

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO LOCAL Y COOPERACIÓN
INTERNACIONAL**



TESIS

**“CAUSAS DE MUERTE MATERNA Y SUS IMPLICACIONES EN EL
DESARROLLO HUMANO DE LOS CASOS REGISTRADOS EN EL CENTRO
DE SALUD DE ALDEA EL NARANJO, MUNICIPIO DE LA LIBERTAD,
DEPARTAMENTO DE PETÉN”**

LETICIA MARILÚ BARRIOS GABRIEL

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2021

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Rector: M. A. Pablo Ernesto Oliva Soto
Secretario: Dr. Gustavo Enrique Taracena Gil

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Directora: Dra. Mirna Aracely Bojórquez Medina de Grajeda
Secretaria Adjunta: Lcda. Enilda Patricia Salazar Trejo

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Directora: MSc. Celita Mahely Chacón Chinchilla de Prera

CONSEJO DIRECTIVO

REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada Delma Lucrecia Palmira Gómez
Licenciado Cuautemoc Barreno Citalán

REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES

Licenciada María de los Ángeles Quintanilla Quiñónez

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Armida Arely García Hernández
Julio César Xicay Puac

TRIBUNAL EXAMINADOR

**Directora del Departamento
Estudios de Postgrado** MSc. Celita Mahely Chacón de Prera

Profesional Invitada Dra. Angélica Lucía Aguilar Gutiérrez

Asesor Msc. Jaime Leonardo Tecú Guevara

“Los autores serán responsables de las
opiniones y criterios expresados en su obra”

Artículo 11 del reglamento del Consejo Editorial
de la Universidad de San Carlos de
Guatemala.

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por permitirme culminar con éxito esta meta de mi vida, y por las bendiciones, el coraje y la sabiduría que me dio para alcanzar mi meta y hacer realidad mi visión.

A MIS ABUELOS

Adán Barrios, Florentina Sandoval, Félix Gabriel y Juana Orozco. Gracias por sus oraciones y consejos, los amare por siempre. Que en paz descansen.

A MIS PADRES

Víctor R. Barrios Sandoval y Eulalia M. Gabriel Orozco.

Les dedico este triunfo, por la vida que me dieron y sus sabios consejos, con todo mi amor, cariño y respeto.

A MI ESPOSO

Héctor David Madrid Montenegro

Agradecimiento por su amor, cariño, apoyo, motivación y comprensión.

A MIS HIJOS

Víctor Gabriel y Gabriela Marilú, Madrid Barrios

Por ser parte importante en mi vida, son el mejor regalo que Dios me ha dado, los amo con todo mi corazón.

A MIS HERMANOS

Elvia de Jesús, Elba Coralia, Víctor Heriberto (+), Lily Hortencia, Esman Adelso, Hugo Antulio, Patricia Audelina, Cándida Flor, Victoria Maribel, Dios les bendiga, les guie y les ilumine su camino, los insto a seguir mi ejemplo.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Gloriosa Tricentenaria, máxima casa de estudios, por ser fuente de mi enriquecimiento académico.

A la Escuela de Trabajo Social y al Departamento De Postgrado Por darme el espacio de prepararme académicamente, eterno agradecimiento a las autoridades de Postgrado, por el valioso apoyo facilitado y por la asesoría recibida.

A mi Asesor **MSc. Jaime Leonardo Tecú Guevara**, por su conocimiento y experiencia, fortaleciendo los resultados del presente informe.

A mi catedrático **Msc. Edgar Desiderio Menchu R.** por su apoyo y motivación.

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Preguntas de investigación	4
1.2 Justificación.....	4
1.3 Alcances y límites.....	5
1.3.1 Alcances	5
1.3.2 Límites	5
1.3.3 Área geográfica.....	6
1.3.4 Ámbito temporal	7
1.3.5 Unidad de análisis	7
1.4. Objetivos de la investigación.....	7
1.4.1 General	7
1.4.2 Específicos.....	7
1.5 Metodología.....	8
1.6. Método.....	9
1.7 Tipo de investigación.....	10
1.7.1 Sujetos de investigación.....	10
1.7.2 Población y muestra.....	11
1.7.2.1 Población	11
1.7.2.2 Muestra	12
1.7.2.3 Identificación de la muestra.....	12
1.8 Técnicas e instrumentos utilizados.....	13
1.9 Etapas del proceso.....	13
1.9.1 Etapa de gabinete	13
1.9.2 Revisión de la bibliografía	14
1.9.3 Elaboración y prueba de instrumentos	14

1.9.4 Investigación de campo.....	14
1.9.5 Tabulación de los datos	16
1.9.6 Análisis de información	16
CAPÍTULO II	17
ESTADO DEL ARTE	17
2.1 Estadísticas sanitarias mundiales.....	17
2.2 Más allá del conflicto, luchas por el bienestar.....	17
2.3 Encuesta nacional de salud materno infantil ENSMI.....	17
2.4 Guatemala reduce la mortalidad materna.....	18
2.5 Nota descriptiva No. 348. Mortalidad materna	18
2.6 Informe final del estudio nacional de mortalidad materna.....	18
2.7 Objetivos de desarrollo sostenible.....	19
2.8 Informe sobre equidad en salud (2016)	19
2.9 Universidad de San Carlos de Guatemala (2012) Facultad de Ciencias Médicas.....	19
2.10 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	20
2.11 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.....	20
2.12 Universidad de San Carlos de Guatemala.....	20
2.13 Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID	21
2.14. Mack (2007) Sistemas de Salud.....	21
CAPÍTULO III.....	23
EL CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	23
3.1. Condiciones de vida y desarrollo humano en el departamento de Petén.....	23
3.2 Situación de muertes maternas en Guatemala.....	25
3.3 Distribución política-administrativa de los servicios de salud en el	

departamento de Petén.	26
3.4 Breve historia sobre los servicios que brinda el Ministerio de Salud.....	27
3.5 Antecedes del servicio prenatal.....	28
3.5.1 Servicios que se cubrían hasta los años ochenta en el departamento de Petén.....	29
3.6 Caracterización de los centros de salud y tipos de servicios que prestan.....	29
3.7 Instituciones vinculadas a la atención de mujeres embarazadas en el departamento de Petén.....	31
3.7.1 Oficina Municipal de la Mujer.....	31
3.7.2 Sociedad Civil Sew Hope.....	31
3.7.3 Asociación Tan Uxil.....	32
3.7.4 Programa de salud reproductiva.....	33
3.7.5 Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del presidente SOSEP.....	34
3.7.6 Clínica Juvenil del hospital nacional de San Benito, Petén.....	34
3.7.7 Universidad San Carlos de Guatemala – Centro Universitario de Petén-.....	35
3.8 Caracterización de la comunidad de El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.....	36
3.9 Caracterización de los servicios.....	39
3.10.4 Área de intervención.....	40
3.11 Situación de muertes maternas en la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.....	40

CAPÍTULO IV.....	41
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	41
4.1. Salud materna y neonatal.....	42
4.2. Salud materna infantil.....	44
4.3. Causas de muertes maternas.....	44
4.4. Salud reproductiva.....	45
4.5. Las muertes maternas y su relación con la salud reproductiva.....	46
4.6. Factores socioeconómicos que provocan muertes maternas.....	48
4.7 Los derechos humanos y la salud materno infantil.....	50
4.8 Marco legal nacional de la salud materna como derecho.....	51
4.9 Desarrollo humano.....	57
4.10 Muertes maternas y su implicación en el desarrollo humano.....	61
4.11 La cooperación internacional en Guatemala	61
4.12 Incidencia de la cooperación internacional en la reducción de las muertes maternas.....	62
CAPÍTULO V.	65
PRESENTACIÓN, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	65
5.4 Análisis de hallazgos.....	97
5.4 Conclusiones.....	105
5.5 Recomendaciones	108
Capítulo VI.	109
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	109
6.1 Datos de identificación	109
6.2 Antecedentes del problema	109
6.3 Descripción del proyecto.....	110
6.4 Justificación.....	111
6.5 Objetivos	112
6.6 Metas.....	113
6.7 Indicadores.....	113

6.8	Actividades.....	114
6.9	Recursos.....	116
6.10	Presupuesto.....	117
6.11	Cronograma de actividades	117
	REFERENCIAS	119
	ANEXOS.....	126

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Casos de muerte materna registradas en las comunidades cercanas a la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.....	12
Tabla 2. Estimación de costos del proyecto.....	116

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la pobreza en el departamento de Petén.....	24
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Acceso a un Centro de Salud para control del embarazo	66
Gráfica 2. Mujeres que tomaron multivitamínicos	68
Gráfica 3. Mujeres que tomaron ácido fólico	69
Gráfica 4. Lugar donde ocurrió el parto	70
Gráfica 5. Razones por las que no asistió a un Centro de Salud para la atención del parto	72
Gráfica 6. Principal actividad económica de la familia	74
Gráfica 7. Miembros del hogar que trabajan para el sostenimiento	75
Gráfica 8. Promedio de ingreso mensual en los hogares	76
Gráfica 9. Distribución de los ingresos mensuales en los hogares	78
Gráfica 10. Promedio de integrantes por familia	80
Gráfica 11. Personas responsables del cuidado de los niños huérfanos	81
Gráfica 12. Hijos que continúan estudios	82
Gráfica 13. Hijos que reciben control y asistencia médica	83
Gráfica 14. Tipo de control y asistencia médica que reciben los hijos que han quedado sin cuidados maternos.	84
Gráfica 15. Comunicación entre los miembros de la familia	86
Gráfica 16. Existencia de un plan de monitoreo y equipamiento en el Centro de Salud para mujeres embarazadas	87
Gráfica 17. Tipo de apoyo que reciben las mujeres embarazadas en los centros de salud.	90
Gráfica 18. Actividades de prevención de muertes maternas por embarazo que realizan en la comunidad	92

Gráfica 19. Actividades que realiza el centro de Salud para atender a mujeres que no asisten al control prenatal. 95

Índice de Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista dirigida a miembros de los núcleos familiares	126
Anexo 2. Entrevista dirigida al personal del Centro de Salud del Naranjo, Libertad	130
Anexo 3. Guía de entrevista dirigida a mujeres embarazadas	132
Anexo 4. Guía de entrevista dirigida al Director del Distrito de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén	134
Anexo 5. Entrevista dirigida a personal de la Procuraduría de Derechos Humanos	136

RESUMEN

La presente investigación fue realizada en el Centro de Salud de la aldea El Naranjo, jurisdicción del municipio de La Libertad, departamento de Petén, cuyo objetivo principal fue analizar las causas de muerte materna y sus implicaciones en el Desarrollo Humano de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén. Se tuvo acceso a los casos registrados en la institución, de la cual se derivaron cinco unidades de análisis siendo las siguientes: a) tres familiares por caso ocurrido, mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud, personal que allí labora, Director del distrito de Salud de la aldea el Naranjo y delegado de la procuraduría de los Derechos Humanos.

La investigación fue realizada bajo el enfoque cuantitativo descriptivo para lo cual se apoyó de los métodos inductivo y analítico, que permitió estudiar la problemática de manera detallada desde el contexto social y cultural. Así mismo se empleó la técnica de la entrevista estructurada con un cuestionario de preguntas cerradas para la recogida de información en la que se tuvo como principales resultados que un 45% de las mujeres que fallecieron no tuvieron acceso a un centro asistencial para el control prenatal, un 76% de ellas fueron atendidas por comadronas sin ser referidas a tiempo un hospital para asistencia médica profesional, y dentro de las principales causas de muerte se encuentran: La hemorragia y la presión alta o hipertensión.

Esta problemática afecta directamente al desarrollo humano de los hijos que quedan en la orfandad debido a que solo un 36% tuvo acceso a los primeros años de la educación primaria y un 76% tuvo problemas de desnutrición, repitencia escolar, sin acceso a un empleo digno para mejorar sus condiciones de vida con trabajos de jornales en fincas privadas sin acceso a la tierra para su propiedad, en el caso de los varones aunque para las niñas las tareas domésticas se convierten en una causal para abandonar el hogar y convertirse en madres a temprana edad.

Palabras claves: muertes maternas, desarrollo humano, calidad de vida, educación, acceso a la tierra.

INTRODUCCIÓN

La Asamblea General de las Naciones Unidas, de la cual el Estado de Guatemala es Miembro; se comprometió en el año 2000 con una agenda de desarrollo que fija objetivos a ser alcanzados en el año 2015.

Esta tomó el nombre de Declaración del Milenio y los ocho objetivos consignados en la misma, siendo conocidos como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El objetivo 5 pretende mejorar la salud materna y la reducción de la mortalidad en un 75% entre 1990 y 2015. Del cual para el año 2013 solamente se tienen datos estadísticos del 45% a nivel mundial y el 49% en el país de Guatemala.

La investigación denominada “Causas de muerte materna y sus implicaciones en el desarrollo humano de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de La Libertad, departamento de Petén” estableció como principal objetivo establecer una relación de causa y efecto de la problemática planteada desde la perspectiva del desarrollo humano tomando; debido a que las causales del estudio tienen su origen en la pobreza y extrema pobreza que se evidencia en la población, principalmente indígena y del área rural.

Por lo tanto, la presente investigación analizó el problema de muerte materna de los casos registrados en el Centro de Salud, en Aldea el Naranjo, municipio de La Libertad, departamento de Petén, debido al número de casos registrados durante los últimos cinco años (2009-2015) los cuales ascienden a un total de 14 casos de muertes maternas; según informes del centro de salud de la aldea El Naranjo, esto como consecuencia; en primer lugar, por la falta de información a grupos comunitarios y familiares y el escaso acceso a los servicios de salud donde puedan recibir una atención obstétrica con habilidad o competencias humanas y equipo básico para la intervención oportuna y eficaz; pero también, en segundo lugar, por las condiciones de pobreza o pobreza extrema que viven muchas familias rurales.

El estudio se encuentra estructurado de la siguiente manera:

El capítulo I, contiene el planteamiento del problema con sus respectivas preguntas de investigación, la justificación de la investigación que responde al qué, y para qué del estudio realizado, este apartado también define los objetivos, la unidad de análisis y la descripción detallada de la metodología que se utilizó en el proceso.

El capítulo II, contiene el Estado del Arte, debido a que éste permite aclarar algunos aspectos durante el planteamiento del problema, genera información actualizada ya que orienta a la diversidad de actores y permite la fluidez de una red de referencias necesarias que contribuyen a enriquecer la investigación.

El capítulo III, incluye el contexto de la investigación, lo cual proporciona un acercamiento con la realidad abordada desde la institución, los servicios que brinda y las condiciones de atención a las mujeres embarazadas que asisten a sus controles prenatales, de igual manera se hace mención sobre las instituciones que tienen similitud en los servicios en la prevención de muertes maternas.

El capítulo IV, contiene la fundamentación teórica que sustenta la investigación, para lo cual fue necesario analizar la información relacionada al tema.

El capítulo V, es la presentación, discusión y análisis de resultados, por lo que se presentan a través de figuras con sus respectivos análisis, además contiene las conclusiones respectivas sobre el estudio realizado. El informe también incluye la propuesta de intervención con la cual se espera dar cobertura de la información necesaria a las mujeres en periodos de gestación por lo menos en dos idiomas maternos considerando que la población en su mayoría es indígena.

Capítulo I

Planteamiento y definición del problema

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, MSPAS (2017) en su informe de país situación de la mortalidad materna 2014 -2015, indica lo siguiente:

Si se compara Guatemala en el contexto latinoamericano para el año 2015, el país ocupó el sexto lugar en mortalidad materna y con relación al informe de país 2013, se ocupaba el cuarto lugar entre los países con mayor número de muertes maternas, considerándose una de las causas principales la hemorragia y la hipertensión siendo las más afectadas aquellas mujeres cuyo nivel de escolaridad era nulo en un 33% sobre las mujeres fallecidas (p.16)

Esta investigación surge como una inquietud de conocer a fondo las causas de muertes maternas en el departamento de Petén, específicamente en la aldea El Naranjo, jurisdicción de la Libertad, en donde se registraron numerosos casos durante los últimos cinco años.

