http://www.monografias.com/trabajos89/departamento-del-progreso/departamento-del-progreso.shtml#ixzz2lr8ymN4Y>

⁴² Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, Guatemala, Ley de maternidad saludable, decreto 32-2010

⁴³ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012

En cuanto a las embarazadas que son atendidas por el IGSS, solo se tiene un 7.14% debido a que el o la jornalera, al no tener un contrato escrito, tampoco puede ser afiliado al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), por tanto tampoco puede gozar de los servicios que presta esta entidad pública.⁴⁴

Tradicionalmente la única persona de la comunidad que incidía en el lugar del parto era la comadrona. A medida que aumenta la tendencia hacia el parto institucional las comadronas van ajustando sus servicios.⁴⁵

En cuanto a el deseo por parte de la embarazada que alguien de su confianza como la comadrona o algún familiar entre a la sala de partos, el 100% manifestó su deseo porque así fuera, lo cual está respaldado por protocolos y normas de atención con pertinencia cultural establecido por el ministerio de salud.

En relaciones a las comisiones y planes de emergencia, indicaron que desconocen que exista o deba existir este comité y que si bien saben a quien pedir ayuda esto se hacen entre personas de su confianza y no a un grupo particular, además dijeron que no consideran necesario buscar vehículo previo al parto.

Aunque las opiniones son divididas en porcentajes similares, existe la confianza en la comadrona, figura ancestral que atiende partos principalmente en área rural, sin embargo se debe tomar en consideración que para este municipio la población entrevistada existe un 25% de las comunidades que son parte de la jurisdicción que están ubicadas en áreas periurbanas.

6.1 RESULTADOS DE INTERVENCION.

Dentro de las acciones realizadas para crear capacidad en el personal institucional en relación a la conformación de comisiones de emergencia en las comunidades de la jurisdicción de Sanarate, como primer paso, se concentró el personal institucional en la sede de la ONG que tiene convenio en la jurisdicción III de Sanarate el Progreso, en donde se le dieron los temas y lineamientos relacionados a la conformación de comités de emergencia comunitario, las funcio-

⁴⁴*Comité de Desarrollo Campesino CODECA Guatemala, Editorial RukemikNa'ojil abril de 2013*

⁴⁵Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, Donde Dar a Luz, Centro de investigación epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva, Hospital General San Juan de Dios, OMS/OPS año 2012

nes de esta comisión dentro de la comunidad y los temas que ellos deben impartir para que las personas de la comisión , actúen con conocimiento y tenga base sus acciones.

El total de personal capacitado para tal fin es de: cinco auxiliares de enfermería, un Enfermero/a ambulatorio, un facilitador institucional y dos educadoras en salud y nutrición, este personal ya capacitado se hizo responsable mediante acta en libro de la institución de conformar los comités de emergencia comunitario en un 50% en un tiempo de cuatro meses, de mayo a agosto de 2014.

Sin embargo en el monitoreo realizado para verificar el avance de las comisiones se identificó la negativa de la población para colaborar, por lo que los miembros del equipo no solo se están dedicando a la conformación de dicha comisión y a la posterior educación, sino a realizar asambleas en donde se socializa la importancia de este grupo dentro de la comunidad, y de esta manera sensibilizar a los habitantes para que colaboran con su misma comunidad

6.2CONCLUSIONES:

6.1.1 en relación a describir los factores económicos planteados dentro de los objetivos específicos se puede identificar que hay personas que no cuentan con disponibilidad económica para el traslado al servicio de salud, por lo que sería un factor limitante para la atención del parto institucional.

6.1.2 en cuanto a describir las variables institucionales se puede identificar factores individuales y contextuales, aunque con mayor efecto individual, debido a que las señoras han tenido experiencias previas, que han dejado insatisfacción en la atención tendiente no solo a la situación de recursos e insumos del servicio sino de actitud del personal de salud, principalmente de las auxiliares, por lo tanto también se convierte en una barrera para que el servicio y por ende el ministerio pueda cumplir con el objetivo de incrementar el parto institucional, lo cual se puede observar en el cuadro no, además desconocen las señales de peligro y no se encuentra con comisiones de emergencia que puedan contribuir a favorecer el traslado de las embarazadas.