De acuerdo con el MSPAS (2017), las muertes maternas es un evento que puede prevenirse toda vez se aplique un programa de vigilancia adecuado y oportuno, el cual es necesario desarrollarlo a nivel nacional, considerando que las muertes maternas son un problema social que afecta directamente al núcleo familiar, que tiene consecuencias, sociales y económicas para el país.

La mortalidad materna es un problema social que afecta el bienestar físico y socioeconómico de las familias y de las comunidades. Se manifiesta con mayor frecuencia en las mujeres pobres, desposeídas, analfabetas, residentes en áreas rurales o en condiciones de marginalidad y pertenecientes principalmente a poblaciones indígenas.

De acuerdo con el Estudio de Desigualdades en Salud en Guatemala de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (2016) manifiesta lo siguiente:

Los grupos más vulnerables son aquellos que viven en las zonas rurales, pobres y en su mayoría indígenas, se menciona en la investigación que “Izabal y Petén” registran alto índice de mortalidad materna con tasas de 149.7 y 131.8. La OPS señaló que, a excepción de estos departamentos, el resto son montañosos, rurales, con población mayoritariamente indígena y pobre. (p.67)

En el municipio de la Libertad, departamento de Petén, en el año 2015 se registraron 14 muertes maternas, en el departamento de Peten, se registraron 100 muertes maternas y a nivel nacional en Guatemala en el año 2015 fallecieron 2,947 mujeres, de las cuales 431 fueron muertes maternas. (MSPAS, 2016, p.67)

La aldea El Naranjo es una de las 80 comunidades que forman el municipio de La Libertad, departamento de Petén. Se convirtió en el año 2011 en la tercera aldea del municipio. Su desarrollo socioeconómico se ha incrementado en los últimos años debido a actividades comerciales de tipo agrícola y ganadera. También es notorio su crecimiento poblacional que viene acompañado de problemas sociales marcados por la desigualdad social y la pobreza.

Históricamente muchos son los problemas socioeconómicos que afectan a las familias de las comunidades rurales del país; problemas como el acceso a la tierra, a los servicios educativos y de salud; entre otros.

Con relación al tema de salud, la cobertura de los servicios es insuficiente debido a que el personal existente no cubre las necesidades de atención de la población necesitada; no existe una red de infraestructura adecuada que llegue a todo el territorio nacional, en especial en el área rural y se carecen de medicamentos de prevención y curación.

Para el caso de la aldea El Naranjo, es importante mencionar que existe un centro de salud tipo B, el cual tiene personal adecuado para la atención en el lugar, no obstante, existen comunidades asentadas en áreas protegidas en donde la ley prohíbe la vivienda permanente debido a que son áreas de conservación y cuidado dentro de la zona montañosa de la Reserva de la Biosfera Maya, y aunque el gobierno les provee el servicio de educación, no así el servicio de salud debido a que no cuentan con recursos e insumos para visitar frecuentemente todas las comunidades, pues se carece de transporte, combustible, viáticos y hasta de medicamentos que es el principal recurso para realizar las jornadas médicas.

De acuerdo a la información proporcionada por el Centro de Salud de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, entre los años 2009 y 2015 se registraron 14 casos de muertes maternas; como consecuencia, posiblemente, de la escasa o nula información y preparación del recurso humano para brindar una atención obstétrica adecuada; por falta de equipo básico para la intervención oportuna y eficaz o por no existir programas y estrategias de planificación y bienestar familiar.

Este estudio se delimitó geográficamente a la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén; por ser el área rural del departamento donde más se han registrado casos de muertes maternas; debido a muchas causas y factores de tipo social y económico originados por la pobreza y pobreza extrema imperante en el área.

La información existente sobre el tema refleja una problemática social sin resolver por lo que esta investigación analizó las causas de la mortalidad materna de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.

1.1 Preguntas de investigación

Para efecto de la investigación se plantearon las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las principales causas que provocaron las muertes maternas?

¿Cuáles son los efectos socioeconómicos que provocaron las muertes maternas y como inciden en el desarrollo humano del contexto familiar?

¿Qué medidas de prevención se realizan durante el embarazo para evitar la muerte materna?

¿Qué acciones implementa actualmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para reducir la mortalidad materna?

1.2 Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2013):

“la mortalidad materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o pocos días después de éste, en la cual se estima que del 50 al 90% de las muertes maternas son prevenibles y las mismas ocurren en un 70% dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo”. (p.6)

Las muertes maternas se consideran como un problema social de trascendencia actual ya que es una condición que trae como consecuencia familias inestables con hijos huérfanos o inclusive familias desintegradas con problemas psicológicos, económicos, educativos y sociales; que afectan de forma directa a los hijos e hijas, especialmente a los más pequeños.

Debido al número de casos registrados de muertes maternas en el centro de salud de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, que representa un porcentaje significativo en relación a toda el área rural del departamento; esta investigación buscó analizar las causas de la mortalidad materna en el área en mención, buscando nuevos datos; confiables y actualizados, de esta problemática social; los cuales pueden ser utilizados para nuevos estudios que persigan crear políticas y estrategias de solución y prevención de esta situación y que minimice los riesgos en la seguridad personal y familiar.

La investigación se realizó respondiendo a la inquietud de que los casos de muertes maternas por lo regular no se mencionan con facilidad, además el problema social que ocasiona es grande ya que los hijos son quienes padecen del daño colateral afectándoles su calidad de vida y bienestar, algunos logran superarse en todos los aspectos sin embargo la mayoría que reside en el área rural no tiene las mismas oportunidades de acceso al desarrollo humano.

1.3 Alcances y límites

1.3.1 Alcances

Esta investigación buscó analizar las causas de muerte materna y sus implicaciones en desarrollo humano, de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, proveniente de once comunidades aledañas del lugar.

1.3.2 Límites

Para llevar a cabo el estudio, se tomó como sujetos de investigación a miembros de las familias de las víctimas acaecidas, mujeres embarazadas que asisten a sus controles prenatales, personal que labora en el Centro de Salud del Naranjo, Libertad, Petén, profesionales y autoridades que laboran con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Delegado Regional de la Procuraduría de Derechos

Humanos en Petén y personal que asiste a las comunidades que a continuación se mencionan:

- Caserío Santiaguito
- Caserío la Primavera
- Caserío Las Ruinas
- Caserío El Corozal
- Caserío Nuevo San José
- Aldea La Caoba
- Caserío La Bomba
- Caserío el Juleque II
- Caserío Sagrado Corazón
- Aldea El Mango

Todas las comunidades en donde se ubicaron los familiares de las mujeres fallecidas se ubican en el área rural del municipio de La Libertad, Petén, por la relevancia de este estudio debería realizarse en el departamento de Petén, sin embargo derivado de las circunstancias esta investigación se circunscribe únicamente al área geográfica mencionada del municipio de la Libertad, por lo tanto los datos obtenidos serán válidos únicamente en el área de referencia y no podrá generalizarse a otros municipios del departamento de Petén.

1.3.3 Área geográfica

La investigación tiene como punto de referencia principal la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, específicamente los casos de muerte materna allí registrados, sin embargo debido a la importancia de conocer las implicaciones en el desarrollo humano que se generan a través de la problemática, se abordaron los núcleos familiares de las pacientes víctimas de este flagelo, lo cual permitió abordar, diez comunidades más en donde se registraron casos durante los cinco años anteriores a la investigación.

1.3.4 Ámbito temporal

La investigación se llevó a cabo haciendo un análisis de los casos registrados durante 2009 al 2014, en el Centro de Salud del Naranjo, Libertad, Petén. Posteriormente se llevó a cabo la fase de campo en donde se abordaron los núcleos familiares afectados por este flagelo social.

1.3.5 Unidad de análisis

La unidad de análisis se centró en los casos de muertes maternas registrados en el Centro de Salud de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, sin embargo, para profundizar la problemática fue necesario conocer las opiniones de los miembros de las familias de las víctimas acaecidas, así como del personal, profesionales y autoridades que laboran con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1 General

Analizar las causas de muerte materna y sus implicaciones en el Desarrollo Humano de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.

1.4.2 Específicos

- Identificar las principales causas que provocaron las muertes maternas de los casos registrados en el Centro de salud de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.

- Establecer los efectos socioeconómicos de las muertes maternas y sus implicaciones en el desarrollo humano del contexto familiar.
- Determinar las medidas de prevención realizadas por el Estado durante el proceso de embarazo para evitar la mortalidad materna.
- Identificar las acciones que actualmente realiza el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social ante los casos registrados de muertes maternas.

1.5 Metodología

Se partió sobre la base de que la metodología es el conjunto de orientaciones teóricas que incluye las técnicas e instrumentos, así como el método que orientan a la recolección de información para el logro de los objetivos, misma que fue pensada congruentemente considerando el enfoque y alcance de la investigación.

Es importante mencionar que se abordaron cinco actores en diferentes escenarios con el fin de estudiar detenidamente las causas de las muertes maternas y su incidencia en el desarrollo humano, de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, siendo la investigación cuantitativa descriptiva, permitió conocer los núcleos familiares de las madres acaecidas por diferentes causas durante la labor del parto, a través de entrevistas estructuradas con un cuestionario de preguntas cerradas.

El Centro de Salud de la aldea el Naranjo, se encuentra ubicado a más de 120 kilómetros del área central del departamento de Petén y por su ubicación fronteriza existe una constante migración de familias que ponen en riesgo su vida y salud, a la vez que es el único que cuenta con médicos especializados en la región, las comunidades circunvecinas solamente cuentan con centro de salud y la mayoría es atendida por enfermeros auxiliares y no atienden las 24 horas del día. En esta institución se conocieron los expedientes de los casos por muerte materna, lo cual

permitió la ubicación de las familiares, quienes también fueron abordados para conocer de qué manera incidió lo ocurrido en el desarrollo humano de los demás miembros de la familia.

1.6. Método

El método es la selección de operaciones intelectuales y físicas que se desarrollan para realizar una investigación y que permite llegar a un fin determinado, orienta el proceso sistemático y lógico para el logro de los objetivos, por el enfoque y naturaleza de la investigación se aplicó el método inductivo-analítico. (Piloña, A. 2012, p.41).

Se utilizó el método Inductivo el cual orientó desde la búsqueda de información de lo particular a lo general, se apoya de la observación y los aspectos fundamentales que constituyen la realidad de la problemática abordada, contribuyó para generar información nueva proveniente de diversos ángulos de la realidad objeto de estudio. En este sentido el caso estudiado permitió conocer por separado la realidad concreta de cada familia y las razones, causas y motivos que incidieron en las muertes maternas son diferentes, pero al final prevalece la falta de atención medica por especialistas en la atención de embarazos.

También se recurrió al método analítico, este método tiene la particularidad de estudiar y comprender la realidad desde un todo y separarlos por partes a la vez para conocer su particularidad y relación entre cada una de ellas. En este sentido se aplicaron entrevistas a los núcleos familiares, personal que labora en los centros de salud de las comunidades donde sucedieron las muertes maternas, Procurador de los Derechos Humanos y Director del Centro de Salud del Naranjo la Libertad, Petén.

1.7 Tipo de investigación

La investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo con un alcance descriptivo, porque se buscó obtener de las familias que han perdido a un ser querido sus opiniones y datos que reflejen las causas de la Muertes Maternas, así como los datos de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.

1.7.1 Sujetos de investigación

Los sujetos de investigación estuvieron constituidos por: 42 núcleos familiares de las víctimas de muertes maternas, ubicadas en 10 comunidades adyacentes a la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén. Se priorizaron los familiares de las víctimas debido a que son las personas cercanas y se considera que de alguna u otra manera tuvieron información sobre los antecedentes del embarazo, es por ello que se prioriza entrevistar a los padres, esposos y/o tíos cercanos, con el fin de obtener la mejor información posible sobre la realidad social vivida.

Las mujeres embarazadas que asistían a sus controles prenatales en el centro de Salud de la aldea El Naranjo, forman parte de los sujetos de la investigación, por lo que se abordaron 15 de ellas de manera aleatoria, en los días de consulta prenatal. Así mismo se entrevistamos a 25 empleados de los centros de salud de las 11 comunidades abordadas, con el fin de conocer a profundidad sobre las disposiciones con que cuentan, ya sea en equipo, materiales e insumos disponibles para la atención a las mujeres embarazadas que requieren atención prenatal.

También se entrevistó al Delegado Regional de la Procuraduría de los Derechos Humanos de la Región Norte y a un Director del Distrito de Salud.

1.7.2 Población y muestra

1.7.2.1 Población

En este estudio la población que se consideró para el estudio fueron las siguientes:

- Cuarenta y dos familiares de los casos identificados como muerte materna y que habitan en las comunidades siguientes: Caserío Santiaguito, El Corozal, La Primavera, Las Ruinas, Nuevo San José, La Caoba, El Juleque, El Mango, Sagrado Corazón, La Bomba y Aldea El Naranjo, (en las últimas tres, se han registrado dos casos) las cuales son atendidas por el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén. En donde la población encuestada fue de tres familiares de las fallecidas que hayan evidenciado la complicación que se dio en el parto, teniendo como resultado la muerte materna, esto hace un total de cuarenta y dos personas en estudio.
- Personal del servicio de salud responsable de promocionar y aplicar las estrategias establecidas por el Gobierno de Guatemala, a través de los programas implementados en los temas de salud. En donde se trabajará con el 100% de la población, total de veinticuatro profesionales en salud, de la siguiente manera:
- Un Director del Distrito de Salud del Naranjo, Libertad, Petén
- Un Delegado Regional de la Procuraduría de los Derechos Humanos de la Región Norte y
- Quince mujeres embarazadas que asistían a sus controles prenatales

1.7.2.2 Muestra

La muestra se caracterizó como no probabilística, fue dirigida a aquellas familias que han perdido a un ser querido a causa de la mortalidad materna, esto se hizo específicamente con los grupos familiares de las 14 mujeres fallecidas y el personal del Centro de Salud que brindó atención a los casos registrados de muertes maternas. Para ello se definieron cuatro estratos que permitieron aportar la información necesaria a efecto de dar respuesta a los objetivos planteados para la investigación.

1.7.2.3 Identificación de la muestra

Como se indica en el apartado anterior se dividió la muestra en cuatro estratos o subgrupos para abordar la problemática social objeto de estudio, en primer lugar, se detalla en la tabla siguiente los casos identificados por comunidad.

Tabla 1.

Casos de muerte materna registradas en las comunidades aledañas a la aldea El Naranjo, la Libertad, Petén

No.	Comunidad	No. de casos	Año de defunción
1	Santiaguito	1	2009
2	El Corozal	1	2009
3	El Naranjo	2	2009 y 2013
4	Sagrado Corazón	2	2009 y 2013
5	La Bomba	2	2010 y 2012
6	La Primavera	1	2011
7	Las Ruinas	1	2012
8	Nuevo San José	1	2012
9	La Caoba	1	2013
10	El Juleque	1	2013
11	El Mango	1	2014
TOTAL		14	

Fuente: (Distrito de Salud, El Naranjo, Libertad, Petén, 2014)

1.8 Técnicas e instrumentos utilizados

a) Entrevista estructurada

Una de las técnicas empleadas durante la investigación fue la entrevista debido a que permite el acercamiento con los involucrados en la investigación.

b) Instrumentos

Como apoyo a la técnica se diseñó un cuestionario con preguntas cerradas basadas en los objetivos que guiaron la investigación, este contribuyó en facilitar la recogida de datos.

1.9 Etapas del proceso

Para propósito de esta investigación se dio seguimiento a las recomendaciones propuestas por Hernández (2000), lo cual permitió la planeación ordenada y lógica de los procesos metodológicos y técnicos que facilitaron la planeación, delimitación del problema, formulación de objetivos, construcción de la teoría que sustenta esta investigación y el análisis e interpretación de resultados. Entre las fases realizadas se puede mencionar:

1.9.1 Etapa de gabinete

Esta etapa fue desarrollada en dos partes: la primera corresponde a la construcción del anteproyecto de investigación. Durante esta etapa se recabó la información a través de consultas bibliográficas y la recopilación de antecedentes de los expedientes que contienen datos relacionados al tema, los cuales se investigarán en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.

1.9.2 Revisión de la bibliografía

Esta fase incluyó la búsqueda de la información para la construcción del estado del arte, y construcción del marco teórico, para lo cual fue necesario recurrir a memorias de labores institucionales del Ministerio de Salud, políticas públicas relacionadas al tema, leyes, registros y expedientes fenecidos en el Centro de Salud de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.

La revisión bibliográfica fue un proceso constante que permitió conocer las teorías y conocimientos que explican y definen claramente la situación de las muertes maternas en el país y la región norte de Petén.

1.9.3 Elaboración y prueba de instrumentos

En esta fase y con base a los objetivos de la investigación se elaboró una guía semiestructurada como instrumento de apoyo a la entrevista a cinco actores involucrados en la problemática siendo: Los núcleos familiares de las víctimas acaecidas, mujeres en estado de gestación, empleados de centros de salud, Director del área de salud del Distrito del Naranjo, La Libertad y procurador de Derechos Humanos.

1.9.4 Etapa de campo

La recopilación de la información se realizó a través de los grupos familiares en 11 comunidades donde se han registrado casos de muerte materna para lo cual se tuvo la oportunidad de visitarlos directamente en el contexto de sus hogares. Es importante mencionar que cada comunidad se encuentra alejada del Centro de Salud del Naranjo, así mismo se encontraron casos en los que las comunidades solo eran referencias debido a que en realidad los acontecimientos se dieron dentro de parcelamientos y fincas privadas aledañas a las comunidades de referencia.

Además de los núcleos familiares se abordó determinado grupo de empleados del Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, donde se entrevistaron a los profesionales de salud responsables de brindar sus servicios con el fin de reducir la mortalidad materna en las comunidades ya mencionadas.

En la etapa de campo también se entrevistaron a mujeres en estado de gestación, con el fin de obtener información sobre el servicio que brindan en el centro asistencial y sobre las afecciones más comunes durante la etapa de embarazo. De igual manera se entrevistó al Director del Centro de Salud y al Procurador de los Derechos Humanos del departamento de Petén, para conocer la opinión en relación al tema.

Para la elaboración del presente documento se realizó el siguiente proceso:

- Visitas comunales

Se visitaron las comunidades antes mencionadas en donde se registraron muertes maternas, con el fin de identificar cuáles son las causas que inciden en la salud materna. Con esta acción se da inicio con el proceso de investigación, registro de datos y organización de información.

- Reuniones grupales

Se realizaron reuniones grupales con los familiares de las fallecidas, con el fin de aplicar el instrumento desarrollado para la recopilación de información necesaria en la presente investigación.

- Entrevistas

Se realizaron con los familiares de las fallecidas y a los profesionales de la salud de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.

- Unificación de la información

Se recabó información en páginas de internet, libros, folletos, trifoliales y Sistema Gerencial en Salud (SIGSA web) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, los cuales se utilizarán como base para la elaboración del documento.

1.9.5 Tabulación de los datos

Una vez recabada la información mediante la etapa de campo, se procedió al vaciado de esta, haciendo uso de hojas electrónicas en el programa de cómputo Microsoft Excel, creando cuadros o tablas para el ordenamiento de los datos en el caso de los datos estadísticos proporcionados por el Centro de Salud.

1.9.6 Análisis de información

Se realizó el análisis e interpretación de la información utilizando matrices y gráficos a través de los resultados obtenidos durante la investigación. Así mismo se confrontó con los objetivos planteados para verificar el cumplimiento y alcance de estos.

CAPÍTULO II

Estado del arte

2.1 Estadísticas sanitarias mundiales. (2014)

Organización Mundial de la salud, OMS. Documento pdf. Realizado en los 194 Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas ONU. Explica las Razones de Mortalidad Materna. Expone la Mortalidad Materna Prevenible. También describe Tablas y gráficos de porcentajes de la Cobertura de Atención Prenatal en los países miembros, incluida Guatemala.

2.2 Más allá del conflicto, luchas por el bienestar. 2015-2016. (2016)

Informe nacional de desarrollo humano. Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Documento pdf. Realizado en Guatemala. Describe el acceso a la salud desde la perspectiva de los servicios públicos. Explica las razones por las que personas usan los servicios públicos y no privados.

2.3 Encuesta nacional de salud materno infantil ENSMI. 2014-2015

Noviembre de 2015. Informe de Indicadores Básicos. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Documento pdf. Realizado en Guatemala. Describe los niveles y tendencias de la fecundidad; en grupos vulnerables, especialmente indígenas rurales. Explica y describe la salud reproductiva y la Mortalidad Infantil. Describe las características de las mujeres entrevistadas.

2.4 Guatemala reduce la mortalidad materna. (2015)

Tendencias de la Mortalidad Materna: 1990-2015. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS. Guatemala C.A. Documento pdf. Describe la reducción de las muertes maternas en el lapso del 1990 al 2015. En el quinquenio de 2010-2015 la reducción estimada es del 19%. El Informe utiliza en sus estimaciones los datos nacionales disponibles sobre mortalidad materna de 183 países.

2.5 Nota descriptiva No. 348. Mortalidad materna. (2015)

Organización Mundial de la Salud, OMS. Guatemala, C.A. Documento pdf. Define la mortalidad materna y describe los factores sociales y económicos que inciden en esta problemática social. Explica las causas de las muertes maternas. Explica las soluciones para prevenir las muertes maternas.

2.6 Informe final del estudio nacional de mortalidad materna. (2011)

Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia SEGEPLAN; Ministerio de Salud Pública y Asistencia social MSPAS. Guatemala, C.A. Documento pdf. Describe los antecedentes legales e históricos de la mortalidad materna en Guatemala. Explica las definiciones operativas de muerte materna. Describe la mortalidad materna por departamento, área y etnia.

2.7 Objetivos de desarrollo sostenible. Agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. CEPAL (2016).

Objetivo No. 3. Salud y Bienestar. Para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades. La meta No. 1, del objetivo No. 3, indica que de aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 1000,000 nacidos vivos.

2.8 Informe sobre equidad en salud (2016). Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal de la niñez y adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas. UNICEF (2016)

Se trata de un sólido informe basado en evidencias que invita a vivificar la voluntad de trascender el statu quo de la desigualdad para avanzar hacia el efectivo goce del derecho a la salud y garantizar el acceso a servicios de calidad particularmente para adolescentes y mujeres.

2.9 Universidad de San Carlos de Guatemala (2012) Facultad de Ciencias Médicas. Factores asociados a la mortalidad materna. Tesis de grado.

Estudio de casos y controles realizados en los municipios de Antigua Guatemala, Jocotenango, Pastores, Santiago Sacatepéquez, Sumpango, San Lucas Sacatepéquez, Santo Domingo Xenacoj y San Bartolomé Milpas Altas, Sacatepéquez. El autor sistematiza los casos registrados en los municipios citados, dentro de los cuales prevalecen que los casos donde se dio el suceso son personas analfabetas y mujeres mayores de 35 años. También afirma que las causas de mortalidad materna son susceptibles a la prevención y la parte importante radica en preparar a las comadronas para referir a tiempo a las pacientes a los centros asistenciales.

2.10 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2017). Informe de País. Situación de la mortalidad materna en Guatemala de los años 2014-2015.

El informe muestra la situación de Mortalidad Materna de los años 2014-2015, identifica los departamentos y municipios más afectados, analiza el perfil de las mujeres que fallecieron por causas relacionadas a la maternidad, los servicios de salud a los que tuvieron acceso y el análisis de las causas de las muertes; estas categorías permitieron orientar los esfuerzos del sector público y privado para evitar la mayor cantidad de muertes maternas.

2.11 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de epidemiología. Análisis de la situación Mortalidad Materna (2017)

El Ministerio de Salud informa que la vigilancia epidemiológica de las muertes maternas en Guatemala continúa siendo una prioridad asignada por las autoridades de salud y permite contar con información oportuna, pertinente y de calidad para facilitar la toma de decisiones. Actualmente la vigilancia de la embarazada y de las muertes en mujeres en edad fértil para la detección de la muerte materna ha tenido grandes adelantos, pero no deja de ser prioridad en los ejes de intervención.

2.12 Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Caracterización de las muertes maternas por hemorragia obstétrica en el hospital Roosevelt (2017). Tesis de grado

La autora presenta como resultado final al estudio que las fallecidas eran jóvenes, casadas, del área rural, con escolaridad primaria, sin cesárea anterior y no llevaron control prenatal. La causa de hemorragia más frecuente en el anteparto fue aborto y el post parto, atonía uterina. Siete de cada diez pacientes que ingresaron

al hospital fueron referidos y la tasa de mortalidad específica fue de 56 defunciones secundarias a hemorragias por cada cien occisas.

2.13 Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID (2015). Guatemala, análisis del sistema de salud.

El Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud (HFG) empleó el enfoque de Análisis del Sistema de Salud, (HSA) para llevar a cabo una rápida evaluación del sistema de salud de Guatemala. El enfoque HSA está basado en el marco de acción de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el fortalecimiento de los sistemas de salud (WHO 2007), el cual da como resultado lo siguiente:

Aunque Guatemala ha dado importantes pasos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en mortalidad materna. La proporción de mortalidad materna se redujo de 270 por cada 100,000 nacidos vivos en 1990 a 113 por cada 100,000 nacidos vivos en 2013 (MSPAS, 2015d) - aun así, no logrará llegar a la meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para 2015 (Cuenta regresiva 2015). Además, existen grandes brechas entre las regiones urbanas, más ricas, y las regiones rurales, más pobres, pues, según un estudio sobre mortalidad materna que emplea la metodología de la Encuesta de Mortalidad en Mujeres en Edad Reproductiva (RAMOS), estas brechas son aún mayores por etnicidad. Analizando registros de 2013, el estudio reveló una proporción de mortalidad materna de 159 por cada 100,000 nacidos vivos entre las mujeres indígenas y 70 por cada 100,000 nacidos vivos entre mujeres no indígenas. De las 452 muertes maternas en 2013, 68 por ciento correspondieron a mujeres indígenas (MSPAS, 2015d).

2.14. Mack (2007) Sistemas de Salud. Marco conceptual. El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos?

La iniciativa tuvo como objetivos: a) contribuir al proceso de formulación de políticas, planes y acciones de salud en Guatemala que mejoren la gobernabilidad

y equidad en el sector, a través de visualizar las alternativas futuras, posibles y deseables del desarrollo de la salud y de los servicios en los próximos 15 años; b) fomentar y generar procesos democráticos de discusión política, científica y técnica en salud, con amplia participación de los actores políticos y sociales a fin de facilitar los propios procesos de construcción y capacidad de propuesta de los mismos.

Capítulo III

El contexto de la investigación

3.1. Condiciones de vida y desarrollo humano en el departamento de Petén

El departamento de Petén, constituido por sus 14 municipios es el más grande de Guatemala, ocupa una extensión territorial de 35,854 Km², que representa casi un tercio del territorio nacional. El Plan de Desarrollo Integral de Petén (2014), indica que “Petén se encuentra ubicado en un punto medio o en mejores condiciones comparado al resto de los demás departamentos del País, por la riqueza cultural y natural que posee” (p. 42)

Actualmente el desarrollo en infraestructura en Petén es lento, sin embargo, la emigración de sus vecinos hacia Estados Unidos y otros países de Europa, hace que las familias tengan acceso a la tecnología en primer lugar, ya que se evidenció que por cada familia existe un promedio de tres teléfonos celulares y poseen cable satelital, lo irónico es que tales comunidades no cuentan con servicios de salud y escasos servicios de educación.

Según información obtenida del Instituto Nacional de Estadística en la encuesta nacional sobre las condiciones de Vida, ENCOVI (2015) en un análisis macro de indicadores relacionados a la pobreza a nivel nacional manifiesta que: “la pobreza extrema en Petén es del 16.35%, Pobreza no extrema es del 49.42% y la no pobreza es del 34.33%, lo cual confirma que el departamento se encuentra en mejores condiciones en comparación a otros”. (p. 67).

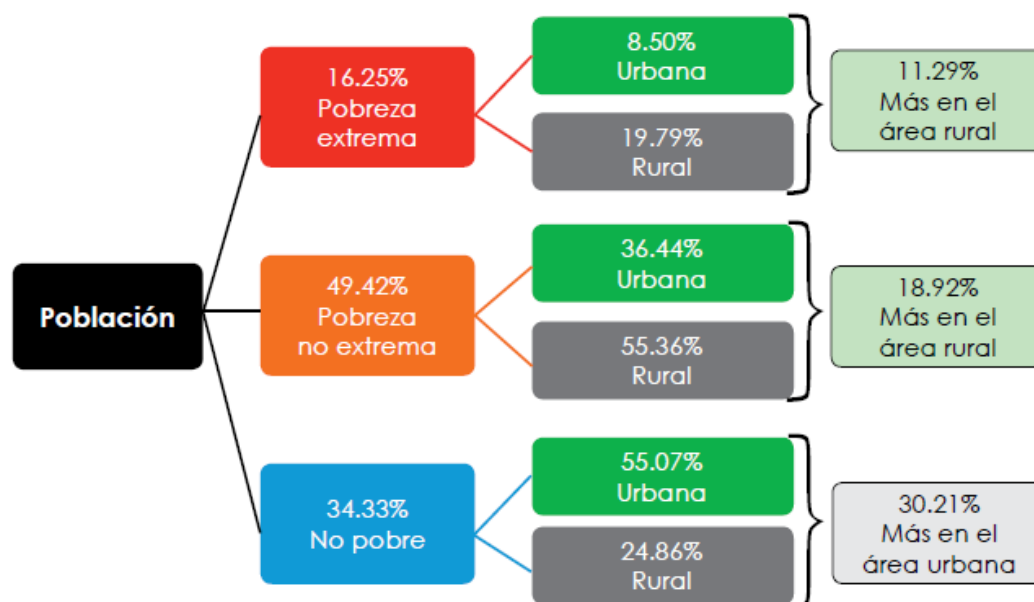
La cobertura educativa cada año se extiende a más comunidades, actualmente en el departamento existen aproximadamente siete universidades privadas y dentro de ellas la Universidad Rural es la que tiene mayor cobertura, pues se ubica fácilmente en diferentes municipios del departamento, sin embargo,

la limitante es el costo de los servicios que no permite en gran manera que sus estudiantes continúen y concluyan sus carreras.

En lo referente al nivel de vida, se evidencia que las familias del área urbana difieren en actividades a las del área rural. En el área urbana se encuentran asalariados empleados en instituciones de gobierno, comerciantes, empresarios, productores de artesanías, empresas turísticas, hotelería y otros servicios derivados del turismo, ecoturismo y de concesiones forestales. En el área rural en tanto se encuentran: agricultores, productores de leche, productores aves de corral como gallinas ponedoras y de engorde, proyectos productivos diversos e integrales, además la emigración ha contribuido a que los familiares que se encuentran en fuera del país envíen remesas a sus hogares con lo cual han asegurado la tenencia de la tierra.

Figura 1.

Distribución de la pobreza en el departamento de Petén



Fuente: SEGEPLAN, (2016)

3.2 Situación de muertes maternas en Guatemala

Actualmente para las autoridades del Ministerio de Salud, la vigilancia al desarrollo del embarazo en las mujeres es una prioridad, principalmente porque cuidar la vida de la madre y del bebé es un reto, además permite conocer las causas y razones de los problemas más frecuentes que se dan sobre estos casos.