6.3 RECOMENDACIONES

De acuerdo a las conclusiones se plantean las siguientes sugerencias.

6.2.1 Que las autoridades de la Dirección de Área de Salud del departamento del Progreso, realicen un diagnóstico de las actitudes del personal independientemente de la profesión y la función laboral que desempeñen en el Centro de Atención Permanente de Sanarate, y establezcan un plan de educación y evalúen objetiva y constantemente el desempeño del personal, con miras a brindar atención de calidad al usuario al cual se deben.

6.2.2 que las autoridades del Centro de Atención permanente desarrollen programas estratégicos encaminados a mejorar el cumplimiento de funciones del personal dentro del servicio.

6.2.3 Que las autoridades del Centro de Atención permanente estructuren planes de acción para incentivar al personal que se desempeña con vocación y dedicación

VII REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS.

- 1) Aldo R. Eybard y col. Histología del ser humano, 1ra. Ed. Editorial triunfar Argentina. Año 2000
- 2) Burn Nancy. K Grove Susan, Investigación en Enfermería 3ª.Ed. Madrid, Barcelona. 2004
- 3) American Congress of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC 20024-9998 disponible en: 21098www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003264.htm
- 4) Bernadez, M, capital intelectual: creación de valor en la sociedad del conocimiento, autorhause. 2008. 557p
- 5) Cabrera L. Rojas A., Investigación Matrimonios y Uniones de Hecho Forzadas en Guatemala disponible en www.unicef.org.gt/.../Investigac_MatrimonioInfantilForzado%20CIRMA
- 6) Carrolli G. Elementos del Paquete de Control Prenatal de la OMS, Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal. Organizado por Arranque Parejo en la Vida y Población Council, 3–5 de abril 2005.
- 7) Centro nacional de epidemiología, normas y procedimientos del sistema nacional de vigilancia epidemiológica de Guatemala, 207 26p
- 8) Centro de investigaciones económicas nacionales, Sector vivienda, lineamientos de políticas económica social y de seguridad 2012-20120, Guatemala junio 2011
- 9) COMITÉ DE DESARROLLO CAMPESINO *Editorial RukemikNa'ojil, Guatemala, abril de 2013*
- 10) CONGRESO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA, ley para la maternidad saludable, Decreto numero 32-2010
- 11) Cortave de, V. los valores y humanización del conocimiento enfermero, En Estudiantes de la maestría en enfermería, UMG Evolución de enfermería en Alta Verapaz, s/ed, Coban, A.V. año 2011. 18 p.
- 12) Fernández-Alonso, F. Buitrago-Ramírez, R. Ciurana-Misol, L. Chocrón-Bentata, J. Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria s/a
- 13) Fleischer, Soraya, pasando por la comadrona y medico: itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala.

- 14) FONDO DE POBLACION DE NACIONES UNIDAS (UNFPA). Para comprender las causas de las defunciones maternas. Módulo. Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre Cuestiones de Población; Año 2002.
- 15) Freyermuth G, et al. Maternidad Peligrosa. Evaluación de la Urgencia Obstétrica de Emergencia en los Altos de Chiapas. San Cristóbal de Las Casas CIESAS, INDESOL y Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.
- 16) Guatemala, Ministerio de Salud pública y asistencia social. Programa nacional de salud reproductiva, Guía para la implementación de la atención integral materna neonatal, 2da. Ed. Año 2011, 126 p.
- 17) http://es.wikipedia.org/wiki/Hemorragia_obst%C3%A9trica consultado el 22 de mayo del 2013
- 18) Hernández. E.M. manual de enfermería materno neonatal. s/ed. s/a. 209 p.
- 19) Hernández Sanpieri, R. Metodología de la investigación , McGill University, Montreal (Canadá), 1991.
- 20) Hurtado, Elena «Estudio de las características y prácticas de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena de Guatemala. Etnomedicina en Guatemala». En Elba Villatoro (ed.). Etnomedicina en Guatemala. Guatemala
- 21) <http://www.monografias.com/trabajos91/sindrome-bornout-tesis-licenciatura-enfermeria/sindrome-bornout-tesis-licenciatura-enfermeria.shtml#ixzz2JuHqKLTh>
- 22) [http://es.wikipedia.org/wiki/Burnout_\(s%C3%ADndrome\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Burnout_(s%C3%ADndrome)) revisado 4-02-13
- 23) <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf> revisado 4-02-13 Gil-Monte, P. R. (1994)
- 24) <http://www.tecoloco.com.gt/blog/oportunidades-de-trabajo-en-el-progrso.aspx#ixzz2lr4dMRMO>
- 25) <http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/vivien>
- 26) losmayas.blog.com.es/2009/11/17/mujer-y-su-posicion-social-7402614 consultado enero 2014
- 27) MARINER TOMEY, Ann y Aligood, Martha Rolie, Modelos y teorías de enfermería 4ta. Ed. Barcelona España, p. 364
- 28) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Normas de Atención en Salud, disponible en: www.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view...id