Dentro de otras causales de esa problemática también destacaron la sepsis puerperal, toxemia en el embarazo y eclampsia. El país tiene limitantes en lo que a salud se refiere y los problemas que suceden durante el embarazo por lo general se generan en su mayoría de la calidad de vida y las pocas oportunidades que sus habitantes tienen, es decir no hay acceso a los servicios básicos pues la mayor parte de la población viven en pobreza, esto además se convierte en otra limitante para el acceso a los servicios públicos de salud, en donde sufren de discriminación y rechazo muchas veces por no hablar el idioma español.

La mayoría de las comunidades rurales no cuenta con un centro de salud o unidad mínima que sea atendida por un profesional del ramo. De acuerdo con Aquino, (2014) sobre el tema expresa lo siguiente: “Actualmente en el área rural de Guatemala más del 50% de los partos son atendidos por personal no calificado o en casa por comadronas no capacitadas por el Ministerio de Salud”. (p. 35)

La desigualdad social y económica de las familias aunada a los problemas viales del país agrava la situación ya que el acceso a los servicios de salud se dificulta. A pesar de ser un mandato constitucional, los recursos del Estado no son suficientes para dar cobertura a un 100% de la población. Las mujeres indígenas con cero o baja escolaridad son las más afectadas, según el análisis de los expedientes fenecidos que se encuentran en el Centro de Salud del Naranjo, Libertad, Petén.

Es importante mencionar que en la actualidad no solo las mujeres adultas son víctimas de este problema social, también las niñas y adolescentes que en la mayoría de los casos son producto de una violación o embarazo precoz, a fin de cuenta toda mujer fértil o en etapa reproductiva es vulnerable a la muerte materna.

3.3 Distribución política-administrativa de los servicios de salud en el departamento de Petén.

Con base a la entrevista realizada al Director de Área de Salud Petén-Norte, el departamento de Petén, por ser el más grande de Guatemala, cuenta con tres áreas de salud, organizadas de la siguiente manera:

- Dirección de Área de Salud Petén Norte.
Abarca los municipios de: Flores, San Benito, San José, San Andrés, Santa Ana y Melchor de Mencos, Petén.
- Dirección de Área de Salud Petén Sur Oriente.
Brinda Cobertura a los municipios de: El Chal, Dolores, Poptún y San Luis, Petén.
- Dirección de Área de Salud Petén Sur Occidente.
Atiende los municipios de San Francisco, La Libertad, Las Cruces y Sayaxché, Petén

La Dirección de Área de Salud Petén Sur Occidente, cuenta con un hospital distrital ubicado en el municipio de Sayaxché, Cuatro Centros de Salud Tipo B y un Centro de Salud Tipo A, ubicado en el Naranjo, La Libertad, Petén. Meda A. (Entrevista 1, 2017).

3.4 Breve historia sobre los servicios que brinda el Ministerio de Salud.

De acuerdo con López (2014), en los antecedentes de servicios de salud del país indica lo siguiente

En Guatemala hubo dos eventos de grandes proporciones que afectaron negativamente la salud de la población durante la segunda mitad del siglo XX. Primero, en 1976 hubo un terremoto de gran magnitud, afectando principalmente la cuenca del Motagua y el altiplano central guatemalteco. Además de la destrucción en infraestructura y servicios, murieron más de 24 mil personas principalmente en los Departamentos de Zacapa, El Progreso, Chimaltenango y Quiché. (p.13)

A partir del establecimiento del régimen liberal comenzó a desarrollarse cierta Institucionalidad pública para implementar políticas de salud. En 1906 se organizó el Consejo Supremo de Salubridad Pública oficializado por el Código de Sanidad que funcionó hasta 1925, fecha en que se fundó la Dirección General de Salubridad Pública, la cual cambió de nombre a Dirección General de Sanidad Pública en 1932. Posteriormente, como parte de las reformas sociales impulsadas a partir de la Revolución de 1944, la Dirección General de Sanidad Pública pasó a formar parte de la nueva Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

Segundo, el conflicto armado interno durante el período comprendido entre 1960 a 1996, tuvo un impacto aún mayor sobre la salud individual y colectiva en Guatemala. La guerra produjo desplazamientos internos y externos de población, los cuales se estimaron en un millón y medio de personas en el periodo más culminante (1981-1983). Ello tuvo enormes repercusiones en la vida, salud, nutrición y salud mental de los desplazados.

Según Sánchez (2002):

La Secretaría de Salud Pública fue luego convertida en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Durante esta época también se crearon unidades móviles de salud con acciones en todo el territorio nacional, se inició el funcionamiento de distintas dependencias técnico-normativas en el nivel central, se organizaron delegaciones sanitarias en todos los departamentos del país, y se impulsó el programa de dispensarios municipales” (p.76)

3.5 Antecedes del servicio prenatal

Dentro de los servicios que inició el Ministerio de salud en el departamento de Petén, en la década antes mencionada se mencionan los siguientes:

- Control prenatal
- Prevención de enfermedades de las vías respiratorias, graves, agudas y crónicas.
- Enfermedades transmisibles parasitismo intestinal, disentería, enfermedades, gastrointestinales y dermatitis.
- Educar a las personas para protegerse de las enfermedades, mediante vacunas.
- Saneamiento ambiental, higiene personal, manejo adecuado de los alimentos.
- Letrinización en las comunidades rurales del municipio y del área urbana.

Fuentes (Entrevista 3, 2018)

3.5.1 Servicios que se cubrían hasta los años ochenta en el departamento de Petén

Según recuerdan los vecinos nativos y originarios del Petén, los primeros centros de Salud se inauguraron en la década de 1980, y los servicios eran escasos con personal capacitado, básicamente quienes atendían el servicio eran empíricos en salud, y las familias preferían en un 100% curanderos de la región y para el caso de las mujeres embarazadas estas eran atendidas por una comadrona o muchas veces por la anciana de más respeto en la comunidad.

Baldizón (2017), manifiesta que los primeros servicios que llegaron a Petén, relacionados a salud provenían directamente de la USAID, lo cual eran proyectos asignados directamente al Ministerio de Salud, se realizaban jornadas médicas en los municipios, a cada seis meses, por lo tanto, no había prioridad sobre la prevención de muertes maternas. El departamento de Petén fue uno de los principales causales de muertes maternas debido a la proliferación de la malaria en aquellos años. Baldizón. (Entrevista 2, 2017)

3.6 Caracterización de los centros de salud y tipos de servicios que prestan

Además de los hospitales nacionales y regionales cuyos servicios son propiamente curativos y de emergencias, cuentan con equipo necesario para la atención de problemas de todo tipo en salud también existen los Centros de Salud Tipo “A” y “B” y las unidades mínimas de Salud.

Los Centros de Salud tipo “A” son aquellos que tienen la infraestructura y equipo mínimo adecuado para atender algún tipo de emergencia, dentro de estos la atención de partos. Generalmente estos centros de salud se apertura dependiendo el número de pobladores en la localidad donde se ubica y del porcentaje de comunidades aledañas que pueden beneficiarse de sus servicios. De acuerdo con Mack, (2007), “los Centros de Salud tipo “A”, cuentan con personal profesional y sus

servicios son más completos, destacándose dentro de los servicios que prestan se pueden mencionar los siguientes”: (p.12)

- Consultas médicas generales
- Control de embarazo
- Vacunación
- Laboratorios
- Emergencia
- Farmacia
- Psicología
- Trabajo Social
- Departamento de Educación y capacitación, entre otros.

Una particularidad que tienen los centros de salud de este tipo es que realizan jornadas médicas a comunidades rurales donde no tienen unidades mínimas de salud.

La población que se atiende es general, especialmente a menores de edad, sin descuidar la atención a hombres y mujeres de todas las edades incluyendo al adulto mayor. Las mujeres embarazadas tienen un especial monitoreo en el cumplimiento a las vacunas y control prenatal.

Los Centros de salud tipo “B”, se limitan a realizar actividades de prevención, curación y educación. En estos centros de salud por lo general los servicios los brindan enfermeras profesionales y no existe un amplio servicio con profesionales de otras ramas de las ciencias sociales. El servicio educativo se limita a brindar charlas únicamente a las personas que asisten a las consultas médicas. Para el caso de las mujeres embarazadas, solamente se les asiste con los controles de peso, presión arterial, medicamentos y suplementos vitamínicos. (Mack, 2007, p.13)

Las Unidades Mínimas de Salud, “son atendidas solamente por una persona que brinda consultas médicas preventivas, no curativas y por lo regular siempre refiere a los pacientes al centro de salud más cercano”. (Mack, 2007, p.13)

3.7 Instituciones vinculadas a la atención de mujeres embarazadas en el departamento de Petén.

En el departamento de Petén, además del Ministerio de Salud, existen algunas instituciones u organizaciones de carácter no lucrativo para atender los casos de mujeres en edad reproductiva, debido a que no solo las mujeres con edad adulta corren el riesgo de complicaciones durante el parto, ya que las niñas y adolescentes también ponen en riesgo sus vidas durante el embarazo.

Dentro de las Instituciones que brindan apoyo a mujeres embarazadas podemos citar las siguientes:

3.7.1 Oficina Municipal de la Mujer

De los catorce municipios solamente ocho de ellos cuentan con una Oficina Municipal de la Mujer, si bien es cierto estas no ofrecen ningún servicio directamente de salud, sus encargadas se preocupan por canalizar las ayudas y servicios entre el ente responsable y las mujeres que necesitan apoyo durante la gestación. Calderón (Entrevista 4, 2018)

3.7.2 Sociedad Civil Sew Hope

La Clínica Médica de la Asociación Civil Sew Hope, ubicada en el barrio La Calzada, Santa Ana, Petén, en el año 2007 empezó a prestar sus servicios en salud, educación y oportunidades inicialmente en la aldea Pueblo Nuevo, de ese mismo municipio, realizando su mayor esfuerzo en jornadas ginecológicas para la

detección del cáncer cervical, beneficiando a personas que requieran de esos servicios

Según Guerra (2016) La Asociación Civil Sew Hope inició a facilitar sus servicios en el año 2007, hasta la fecha se han realizado 5,000 Papanicolaou de los cuales existen 502 con displasias leve, moderada y grave y 98 casos registrados de Pre-Cáncer y Cáncer Uterino residentes de los municipios de: Flores, Sayaxché, La Libertad, Poptún, Santa Ana, Las Cruces, del departamento de Petén, quienes se encuentran recibiendo tratamiento médico que consiste en biopsias, crioterapias, colposcopias. A parte de los casos registrados han fallecido aproximadamente 20 mujeres en edad de 27 a 55 años, que lamentablemente llegaron a la Clínica con cáncer invasivo muy avanzado (p.48)

Actualmente la clínica ha ampliado sus servicios ginecológicos a la atención de mujeres embarazadas de la región, pues la demanda de este servicio es alta por las féminas en estado de gestación.

3.7.3 Asociación Tan Uxil

La Asociación Tan Uxil, es una Organización No Gubernamental ubicada en la isla de Flores, Petén, en un inicio se dedicaba además de los servicios que ahora brinda a la defensoría legal de menores de edad con antecedentes de abusos sexuales, sin embargo, por ser un problema social delicado, y algunos de sus empleados empezaron a tener amenazas de muerte, la junta directiva y administrativa de la institución optó por eliminar este servicio.

La Asociación es una entidad comprometida a promover cambios positivos en la población juvenil, para mejorar su calidad de vida, brindando servicios de orientación y educación en salud sexual y reproductiva contribuyendo así a la integración social y el desarrollo y sostenimiento. Dubón, (Entrevista 5, 2018)

Dentro de sus objetivos prevalecen:

- Educar y comunicar a la juventud petenera acerca de salud reproductiva, a través de programas.
- Promover el uso de métodos anticonceptivos para evitar infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, a través de promotores voluntarios.
- Buscar la integración activa y participativa de la mujer en el desarrollo social comunitario y fomento de su autoestima para fortalecer la unidad familiar.

Esta institución trabaja en escuelas públicas y privadas brindando información necesaria a las niñas y adolescentes para evitar los embarazos no deseados y por lo tanto evitar las muertes maternas ya que sus directivos consideran que una niña informada será una mujer precavida en sus decisiones. Dubón, (Entrevista 6, 2018)

3.7.4 Programa de salud reproductiva.

Este programa es administrado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, actualmente se encuentra ubicado en la calle sobre el complejo deportivo Maya, específicamente en las instalaciones del Centro de Salud de Santa Elena de la Cruz, Flores, departamento de Petén. Esta institución contribuye a mejorar la salud de la familia, haciendo énfasis en la mujer y hombre en su etapa reproductiva, coadyuvando con la educación para una sexualidad responsable.

Su objetivo principal está construido de la siguiente manera:

- Regular y normalizar la atención de la salud reproductiva en el país para que las intervenciones produzcan un impacto en la reducción de la mortalidad materna neonatal. (MSPAS, 2012)

3.7.5 Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del presidente SOSEP

La Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente promueve y apoya acciones en educación, salud y desarrollo comunitario para lograr una buena generación de guatemaltecos, ayudar a los más vulnerables niños menores de 6 años, las mujeres embarazadas del área rural y adultos de la tercera edad con transparencia, ética y equidad.

En entrevista realizada a la coordinadora del programa, expresó lo siguiente: “Esta institución actualmente brinda oportunidades de desarrollo y participación a través de la mujer, fortalecer la integración familiar, apoya acciones en salud y nutrición, provee especial atención a la niñez para un crecimiento de calidad, todas estas acciones enfocadas a mejorar el capital social del departamento y del país. (Entrevista 7, 2018)

3.7.6 Clínica Juvenil del hospital nacional de San Benito, Petén

La clínica de atención Juvenil del Hospital de San Benito Petén, es un espacio de atención personalizada en donde se atiende población entre las edades de 10 a 19 años, que requieran de los servicios de Ginecología, Obstetricia, Psicología, Medicina general para adolescentes y Planificación familiar.

De acuerdo con Herrera (2016)

Esta institución surge como un esfuerzo de la dirección del hospital nacional de San Benito, departamento de Petén y de la responsable del área de salud Mental, así como de la organización juvenil TANUX`IL, abriendo sus puertas a fines del mes de agosto del año 2010. Inicia como respuesta a la situación que vive la juventud en materia de Salud Sexual y Reproductiva en el departamento de Petén y en concordancia con la “Política Nacional de Salud para la Adolescencia y la Juventud” del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala MSPAS. (p.36)

Es una Clínica de referencia, dentro de la institución hospitalaria que brinda servicios integrales y diferenciados en salud a mujeres y hombres jóvenes menores de 20 años, con atención médica, psicológica y social brindada por un equipo humano profesional altamente especializado en horarios de atención de 7:00 de la mañana a 3:00 de la tarde, de lunes a viernes.

Servicios que brinda la Clínica

- Ginecología: atención a pacientes mujeres con morbilidades propias de la mujer
- Psicología: atención al público en general en casos de problemas de conducta y/o asistencia Psicológica.
- Obstetricia: atención a pacientes mujeres para el control pre y post-natal
- Medicina general para adolescentes
- Atención médica general atendiendo todo tipo de problemas, lesiones, problemas de las vías respiratorias, infecciones intestinales comunes y otros
- Planificación familiar: provee información amplia sobre la planificación familiar y sus beneficios.
- Consejería y Educación: Un espacio para fortalecer la autoestima de las y los adolescentes luego de cualquier trauma, se realiza durante el proceso de recuperación y se da seguimiento a través de citas médicas. (Herrera, 2016, p. 36)

3.7.7 Universidad San Carlos de Guatemala – Centro Universitario de Petén-

La Universidad de San Carlos de Guatemala, contribuye al fortalecimiento institucional mediante la asignación de Estudiantes de Práctica Profesional Supervisada (PPS) a nivel de técnico y Ejercicio Profesional Supervisado a nivel de Licenciatura (EPS), de las carreras afines al Ministerio de Salud.

3.8 Caracterización de la comunidad de El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén

La fecha de fundación de la aldea El Naranjo, no se encuentra bien definida, según Pérez, (2016) se estima que:

Fue entre 1959-1963, su nombre inicial era: Río de agua dulce, el Ceibo Frontera, inició a poblarse durante la época de oro del chicle y extracción del Xate, en ese entonces no existía carretera hacia la cabecera municipal de la Libertad y para abastecerse de los productos de la canasta básica hacían una travesía por lancha hasta llegar a la comunidad de paso caballos, donde solamente podía salir por avión al área central de Peten. (p.25)

Años más tarde con el descubrimiento del petróleo la población llegó a 72 personas y la mayoría inició actividades ganaderas posicionándose de grandes extensiones de tierras. Posteriormente la compañía Perenco, construyó la carretera de terracería e instaló el ferri que actualmente comunica a las comunidades de San Andrés y de la Libertad. El ferri sirvió de motor para impulsar el desarrollo de las comunidades vecinas al Naranjo, debido a que se inició con la explotación de madera y cultivo de maíz, frijol, pepitoria y chile. Se constituyó como aldea El Naranjo en el año 2001, actualmente cuenta con 4,972 personas, entre hombres, mujeres y niños, de los cuales se puede afirmar no existen peteneros oriundos sino solamente personas que han inmigrado de otros departamentos del país. (Pérez, 2016)

Según Paredes, (2015)

La aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, se encuentra dentro de la zona de amortiguamiento de la Reserva de la Biósfera maya, a una distancia de 180 kilómetros del área central de Petén, está asentada en la Riviera del río San Pedro, específicamente en una franja que separa al Parque Nacional Sierra del Lacandón del Parque Nacional laguna del Tigre. Esta comunidad

tiene una extensión de seis caballerías y cuarenta y siete manzanas y tiene comunicación con el hermano país mexicano (p. 67)

El crecimiento económico en la aldea El Naranjo, ha incrementado en las últimas dos décadas. De Acuerdo con Boteo, (2016), dentro de las actividades económicas más importantes de la aldea el Naranjo destacan a nivel familiar las siguientes:

La Pesca que se constituye como una principal fuente de ingreso, debido a que se provee de pescado y mariscos frescos a los diferentes mercados desde la Libertad, San Francisco, San Benito y Flores, Petén. En Primer lugar, a nivel comunitario, se encuentra la extracción, y exportación de maderas finas, en segundo lugar, se encuentra la ganadería que ha ampliado sus beneficios con la venta de leche, ya que en la década pasada la ganadería se limitaba a la venta de carne en pie solamente. La agricultura también es otra actividad económica principal, actualmente el Naranjo es proveedor de maíz a nivel departamental sobre todo en épocas de escases. (p.37)

Respecto a los servicios que se prestan en la aldea son las siguientes: servicios de cable TV satelital de las empresas Tigo y claro, una cooperativa de autobuses urbanos con más de 56 vehículos administrados por la comunidad, energía eléctrica cuyo proveedor reside en la comunidad, el servicio de este es por 16 horas cada día. el agua es potable con servicio las 24 horas del día. Existen tres emisoras radiales, cuatro establecimientos educativos del nivel primario, dos establecimientos de educación básica y dos del nivel diversificado. Paredes (2015),

Las fuentes de empleo son abundantes debido a que es una zona fronteriza, los productos de la canasta básica se encuentran a un mejor precio, cerca del Naranjo se encuentran los pozos petroleros de la empresa Perenco quienes frecuentemente contratan personal para actividades de campo y son por lo regular bien remunerado. La Migración es fluida en la zona algunos optan por cruzar el río y otros lo hacen a través de la Selva, se constituye también como un corredor para los vecinos de las comunidades asentadas ilegalmente dentro de la Reserva de la Biósfera Maya (Paredes 2015, p.98)

El centro de Salud de la aldea el Naranjo, brinda los servicios de salud a más de 30 comunidades circunvecinas, algunas pertenecientes al municipio de San Andrés por la adyacencia y cercanía de estas hacia la aldea El Naranjo. Para ser un Centro de Salud tipo “B”, se encuentra debidamente equipado eso se debe a que las autoridades del departamento se han preocupado por mejorar este servicio en la zona, debido al constante ingreso de personas migratorias al lugar.

Es importante mencionar que sus niveles de intervención van enfocados sin discriminación alguna a adultos mayores, mujeres embarazadas, adolescentes y niños. Tres de sus principales programas están enfocados a: la prevención de muertes maternas debido a los antecedentes registrados en años anteriores, erradicación de la desnutrición en niños menores de cinco años y el otro se enfoca a la prevención del Virus de Inmune Deficiencia Adquirida VIH. Particularmente el último citado, merece especial atención ya que una de las actividades con característica particular e importancia alta en la oferta del servicio que prestan las mujeres sexo servidoras, además la tendencia es que también existe el servicio por parte de los hombres.

En lo que respecta a la Infraestructura del centro de salud, la construcción del Centro de Salud del Naranjo se realizó en dos fases, según SEGEPLAN (20017), se constituye de la siguiente manera:

- a) Área de encamamiento
- b) Servicios Sanitarios
- c) Sala de espera general
- d) Dirección
- e) Saneamiento ambiental
- f) Área administrativa
- g) Departamento de educación para la salud
- h) Archivo clínico

- i) Farmacia
- j) Bodega
- k) Un consultorio dental
- l) Laboratorio
- m) Sala de inmunizaciones
- n) Ambiente para incinerar
- o) Cuatro clínicas de atención médica
- p) Cocineta (p. 47)

3.9 Caracterización de los servicios

En cuanto a la Asistencia preventiva, el Centro de Salud del Naranjo, La Libertad, Petén, presta el servicio de atención a pacientes en los temas de planificación familiar, información de las enfermedades transmisibles (Tuberculosis, VIH, influencias estacionarias como el AH1N1, entre otros), Higiene Materno Infantil, vacunación a menores de cinco años, Educación Sanitaria y una estadística demográfica.

Respecto a la asistencia curativa, el personal que labora en el Centro de Salud del Naranjo es profesional y actualmente tienen un área de encamamiento por cuestiones de emergencia, debido a la lejanía del lugar hacia el área central de Petén y del hospital nacional.

Existe también el área de Asistencia Educativa a cargo de una educadora quien realiza actividades en los centros educativos primarios, básicos y diversificados de la comunidad, proporcionando información sobre el lavado correcto de manos, jornadas de desparasitación, prevención sobre Enfermedades de Transmisión Sexual, cuidado e higiene personal entre otros. Estas charlas también son brindadas al personal de la Policía Nacional Civil, empleados municipales y conductores de motocicletas tipo mototaxis y microbuses de la ruta.

3.10.4 Área de intervención

- Bienestar Social

Esta área de Trabajo es atendida mediante la aplicación de programas preventivos de enfermedades que podrían repercutir o tener resultados deseados en la población y capacitaciones impartidas en las escuelas.

- Salud

Se trabaja principalmente con el Comité de Salud, el cual integra a una persona representante de cada barrio, estas personas son capacitadas y ellas a su vez realizan sesiones con grupos organizados en cada barrio relacionadas a salud preventiva. Se contempla además la asistencia personalizada en pacientes con casos de Tuberculosis ya sea inicial o avanzado; el monitoreo sobre la aplicación de vacunas es constante, así mismo el control prenatal en mujeres embarazadas es prioritario.

3.11 Situación de muertes maternas en la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén

La mortalidad materna continúa siendo un problema social en todo el mundo y en el caso de Guatemala, según el Ministerio de Salud (2016), en su informe sobre mortalidad materna para el año 2015, indica lo siguiente:

El país ocupó el sexto lugar en mortalidad materna a nivel latinoamericano, se supone hubo una disminución de los casos comparado con el año 2013 que ocupó el cuarto lugar. Ese mismo año el Centro de Salud del Naranjo registró cuatro casos de muertes maternas. Para el año 2014, el departamento de Petén reportó un promedio de 15 muertes maternas de las cuales siete ocurrieron en el área sur occidente de Petén. (p.6)

Capítulo IV

Fundamentación teórica

Desde una perspectiva social, la mortalidad materna, es un flagelo que debilita la estructura familiar y que ocasiona consecuencias irreversibles a todos sus miembros, especialmente a los más vulnerables, hijos. El crecimiento personal y familiar se estanca y en muchos casos, la delegación de responsabilidades familiares se comparte con los hijos e hijas mayores; desvirtuando la función formativa y de seguridad de la familia.

La mortalidad materna según la Organización Mundial de la Salud OMS (2015) la define como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, pero no por causas accidentales”. (p.15)

La OMS (2015), también hace referencia a lo siguiente:

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Para finales de 2015 habrán muerto unas 303,000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. (p. 15)

Por lo general se hace una distinción entre muerte materna directa que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto y una causa de muerte indirecta que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud preexistente o de reciente aparición. (p.45)

Las definiciones anteriores de muerte materna poseen una acepción clínica o médica pero que acertadamente se puede asociar a la problemática o situación social que vive la familia, es decir, la pobreza o pobreza extrema en que viven.

Para efectos de este estudio la mortalidad materna será abordada desde la perspectiva de sus causas y efectos sociales y económicos. Esto implica el involucramiento o la relación de aspectos referentes a los ingresos familiares, el acceso adecuado a la atención y asistencia médica, los valores culturales y étnicos de la familia, la ubicación geográfica de la familia, el acceso a los servicios básicos; la seguridad alimentaria, el nivel de escolaridad de la familia, etc.

Guatemala es un país con características, eminentemente agrícolas; y, por ende, con una marcada vida rural o del campo que en su mayor parte está constituida por familias con indicadores de pobreza o pobreza extrema. La anterior afirmación debido a razones o causas históricas y culturales.

4.1. Salud materna y neonatal

De acuerdo con el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2011), en su informe sobre la equidad de salud en América Latina y el Caribe, señala lo siguiente:

Un factor común en estas muertes es la salud de la madre. Cada año, más de medio millón de mujeres mueren debido a complicaciones del embarazo y el alumbramiento. Los bebés cuyas madres han muerto durante el parto tienen mayor posibilidad de morir en su primer año que aquellos cuyas madres permanecen vivas. El 99% de los casos de mortalidad materna y de los recién nacidos ocurre en el mundo en desarrollo, donde más de un 50% de las mujeres aún dan a luz sin la asistencia de personal sanitario capacitado. Se trata de una reveladora muestra de la desigualdad en materia de acceso a la atención de la salud de buena calidad. (p.23)

El hambre es un flagelo que afecta a toda la organización familiar y tiene sus orígenes en aspectos culturales, históricos y económicos. Durante todo el proceso de gestación muchas madres padecen de deficiencias nutricionales y vitamínicas debido a las carencias en que se encuentran en el seno familiar. La salud de la

madre es inestable y delicada en todo el proceso de embarazo y parto en hogares que evidencian problemas socioeconómicos; especialmente en aquellos donde la seguridad alimentaria y nutricional es deficiente.

De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2009) existen algunas causas indirectas que provocan las muertes maternas; de las que se pueden mencionar, por ejemplo, la anemia, que son fácilmente prevenibles o tratables. La anemia materna afecta a muchas mujeres embarazadas, pero si no es tratada a tiempo las consecuencias pueden ser lamentables.

Otras causas indirectas pueden estar constituidas por el paludismo, los parásitos intestinales y una alimentación de mala calidad; lo que eleva el riesgo de problemas para la madre y el nuevo ser. Todas las causas indirectas pueden ser tratadas, pero en los casos donde las condiciones del contexto familiar son precarias; las posibilidades de muertes maternas aumentan.

Es relevante resaltar que, aunado a la situación socioeconómica de la familia, está el escaso interés político del Estado, representado por el gobierno en turno, de resolver los problemas sociales que afectan a la misma; especialmente en los temas de salud, educación y servicios básicos.

La anemia es una afección fácil de tratar administrando suplementos de hierro a través de los programas de salud materna. No obstante, en algunos países este tipo de intervención sigue siendo limitada, tanto en términos de cobertura como de eficacia, debido casi siempre a la falta de acceso a una atención sanitaria básica y, de forma más específica, a la carencia de una atención y un apoyo prenatal de calidad. (UNICEF, 2009, p. 85)

4.2. Salud materna infantil

De acuerdo con el Fondo para las naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2013) los principales desafíos nacionales en materia de salud materno infantil son:

4.3. Causas de muertes maternas

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS (2013) son causas de muertes maternas las siguientes:

Causas directas: incluye las muertes que resultan de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, por ejemplo, pre-eclampsia y hemorragia por placenta previa. (MSPAS, 2013)

Causas indirectas: entre las causas indirectas que representan un (20%) se encuentran “las enfermedades preexistentes o que se desarrollan durante el embarazo, parto o puerperio y no son causas obstétricas, pero son agravadas por el embarazo. Por ejemplo, cardiopatías, diabetes, hepatitis viral e insuficiencia renal previa”. (MSPAS, 2013, p.67)

En esta línea también están las causas no maternas que se identifican como “aquellas que ocurren por una causa accidental o incidental no relacionada con el embarazo o su atención”. (p.24), por ejemplo, accidentales y suicidios. Estas causas no se incluyen en el cálculo de la mortalidad materna. En Guatemala la mayor amenaza a la vida de una madre no es la complicación obstétrica que presente, sino la falta de accesibilidad a la atención oportuna, de calidad, con calidez, y con pertinencia cultural. (MSPAS, 2013).

4.4. Salud reproductiva

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS (2015) la salud reproductiva es “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (p. 67). La salud reproductiva, dentro del marco de la salud tal y como la define la Organización Mundial de la Salud, aborda los mecanismos de la procreación y el funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee.

Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano. (OMS 2015).

Es necesario que las políticas gubernamentales, en materia de salud reproductiva, fortalezcan acciones y estrategias que generen, a corto y mediano plazo, una cultura basada en el control de la salud reproductiva; especialmente en las generaciones jóvenes. Esto con el entendido que es un proceso interinstitucional, donde participen activamente el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Según la Ley de Desarrollo Social (2001) La salud reproductiva es definida como:

Un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable. (p.3)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencial por medio del Programa Nacional de Salud Reproductiva y la Red Nacional de Paternidad y Maternidad Responsable, coordina esfuerzos y contribuye a reducir la etapa de la desnutrición Madre Hijo/Hija y otras entidades que realiza acciones en pro de la salud reproductiva, impulsa durante el mes de agosto de cada año, acciones dirigidas a promover y fortalecer la salud reproductiva de mujeres y hombres de todas las edades en el marco del acuerdo Ministerial. No. SP-M-1799-2007 de fecha 31 de julio del 2007. (MSPAS 2012).

La mortalidad materna, desde una perspectiva histórica, es el resultado del abandono y explotación de la clase dominante en el país; que solo se ha interesado por mantener los privilegios políticos y sociales que sus antecesores le heredaron; y que a pesar de ser una minoría poseen el poder económico y político sobre la mayoría de los habitantes del país.

La mortalidad materna, desde una perspectiva cultural, es el resultado de algunas prácticas empiristas de los pueblos guatemaltecos, especialmente de los indígenas que se aferran y respetan sus costumbres y prácticas que han sido transmitidas de generación en generación.