- 29) Miller M.A. et al. "Enfermería infantil", 2ª Ed., MacGraw Hill, Madrid 1.987
- 30) MINISTERIO DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL, Donde Dar a Luz, Centro de investigación epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva, Hospital General San Juan de Dios , OMS/OPS año 2012
- 31) MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Diagnóstico Nacional de Salud, marzo 2012**
- 32) Observatorio de salud sexual y reproductiva OSAR año 2011
- 33). ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, Nuevo Modelo de Control Prenatal, Grupo de Investigación del estudio de Control Prenatal de la OMS, Ginebra: 2003. Disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_4.sp.html
- 34) POLÍTICA NACIONAL DE DESARROLLO RURAL INTEGRAL PNDRI AÑO 2009
- 35) Prado, E., Remes L. Kestler, E. Saenz, S. Sing, S. embarazo no planeado y el aborto inseguro en Guatemala. Causas y consecuencias. Disponible en: <http://www.ciesar.org.gt/es/archivo/saludMaterna/aborto/Aborto%20causas%20y%20consecuencias%20Guatemala.pdf> inola Bankol
- 36) Programa nacional de las naciones unidas., informe nacional de desarrollo humano y diversidad étnico-cultural 01 de Guatemala 2005, 450 p.
- 37) PROYECTO LA PASION, oferta técnica Jurisdicción tres, año 2013, Declaración de Barcelona con ocasión del 5 Congreso Mundial de Medicina Perinatal (septiembre 23 a 27 de 2011)
- 38) *Romero a, Valverde E. establecimiento de un sistema integral de vigilancia epidemiológica. Bol. Of. Sanit Panam s/a S/ed.*
- 39) Salamanca Castro, AB. El aeiou de la investigación en enfermería Madrid ed. 2013, fuden; 2013
- 40) Schwaracz R. Obstetricia 5ª.edición, 9ª. impresión, Buenos Aires, 1992.
- 41) Tzul, AM, el enfoque intercultural en la atención materno neonatal de Guatemala. CIESAS, Junio del 2005, año 1 num. 2
Universidad de costa Rica, Programa de sociedad de la información y el conocimiento, hacia la sociedad de la información y el conocimiento en Costa Rica, informe 2010, Imprenta San Jose, C:R: 2011
- 42) UNIVERSIDAD MESOAMERICANA, COSMOVISION MESOAMERICA, , AÑO 2011
- 43) Villatoro, Elba 1996 «El papel de la mujer en la atención obstétrica-pediátrica en Guatemala». Tradiciones de Guatemala, n.º 45, pp. 69-83.

44) [wikipedia.org/wiki/El_Progreso_\(Guatemala\)](http://wikipedia.org/wiki/El_Progreso_(Guatemala)) consultado enero 2014

45) www.derechoalavivienda.info/ consultado enero 2014

46) www.reproline.jhu.edu/spanish OMS. Investigación, trabajo de Parto y Parto. Consultado Julio 2013.

VIII ANEXOS

8.1. Anexo 1

Titulo del estudio: FACTORES QUE INTERVIENEN PARA QUE LA EMBARAZADA DE LA JURISDICCION DE SANARATE, EL PROGRESO, CONSIDERE LA ATENCION DEL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE ESTE MUNICIPIO.