4.5. Las muertes maternas y su relación con la salud reproductiva

Tomando como referencia lo citado en el Estudio Nacional de Mortalidad Materna de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia SEGEPLAN y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS; (2011)

En Guatemala hay un amplio marco legal y normativo que es garante de los derechos a la salud en general y de la salud reproductiva en específico, en forma equitativa para toda la población. El marco más general y categórico está dado por la Constitución Política de la República de Guatemala de 1985, en varios de sus artículos, como se resume a continuación: el artículo 1 establece la obligación del

Estado para proteger a la persona y a la familia y estipula que su fin supremo es la realización del bien común. (p.3)

De acuerdo con la Constitución Política de la República de Guatemala de 1985, en sus artículos 93 y 94 establece que: “la salud de los habitantes de la Nación es un bien público; que el goce de la misma es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna y que es obligación del Estado desarrollar, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementadas pertinentes a fin de procurarles a los habitantes el más completo bienestar físico, mental y social.

Es del conocimiento público que el Estado de Guatemala ha ratificado instrumentos de derechos humanos como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), y asumido compromisos con lo establecido en la Plataforma de Acción emanada de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, el Plan de Acción Mundial de Población y Desarrollo, la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, que en su cuarto y quinto objetivos se refiere a reducir la mortalidad infantil y a mejorar la salud materna, por lo que el Estado de Guatemala debe armonizar su ordenamiento jurídico interno con estos compromisos. Juárez, (2016, p.54)

En octubre 2001, el Congreso de la República de Guatemala, promulgó la Ley de Desarrollo Social, que considera las vidas y la salud de mujeres y niños como parte del bienestar público y establece como prioridad nacional la maternidad saludable. La Política de Desarrollo Social y Población fue creada posteriormente para cumplir con la ley. En el año 2010 se aprueba la Ley para la Maternidad Saludable (Decreto 32-2010), que establece un conjunto de acciones para la reducción de la muerte materna. (MSPAS, 2016, p.13)

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como ente rector de la salud en el país, es el responsable de desarrollar planes y acciones institucionales, coordinar y orientar acciones sectoriales e intersectoriales, para alcanzar los objetivos de reducción de la mortalidad materna y lograr otros progresos en materia de salud reproductiva, para lo cual estableció el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), el cual ha colocado la reducción de la mortalidad materna como la prioridad más esencial que se debe alcanzar. Este programa, en fecha reciente (2010), lanzó el Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva, con el propósito de reforzar las actividades en este campo. (MSPAS, 2015)

En muchos de los convenios y tratados internacionales, de los cuales Guatemala es signatario, se ha señalado que la reducción de la mortalidad materna y la mejora de la salud reproductiva en general, son metas claves del desarrollo.

A nivel de Estado se ha regulado y articulado en las instituciones responsables todo lo concerniente al problema de la mortalidad materna; problemática que afecta directamente a las familias más vulnerables de la sociedad guatemalteca.

Las políticas gubernamentales, en el tema de salud reproductiva, persiguen minimizar el problema de las muertes maternas, a través de procesos permanentes y continuos de capacitación y socialización a la población. Para ello, deben trabajar y cooperar estratégicamente los encargados del sistema de educación y salud.

4.6. Factores socioeconómicos que provocan muertes maternas

Históricamente Guatemala evidencia altos niveles de desigualdad, pobreza y discriminación que afectan a los grupos y clases más vulnerables; en este caso a los indígenas y a la población rural en general; considerando que el país se caracteriza por ser multiétnico, pluricultural y multilingüe.

Lo anterior permite inferir que la mayoría de los casos de mortalidad materna se registran en las poblaciones indígenas y del área rural; las cuales se enmarcan en ambientes de pobreza y pobreza extrema; generando situaciones con muchas limitantes y escasas oportunidades.

Si bien es cierto, los principales factores que provocan muertes maternas son clínicos o médicos, también es importante asociarlos con factores de tipo económico y también cultural; los cuales no se pueden separar de la pobreza y la extrema pobreza que viven muchas familias del territorio nacional, principalmente familias rurales de indígenas.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social MSPAS (2013) el perfil de la muerte materna en Guatemala es el siguiente:

- Mujer indígena
- Mujer analfabeta
- Bajo nivel de escolaridad
- Multípara
- Pobreza y pobreza extrema
- Discriminada
- Rodeada de injusticia social (p.16)

Los casos registrados de muertes maternas indican que la mujer indígena es la más propensa a este tipo de eventos irreversibles. La misma sociedad guatemalteca ha creado estereotipos marcados por la discriminación, el rechazo y la exclusión de este grupo étnico. Es notorio la baja escolaridad de estos casos y la cantidad de partos en la familia. Todo esto producto de la pobreza y pobreza extrema que vive los miembros de la familia, especialmente residentes en el área rural guatemalteca y un alto porcentaje pertenecientes al pueblo indígena.

4.7 Los derechos humanos y la salud materno infantil

La Organización Panamericana para la Salud y la Organización Mundial de la Salud para Guatemala OPS/OMS Guatemala (2014) afirman: “La Constitución Política de la República obliga al Estado a garantizar la salud y asistencia social; la salud sin discriminación alguna, y la participación de las comunidades en la ejecución y monitoreo de programas sanitarios.” (p.4)

La maternidad saludable significa tratar el embarazo como un periodo especial, durante el cual todas las mujeres deben tener acceso a cuidados apropiados acordes a su estado, buscar tratamiento para ciertos signos y síntomas que pongan en peligro su vida y contar con un nivel de capacidad resolutive que permita atender estas complicaciones. (OMS, 2016, p. 3)

Las estrategias hacia la equidad en el acceso a la salud en Guatemala demandan de acciones en todos los niveles y sectores de la acción pública; y hacia todos los grupos de la población, especialmente las mujeres y los pueblos indígenas.

Entre las debilidades observadas destacan: la inconsistencia en la formulación de políticas en salud, las violaciones a los Derechos Humanos y a las libertades fundamentales de los pueblos indígenas en los servicios de salud, el limitado empoderamiento de la sociedad sobre sus derechos, y debilidad del Estado para el monitoreo en el acceso a este servicio. (Mack, 2007)

Varios Tratados Internacionales y leyes nacionales respaldan la obligación del Estado a garantizar el acceso a la salud con equidad y de calidad. La Carta de Las Naciones Unidas, el Pacto Internacional de los Derechos Humanos y Civiles; y la Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer, son algunas de las herramientas en las que la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS se ampara para promover políticas públicas de salud, indica lo siguiente:

Es necesario focalizar políticas y acciones para el acceso a oportunidades laborales, educativas y para la construcción de un entorno saludable (vivienda digna, agua y saneamiento, espacios libres de violencia). También, se requiere seguir avanzando en el dialogo intercultural que permita acceso a salud y a servicios de salud en el respeto de las características culturales de la población mayoritaria en el país: la indígena. Se requiere integrar conocimientos y prácticas indígenas en el sistema de salud. (OPS/OMS Guatemala, 2014, p.35)

4.8 Marco legal nacional de la salud materna como derecho

La mujer guatemalteca está protegida por un conjunto de normas legales que le permiten su desarrollo personal, familiar, educativo, laboral y reproductivo; las cuales poseen un sustento jurídico a partir de la Constitución Política de la República de Guatemala. Entre estas disposiciones legales que regulan los derechos de las mujeres en relación con la salud materna y reproductiva se pueden citar las siguientes:

Constitución Política de la República de Guatemala

Todo lo establecido principalmente en los artículos 1 y 2, que norman la protección de la persona y deberes del Estado; artículo 3, sobre el derecho a la vida desde su concepción; artículo 47, Protección a la familia; artículo 52, que se establece que la maternidad tiene protección del Estado; artículo 93, derecho a la salud que indica que el goce de la salud es derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna; artículos 94 y 95, indican que la salud es una obligación del Estado y un bien público; artículo 98, sobre el derecho de las comunidades en participar en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud; el artículo 99, norma que es el Estado quien velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud.

La seguridad social queda establecida en el artículo 100 y su aplicación corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS.

Los artículos 274 y 275 regulan respectivamente las facultades y atribuciones del Procurador de los Derechos Humanos.

Ley para la Maternidad Saludable Decreto Legislativo No. 32-2010

El objetivo principal de esta ley es la “prevención y radicación progresiva de la mortalidad materno-neonatal a través de la implementación de los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y el recién nacido” (p.4)

También el acceso universal, oportuno y gratuito a información veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto y postparto. “El contenido que forma esta ley es atención obligatoria en el embarazo, parto y postparto; servicios y recursos humanos acreditados, vigilancia epidemiológica, comisión multisectorial para la maternidad saludable, mínimo el 15% del impuesto de bebidas alcohólicas para salud sexual y reproductiva”. (p.4)

La ley establece que las instituciones responsables de promover y velar por una maternidad responsable son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y las organizaciones contratadas por el MSPAS.

De acuerdo con el (Decreto 90, 1997, art. 28), establece que “el Ministerio de Salud es el responsable de detectar permanentemente las necesidades que, en materia de formación y capacitación de recursos humanos en salud, requieran las instituciones que prestan atención a la población”. El artículo 39, establece los programas de educación e información para la promoción de la salud.

El artículo 41 se refiere a la salud de la familia indicando que el Ministerio de Salud desarrollará acciones tendientes a promover la salud de la mujer, la niñez, con un enfoque integral y mejorando el ambiente físico y social a nivel de la familia, así como la aplicación de medidas de prevención y atención del grupo familiar en las diversas etapas de su crecimiento y desarrollo incluyendo aspectos de salud reproductiva. (p. 8)

El Acuerdo Gubernativo No. 42-2001 Ley de Desarrollo Social, de fecha 23 de septiembre de 2001. El artículo 10 inciso 5 establece que es obligación del Estado reducir las tasas de mortalidad con énfasis en el grupo materno infantil. El artículo 11 regula que las políticas públicas deben garantizar el respeto y la promoción de los derechos de las mujeres.

El artículo 14 refiere a la atención a la que familia por lo deberá promover la organización de la familia, proteger, promover y fortalecer su salud y desarrollo integral, con el fin de lograr una constante mejoría en la calidad, expectativas y condiciones de vida de sus integrantes. El artículo 16 instituye los sectores de especial atención y el inciso 2 define a las mujeres por lo que La Política de Desarrollo Social y Población incluirá medidas y acciones destinadas a atender las necesidades y demandas de las mujeres en todo su ciclo de vida; mientras que el inciso 3 regula lo concerniente a las áreas precarias por lo que los planes y programas destinarán acciones y medidas específicas para atender a este tipo de áreas.

El artículo 24 se refiere a la Protección a la salud regulando que todas las personas tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, atenderá las necesidades de salud de la población mediante programas, planes, estrategias y acciones de promoción,

prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante la prestación de servicios integrados, respetando, cuando clínicamente sea procedente, las prácticas de medicina tradicional e indígena.

El artículo 25 indica lo relacionado a la salud reproductiva definiéndola como un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable.

El artículo 26 establece el programa de salud reproductiva de conformidad con lo que establezca la Política Nacional de Desarrollo Social y Población, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, que sea participativo, sin discriminación e incluyente, y que tome en cuenta las características, necesidades y demandas de mujeres y hombres. El programa de salud reproductiva deberá cumplir y apegarse a seis disposiciones, entre ellas la incluida la maternidad saludable.

Maternidad saludable: La vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional. Se promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil, incluyendo cuando menos las siguientes:

- a. Crear y fomentar la instalación de unidades de salud con capacidad de resolución de las urgencias obstétricas, ubicadas en puntos estratégicos del país, con prioridad en los lugares con mayores índices de mortalidad materna y perinatal.

- b. Considerar como urgencia médica de tratamiento y atención inmediata, las hemorragias obstétricas, y fortalecer la prestación de los servicios preventivos, necesarios tendentes a evitarlas y prevenirlas.
- c. Desarrollar e instrumentar un programa específico y permanente de capacitación para el personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería y comadronas y otro personal, para promover y asegurar que las madres reciban cuidados adecuados en el momento y lugar donde se detecte la emergencia.
- d. Desarrollar, instrumentar, asegurar y garantizar mecanismos de referencia y contra referencia de emergencia obstétrica.
- e. Promover la lactancia materna mediante acciones de divulgación, educación e información sobre los beneficios nutricionales, inmunológicas y psicológicos para el recién nacido, en los casos en que clínicamente esté indicado.
- f. Divulgar los beneficios de posponer o evitar los embarazos a edades muy tempranas o tardías y otros riesgos, así como las ventajas de ampliar el espacio intergenésico a dos o más años.
- g. Promover programas de divulgación orientados a la atención y cuidados del recién nacido. (pp. 3-16)

Ley para el Acceso Equitativo y Universal a los servicios de Planificación Familiar Decreto Legislativo número 87-2005

Este Decreto Legislativo número 87-2005, de fecha 16 de noviembre de 2005 tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar.

El artículo 4 regula el Acceso universal a los servicios de planificación familiar por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante

denominado el MSPAS, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS y otras entidades públicas y privadas del sector salud, deben garantizar el mantener en forma sostenible todos los métodos modernos de espaciamiento de embarazos en los establecimientos de la red pública de salud, que permita responder adecuadamente a la demanda de la población y asegure el acceso universal a dichos métodos.

El artículo 8 regula la atención integral. El MSPAS y el IGSS deben asegurar que los servicios de planificación familiar se integren a otros componentes de atención del Programa de Salud Reproductiva, tales como: atención prenatal, post parto y puerperio, detección de cáncer cérvico uterino y de mama, pruebas para enfermedades de transmisión sexual y prevención de la osteoporosis. Esta disposición contribuirá a disminuir las oportunidades perdidas de servicios de planificación familiar, reduciendo la demanda insatisfecha de planificación familiar y contribuyendo directamente en la disminución de mortalidad materno-infantil.

En términos generales, este marco jurídico aborda la protección a la maternidad y al derecho a la salud reproductiva de la mujer; estableciendo el carácter social de la maternidad y la definen como prioridad en el país.

Marco legal internacional de la salud materna como derecho

La legislación de carácter internacional sobre salud materna queda regulada en las siguientes disposiciones:

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo 5: Mejorar la salud materna. De acuerdo con el Informe 2015 desde 1990, la tasa de mortalidad materna ha disminuido en un 45% a nivel mundial y la mayor parte de esta reducción ocurrió a partir del año 2000.

Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe

En 2012, mediante la resolución 670 (XXXIV) de la CEPAL se decidió que el Comité Especial de la CEPAL sobre Población y Desarrollo pasara a denominarse Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Su objetivo es dar seguimiento a los temas relacionados con población y desarrollo, migración internacional, pueblos indígenas y poblaciones afrodescendientes y envejecimiento. (CEPAL, 2016)

Objetivos de Desarrollo Sostenible

De acuerdo con los objetivos de desarrollo sostenible se extrae lo siguiente:

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Metas del objetivo 3: Meta 3.1: De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

Meta 3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

4.9 Desarrollo humano

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD- (1990), define que “es un proceso de aumento de capacidades y oportunidades de las personas para lograr una vida digna y saludable en entorno de libertades”. (p.3)

Desde sus inicios este término ha tenido diversas acepciones tales como:

- El Desarrollo a escala Humana
- El Desarrollo como libertad (PNUD, 1990)

El diagnóstico que hace las Naciones Unidas frente a las condiciones de pobreza y desigualdad llevan a formular esta propuesta como un proceso mediante el cual se amplía la gama de opciones de las personas, brindándoles mayores oportunidades de educación, atención médica, seguridad alimentaria, empleo e ingreso. Abarca, el espectro total de las opciones humanas, desde un entorno favorable hasta libertades políticas y económicas.

El desarrollo humano debe ser sostenible, lo cual quiere decir que para avanzar en el bienestar de la población no debería comprometerse el bienestar de las generaciones futuras.

También se puede mencionar que es la libertad que poseen las personas para poder elegir, entre varias opciones, su propio bienestar, desde prepararse para la toma de decisiones hasta hacer incidencia política y ejercer la participación ciudadana.

En tanto que el Desarrollo sostenible según el informe de Brundtland (1987) el desarrollo sostenible se define como “la satisfacción de las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las generaciones del futuro para atender sus propias necesidades” (p.16)

Por su parte la Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2005) habla de tres enfoques complementarios de desarrollo local: como una matriz de tejido industrial diverso, un proceso endógeno de cambio estructural y como empoderamiento de la sociedad local. Se puede apuntar, por tanto, que la sistematización de estrategias utilizadas para diversificar y enriquecer las actividades y la sociedad de un territorio que aprovecha sus recursos y sus fuerzas internas puede ser entendido como desarrollo local.

De tal manera se puede decir que el desarrollo local es un proceso que contempla aspectos de tipo económico, social, cultural, político e institucional concatenados entre sí que inciden en la transformación del territorio.

De acuerdo con Dubois, (2014) el Desarrollo Humano local, se puede definir como el enfoque de desarrollo que incorpora elementos que provienen de tres enfoques diferentes:

- Desarrollo Humano
- Desarrollo Sostenible y
- Desarrollo Local (p.65)

En ese sentido la atención a las necesidades de las personas es el objetivo principal del desarrollo, la participación social es la base de las estrategias que se elaboran juntamente con los diferentes actores del territorio.

El territorio como un conjunto de actores organizados es el marco y a la vez el actor del proceso económico, la participación de instituciones con presencia local es relevante para fortalecer la participación ciudadana y las capacidades humanas son la referencia fundamental del desarrollo que se incrementan a través de la educación y la equidad de género.

El Desarrollo Humano Local, contempla asegurar que las personas disfruten de una vida plena, tengan acceso a la salud, educación, vivienda, alimentación, recreación, integridad física, emociones, afiliación, lo cual puede ser posible haciendo uso del desarrollo endógeno del territorio.

Si se hace hincapié respecto al desarrollo humano y las mujeres, es importante que desde las corrientes feministas se ha mantenido una postura crítica frente a la mayoría de las formulaciones sobre la igualdad de los derechos o en otras áreas como la pobreza, la desigualdad, o el bienestar, por tomar como punto

de partida conceptos que no tienen en cuenta la especificidad de la situación de las mujeres.

Al respecto sobre la temática Dubois, (2014) hace mención de lo siguiente:

A partir de esa premisa, su pretensión de abstracción y de neutralidad en las diferencias de sexos resulta discriminadora para las mujeres. Esta crítica se ha hecho de manera especial de la mayoría de las teorías de la justicia, tanto en los enfoques idealizados como los relativizados por ser ciegos a las diferencias de poder y de recursos y a los contextos. Sin embargo, ello no quiere decir que se niegue la posibilidad de avanzar en la elaboración de un Marco teórico y metodológico del Desarrollo Humano Local que identifique esas diferencias y que permita diseñar una estrategia de desarrollo que tenga como objetivo la equiparación de hombres y mujeres.

¿Hasta dónde el desarrollo humano ofrece un marco capaz que recoja las exigencias para la igualdad de género? El paradigma de desarrollo humano abre muchas posibilidades para la transformación de las relaciones de género y la mejora de las condiciones de las mujeres, posibilidad que una visión más economicista del desarrollo no permite. Pero, al no ser una teoría normativa completa, ni una teoría de la justicia, necesita de concreciones para evaluar los funcionamientos y las capacidades. (p.39)

Al referirse a la sociedad en su conjunto, la sociedad define los objetivos que considera deseables y también define como alcanzarlos, en ese sentido el papel de la mujer es fundamental en el desarrollo local de los pueblos, sin embargo, existen culturas que limitan el acceso a las oportunidades de participación para las mujeres. Al hablar de equidad de género se espera que la sociedad en conjunto acepte que ambos tengan participación en los procesos de desarrollo tanto a nivel local, nacional e internacional.

4.10 Muertes maternas y su implicación en el desarrollo humano

De acuerdo Pícen (2017), sobre este tema manifiesta lo siguiente:

La mortalidad materna es considerada un indicador sensible al desarrollo social, porque muchas de estas muertes ocurren por razones evitables, vinculadas a condiciones de pobreza. Hay datos estadísticos sobre el número de muertes maternas a nivel internacional y local, que resaltan la magnitud del problema, así como el conocimiento científico de las causas de estos fallecimientos; pero escasa información publicada sobre el impacto familiar y el desequilibrio que se produce cuando ocurre una muerte materna, situación que trae consigo desconocimiento sobre la real situación de los hijos huérfanos y la familia. (p.3)

Es contraproducente que existan muertes maternas a partir de la falta de atención necesaria y oportuna para las madres en periodos de gestación, tal como se comprueba en este estudio la mayoría de mujeres dejan hijos en abandono, algunos corren con la suerte de ser protegidos por otros familiares sin embargo no todos tienen la oportunidad de continuar estudiando o de tener acceso a un trabajo que les permita cubrir sus necesidades básicas, esto evidentemente afecta al desarrollo humano de los hijos negándoles un futuro promisorio.

4.11 La cooperación internacional en Guatemala

Diversos acontecimientos naturales ocurridos en Guatemala que han desenlazado una serie de compromisos y de apoyo con la comunidad internacional. Al respecto Mux, Mordhorst, y Arzú (2011) en el documento la Cooperación Internacional en Guatemala: actores, estructuras y experiencias del G13, indica lo siguiente:

Por más de una década, las políticas de cooperación y ayuda al desarrollo han pasado por intensos procesos de cambio. La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, adoptada en el año 2000 por 189 países, establece una serie de objetivos ambiciosos que abarcan desde la reducción a la mitad de la extrema

pobreza hasta la consecución de la enseñanza primaria universal para el 2015. Al mismo tiempo, los reducidos impactos que la cooperación al desarrollo ha tenido en la persecución de sus objetivos generales, como el desarrollo humano y la disminución de la pobreza, llevaron a una intensa reflexión sobre la eficacia de la ayuda. (p.13)

4.12 Incidencia de la cooperación internacional en la reducción de las muertes maternas.

Dentro de los aportes que la Cooperación internacional de acuerdo con diversos estudios, se encuentra: El Protocolo para la Vigilancia de la Mujer Embarazada el cual se constituye como una poderosa herramienta que puede contribuir a disminuir las muertes maternas.

Según el Ministerio de Salud Pública y asistencia Social MSPAS (2011), este documento fue creado el 17 de agosto de 2010, como parte de los procesos implementados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS para mejorar la atención de las mujeres embarazadas y reducir las muertes maternas en el país. (p.8)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017) cada día pierden la vida 1,500 mujeres a causa de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto. Según los registros del MSPAS (2016) en Guatemala, en los últimos nueve años han muerto 2,431 mujeres a causa de complicaciones relacionadas con el parto, muchas de las cuales son prevenibles, por lo que se cuenta con una guía/protocolo para atención y seguimiento de las mujeres embarazadas. (p.23)

Esta guía técnica fue elaborada con los aportes del Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS, Sistema Integral de Atención en Salud y con el apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El documento integra una ficha elaborada por la OMS que

ayuda a identificar a las mujeres embarazadas en riesgo e identifica los puntos críticos para la atención de ésta, desde el nivel comunitario hasta la red de servicios de salud. (p.23)

El Protocolo que fue distribuido a los trabajadores de la red de servicios de salud permite desarrollar una vigilancia activa de las señales de peligro en mujeres embarazadas para facilitar su referencia oportuna a un servicio de salud y evitar las muertes. Como parte de este proceso, el MSPAS capacitará al personal sanitario para poder aplicar los pasos que se establecen en la guía, y aplicará un sistema de verificación del uso de este Protocolo. (MSPAS, 2017 p.24)

—La OPS/OMS (2017), en Guatemala, reconoce que: “toda mujer embaraza se considera de riesgo, no obstante, hay condiciones que demandan una vigilancia oportuna, como en el caso de las madres adolescentes, o las mayores de 35 años, con antecedentes de preeclampsia o eclampsia, o cesáreas previas”. (p.28). Estas condiciones se ven agravadas si la persona está en áreas remotas, como ocurre en la mayoría de las comunidades del municipio de la Libertad, departamento de Petén y aledañas al Centro de Salud de la aldea el Naranjo, de la misma jurisdicción. Las mujeres más afectadas por las muertes maternas son pobres, viven en el área rural y son indígenas.

Según la OPS (2016)

“La mortalidad materna preocupa a todos, su reducción a la mitad es una meta del Milenio con la que el país se comprometió y es la prioridad para OPS/OMS, debemos realizar un manejo del tema diferencial y de tipo intercultural de la salud materna, solo así se podrá direccionar acciones a nivel comunitario como a nivel del sistema de salud institucional para maternidad segura” (p.25).

El tema sobre las muertes maternas preocupa sin duda alguna a nivel mundial, nacional y local, esto se evidencia en las diversas teorías abordadas que sustentan este proceso investigativo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, reconoció y aceptó los compromisos adquiridos desde el año 2000, con el objetivo No. 5 de en ese entonces objetivos del Milenio, en donde se comprometió a reducir la mortalidad materna en Guatemala, en ese entonces el país era el cuarto con los más altos índices de muertes maternas en América Latina y el Caribe y aunque los resultados son positivos para la institución el problema social continua sobre todo en el área rural, en mujeres indígenas y sin acceso a la educación ni a los servicios básicos de salud.

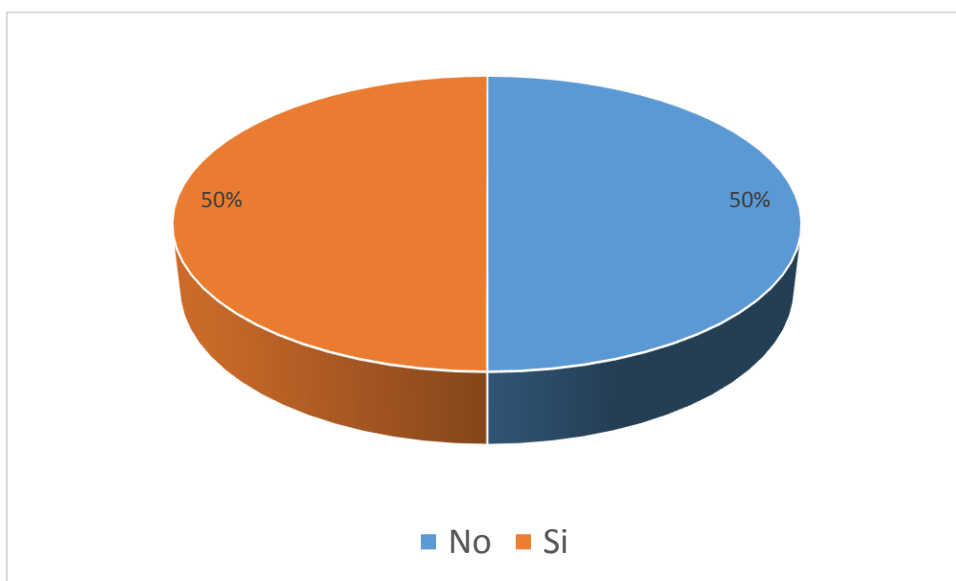
CAPÍTULO V

Presentación, discusión y análisis de resultados

Los resultados que a continuación se presentan responde a la investigación realizada en la comunidad de El Naranjo jurisdicción del municipio de la Libertad, Petén con los cuales se analizó las causas socioeconómicas de la mortalidad materna de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén. Los sujetos de investigación estuvieron constituidos por: 42 núcleos familiares de las víctimas de muertes maternas, ubicadas en 10 comunidades adyacentes a la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.

También se tomaron como unidad de análisis las mujeres embarazadas que asistían al Centro de Salud para sus respectivos controles prenatales por lo que se abordaron 15 de ellas de manera aleatoria, en los días de consulta prenatal. Así mismo se aplicó una entrevista 25 empleados de los centros de salud de las comunidades abordadas, con el fin de conocer sobre las disposiciones con que cuentan, ya sea en equipo, materiales e insumos disponibles para la atención a las mujeres embarazadas que requieren atención prenatal, además se entrevistó al Delegado Regional de la Procuraduría de los Derechos Humanos de la Región Norte y a un Director del Distrito de Salud.

Gráfica 1. Acceso a un Centro de Salud para control del embarazo



Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

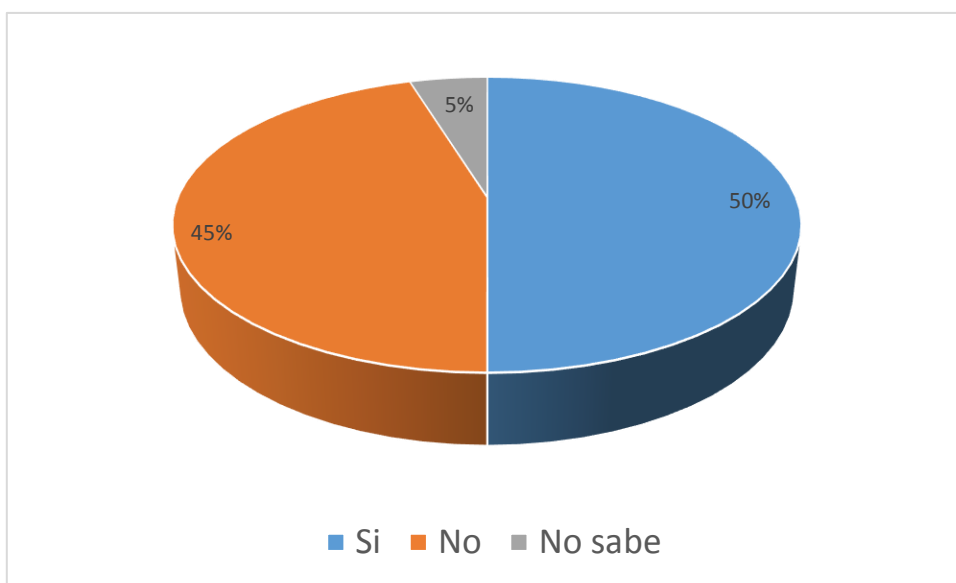
Según los núcleos familiares el 50% de las mujeres fallecidas tuvieron acceso a los servicios de un centro de salud, para el control del embarazo, pues lo consideraban importante debido a que las pacientes ya presentaban síntomas diversos de complicaciones, tales como presión arterial alta y fatiga desde los primeros meses del embarazo. Algunos miembros de las familias indicaron que por la distancia del lugar donde vivían hacia la ubicación del centro de salud, solamente tenían acceso una vez al mes para tomarse la presión y las respectivas medidas y peso del feto, sin embargo, por cuestiones de emergencias eran atendidas por comadronas desde sus hogares. El 50% señaló que no tuvieron acceso a ningún Centro de Salud, por las siguientes circunstancias: vivían en parcelas y fincas privadas a largas distancias de las comunidades, lo cual les dificultaba el acceso, pues generalmente el único medio de transporte es en motocicleta o a caballo, medios que se convertían en un riesgo para la condición de la paciente.

En relación a los controles médicos realizados durante el embarazo, los núcleos familiares indicaron que las mujeres durante el periodo de gestación asistieron al centro de salud, no le dieron seguimiento al control médico debido a que no lo consideraron importante, aunque otros porque no tuvieron dinero disponible para cubrir el costo, aunque prevalece el hecho de que en las comunidades donde estaban viviendo no tenían un acceso a un centro o puesto de salud, por otra parte indican que el hecho de ser indígenas no les da la oportunidad de tener el mismo acceso a los servicios de salud de la misma manera que se les brinda a los no indígenas.

Las pacientes que se realizaron los exámenes estuvieron enfocadas a: presión alta, hematología y control de peso, estos fueron realizados en los centros de Salud donde recibieron asistencia médica, solo un porcentaje menor del 2% se realizó controles prenatales a través de ultrasonidos, como una orden directa de médico, debido que el feto estaba mal posicionado y ocasionaba molestias a la madre.