Investigadora

Blanca Marilú García Azurdia

Licda. En Enfermería, estudiantes de maestría Materno neonatal en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El Gobierno a través del Ministerio de Salud pública y asistencia Social a implementado estrategias para disminuir el alto índice de mortalidad materna, y dentro de las cuales, esta promover la atención institucional del parto, por lo que se considera oportuno investigar los factores que intervienen en la embarazada, para que asista a los servicio.

Esta investigación no ofrece ningún riesgo, para ningún participante, ya que no quedara registrado datos específicos de cada persona lo que pretende es describir los factores por los que la mujer embarazada busca los servicios, y dependiendo de los resultados poder implementar un proyecto para facilitar el acceso.

Cualquier duda, puede consultar con el Director de este Centro quien ya autorizo la realización de la investigación, y si en determinado momento decide no continuar participando, esta en todo su derecho de abandonar el estudio, sin que esto perjudique.

Su identidad no se publicara en la presentación del informe final.

Luego de leído el formulario de consentimiento, voluntariamente consiento en participar en el.

Nombre y firma del participante: _____

8.2. Anexo 2

Universidad de san Carlos de Guatemala
Facultad de enfermería
Campus Central

Estudiante investigadora:
Blanca Marilú García Azurdia.

ACTORES QUE INTERVIENEN PARA QUE LA EMBARAZADA DE LA JURISDICCION DE SANARATE, EL PROGRESO, CONSIDERE LA ATENCION DEL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD DE ESTE MUNICIPIO.

Primera parte

Edad	
------	--

Primigesta		multípara		No. De hijos	
------------	--	-----------	--	--------------	--

Estado Civil

Con pareja		Sin pareja	
------------	--	------------	--

Estudios

ninguno		primaria		Básico		Diversificado		universitario	
---------	--	----------	--	--------	--	---------------	--	---------------	--

Situación laboral.

Ama de casa		Trabajo remunerado.	
-------------	--	---------------------	--

Situación de vivienda.

Casa propia		Con parientes		alquila	
-------------	--	---------------	--	---------	--

A continuación encontrará una serie de cuestiones con las que podrá estar de acuerdo o no, por favor indique lo que piensa en relación con cada una de las interrogantes, marque la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuestas.

1) totalmente de acuerdo 2) de acuerdo 3) ni de acuerdo ni en desacuerdo 4) en desacuerdo 5) totalmente en desacuerdo.

	Factores	1	2	3	4	5
	Factor económico					
1	Tengo disponibilidad económica para buscar el servicio de salud.					
2	Mi esposo no cuenta con empleo fijo					
	Factores institucionales					
3	Me satisface la atención que brinda el Centro de Salud					
4	Me preocupa que casi siempre solo hay auxiliares de enfermería en el servicio					
5	Pienso buscar un servicio privado.					
6	Pienso buscar un servicio de salud pública fuera del municipio					
7	Asistiré al IGSS					
8	Fui a chequeo al Centro de Salud y no fui bien atendida					
9	Aunque haya médico siempre nos atiende las auxiliares de enfermería					
10	Me gustaría que hubiera más privacidad en el servicio.					
11	Quisiera que entrara un familiar o la comadrona cuando atienden el parto					
12	He recibido mala atención en otras oportunidades en el servicios de salud					
13	buscare el centro de salud solo si no tengo otra opción.					
	Signos y señales de peligro					
14	Durante el control prenatal le hablaron de señales de peligro.					
15	Se que la hemorragia, salida de líquidos dolor fuerte de cabeza, otros, son señales que ponen en peligro mi vida o la de mi hijo/a					

	Plan de emergencia familiar.	1	2	3	4	5
16	Usted sabe a quién pedir ayuda si necesita que la lleven al Centro de salud					
17	Tiene contactado un vehículo para su traslado.					
	Factores culturales.					
18	Considera que la comadrona tiene capacidad para atender su parto					
19	Considero que encasa tengo más ventajas para la atención de mi parto.					
20	Piensa que la alimentación que le dan después del parto es adecuada. (no le provocara complicaciones)					

Gracias por su colaboración.

8.3. Anexo 3

PERMISO DEL AUTOR O AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la presente tesis, para propósitos de consulta académica, así como debe hacerse referencia cuando se cite de forma parcial o total los contenidos, sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.