Es importante que dentro de las razones por las cuales las mujeres no se realizaron los controles médicos prevalecen a que no sabían que se los tendrían que realizar, otras porque no lo consideraron necesario ya que con los anteriores embarazos no tuvieron necesidad de ello, aunque también prevalece la falta de recursos económicos.

Gráfica 2. Mujeres que tomaron multivitamínicos

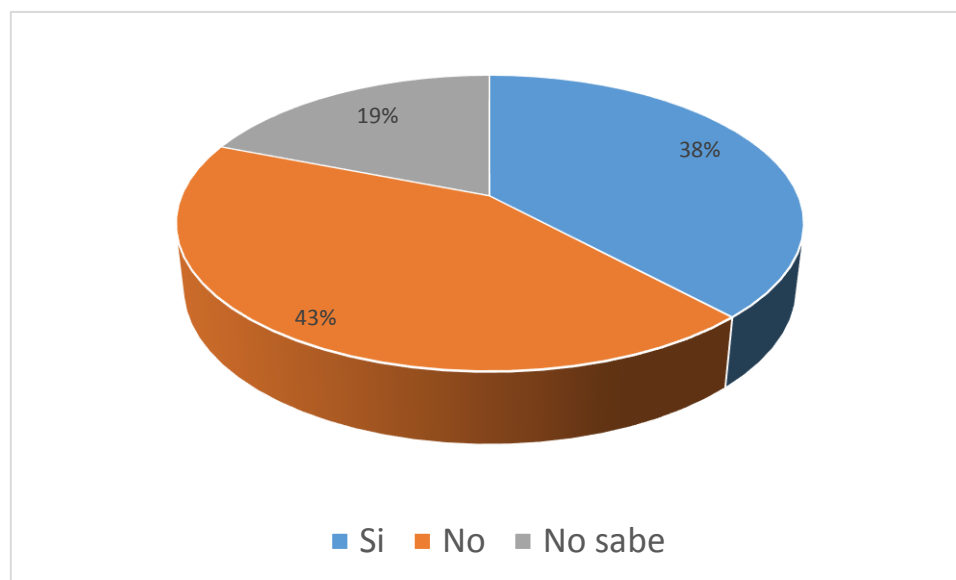


Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

Durante el embarazo es importante el consumo de vitaminas, pues se constituye como un medio para que la madre fortalezca sus defensas y esté preparada para la llegada del nuevo miembro de la familia, al respecto el 50% de los núcleos familiares, manifestó que las mujeres si, tuvieron acceso a multivitamínicos, debido a que lo recibían en el Centro de Salud durante las visitas para el control prenatal.

El 45% indicó que no tuvieron acceso a multivitamínicos, debido a que no asistieron a sus controles prenatales, no sabían que era necesario ya que por lo general ellos consumen plantas comestibles con altos niveles de hierro y otros nutrientes, aunque algunos manifestaron no estar acostumbrados a tomar vitaminas ni otro tipo de medicamentos, el 5% informó que no tienen información al respecto.

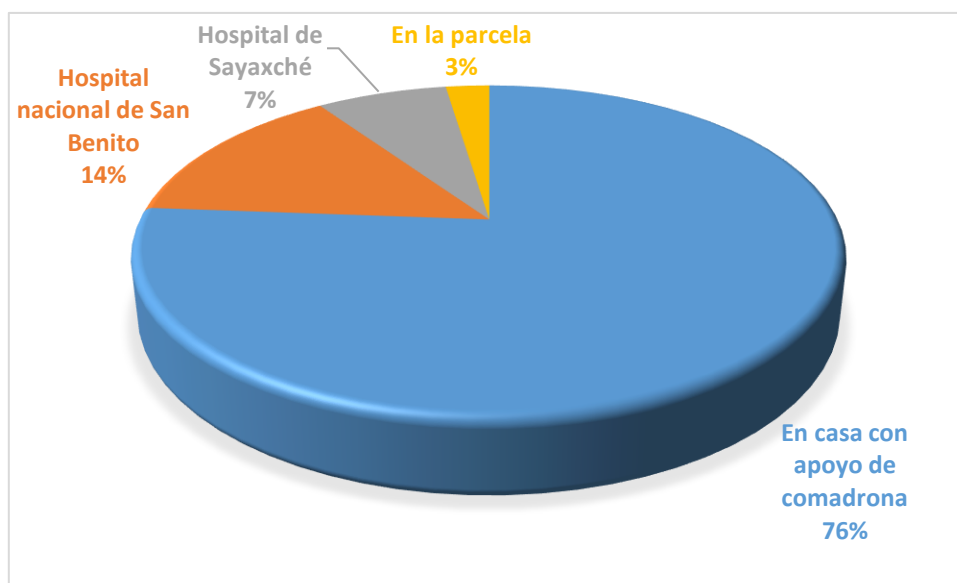
Gráfica 3. Mujeres que tomaron ácido fólico



Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

El 43% de los miembros de las familias entrevistadas indicaron que las mujeres no tomaron ácido fólico antes, ni durante el embarazo, algunos manifestaron que, aunque se los proporcionaron en el Centro de Salud no hubo consumo por parte de las mujeres embarazadas, ya que no tenían hábito de administrarse ningún medicamento, otros manifestaron que no lo recibieron en el centro de salud porque no había en existencia durante las veces que asistían a sus controles prenatales. El 38% indicó que las mujeres si tomaron ácido fólico ya que lo consideraron necesario e importante para el desarrollo del embarazo, solamente el 19% manifestó que no sabe si tuvieron el medicamento o si lo administraron durante el embarazo.

Gráfica 4. Lugar donde ocurrió el parto



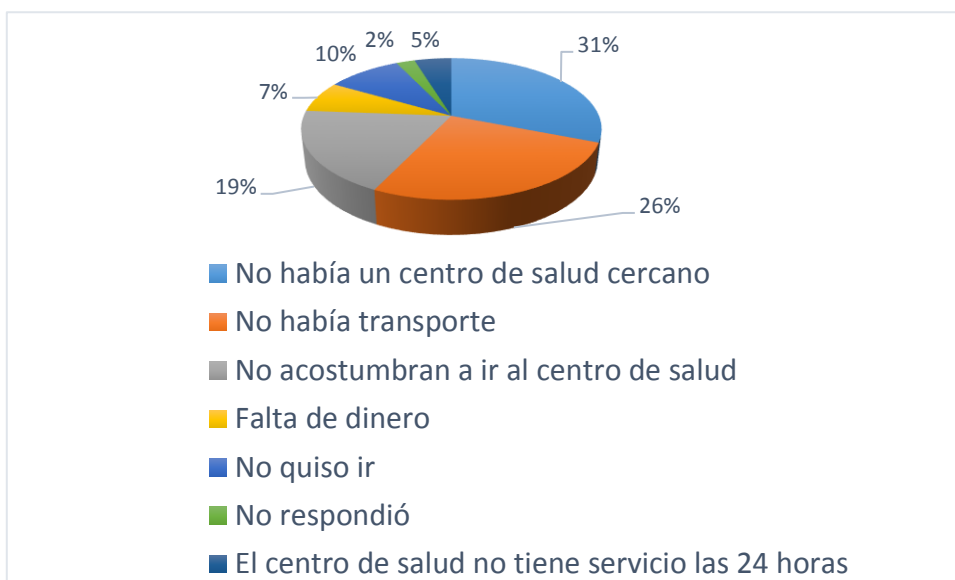
Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

Por cuestiones culturales e ideológicas, la mayor parte de las mujeres en el área rural de Guatemala, prefiere ser asistida por una comadrona durante la labor del parto, lo cual complica la situación y vulnera la seguridad tanto del recién nacido como de la madre, aunado a ello se encuentran con comadronas que no han sido capacitadas por el Ministerio de Salud, debido a que no tienen acceso a orientaciones médicas previo a prestar esa asistencia y han aprendido derivado de las circunstancias que les ha tocado vivir por lo tanto tampoco tienen acceso a un botiquín de primeros auxilios como las comadronas del área urbana. El 76% de los núcleos familiares manifestaron que el parto se realizó en sus hogares, el parto ocurrió por la noche o madrugada. Esto no permitió que tuvieran apoyo del personal del Centro de Salud, pues en la mayoría de los casos, lo enfermeros encargados no habitan en la comunidad, es decir, viajan diariamente al lugar y algunos solo se presentan una vez al mes para atender diferentes necesidades de salud en las comunidades.

El 14% tuvo acceso al hospital de San Benito y un 7% al hospital de Sayaxché, en ambos casos, el acceso se tuvo de manera obligada al no tener un resultado satisfactorio durante la labor de parto asistido por la comadrona, en situaciones donde indicaron que la madre ya había perdido fuerzas, con hemorragia abundante y placenta no extraída, esto como consecuencia de no haber asistido a ningún control médico prenatal y de no contar con las indicaciones necesarias durante el proceso del embarazo. Las familias reconocen que no todos los partos son iguales y que las madres deben hacer el esfuerzo de buscar ayuda médica por lo menos una vez cada dos meses. El 3% de los partos sucedió en parcelas y fincas privadas, alejadas de todo acceso médico y comadrona.

Los familiares que acudieron a un hospital indicaron que fueron discriminados al momento de ingresar y que no fueron atendidos de manera inmediata lo cual complicó el caso, manifestaron que la discriminación prevalece en todas las instituciones del gobierno debido a su condición social y económica, así como el hecho de pertenecer a un pueblo indígena y las dificultades que les ocasiona no hablar con claridad y perfección el castellano.

Gráfica 5. Razones por las que no asistió a un Centro de Salud para la atención del parto



Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

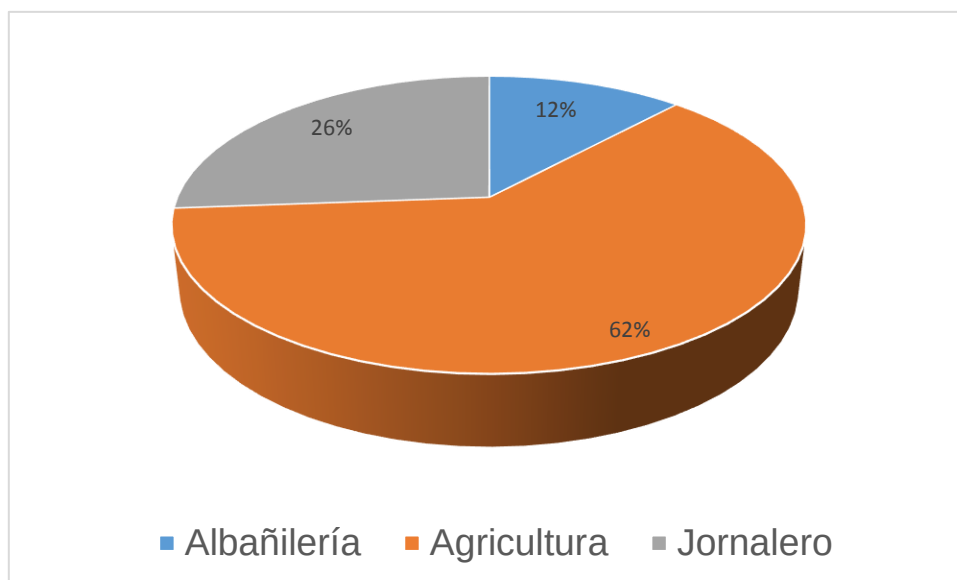
En comunidades rurales por lo general los centros de salud no tienen cobertura las 24 horas del día, la mayoría no tiene infraestructura adecuada para la atención de partos ni personal adecuado, en la mayoría de las comunidades sobre todo en el área rural con adyacencia a la Reserva de la Biósfera Maya, no existen los centros de salud, solamente una unidad mínima de salud que raras veces tienen presencia de un auxiliar de enfermería, El área de salud correspondiente a cada distrito, planifica jornadas y visitas médicas por lo regular una vez cada mes en comunidades cercadas y aquellas que se encuentran dentro de la (RBM), solo se tiene presencia una vez cada tres meses debido a la distancia, a lo riesgoso de las carreteras y la seguridad ciudadana que no es garantizada, ante esta situación tenemos como resultado que un 31% de los núcleos familiares indicaron que no asistieron a un centro de salud para atención del parto porque no había uno cercano, el 26% manifestó que no tuvieron un medio de transporte para salir a la comunidad cercana en busca de un auxiliar de medicina, aunque prevalece también el hecho

de que el parto se complicó por la poca experiencia de la comadrona quien no advirtió a tiempo que no podía continuar con la labor del parto.

El 19% indicó que no tienen costumbre de asistir a un centro de salud, por lo que se apoyan de plantas medicinales que aceleran el parto, sin embargo, no tenían idea que el parto podría complicarse en algún momento determinado, desafortunadamente fueron mujeres que no asistieron a un centro de salud cercano para el control prenatal. Un 10% indicó que no quiso ir debido a la lejanía, a los gastos que generaba y son familias de escasos recursos integradas con numerosos miembros. Otro factor para no asistir a un centro de salud fue la disponibilidad del dinero, debido a que no tenían trabajo. Un 5% manifestó que el centro de salud no tenía cobertura las 24 horas y el parto ocurrió en horas de la noche, por lo que fue necesario apoyarse de una comadrona, aunque algunos manifestaron que es la abuela quien ayuda en la labor de parto cuya persona no cuenta con ninguna capacitación o adiestramiento en caso de complicaciones, lo cual complicó mucho más la situación. El 2% No respondió al cuestionamiento.

Al respecto es necesario que las mujeres sin importar las condiciones económicas ni grupo social al que pertenezcan tienen derecho a la información necesaria para llevar las etapas del embarazo de manera tranquila con los servicios médicos adecuados que prevengan las muertes maternas.

Gráfica 6. Principal actividad económica de la familia



Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

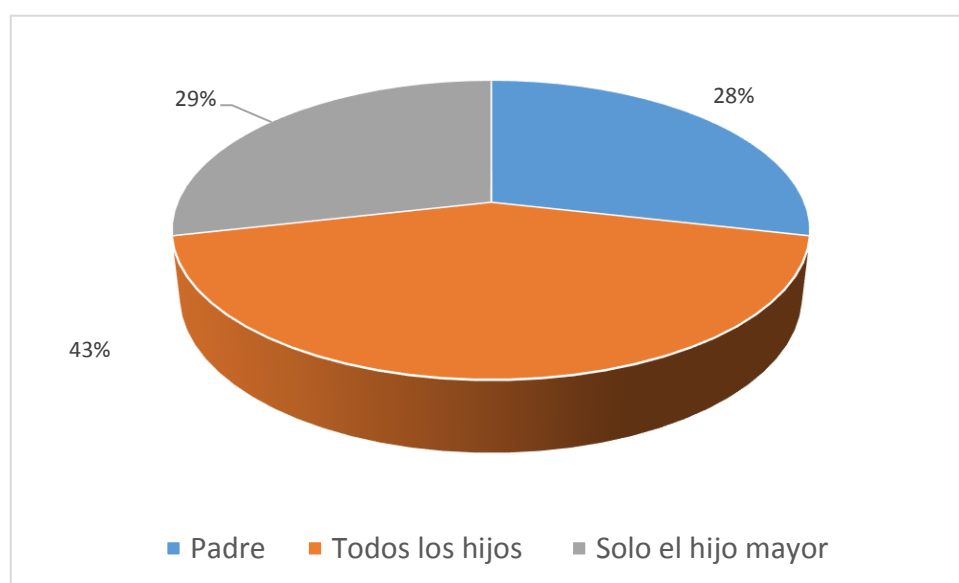
Generalmente las familias que viven en el área rural del departamento de Petén, se dedican a actividades de campo que les genera ingresos durante el año, lo cual se refleja en el presente resultado en donde encontramos que el 62% de los núcleos familiares manifestó dedicarse a actividades agrícolas, al respecto encontramos que estas familias alternan el trabajo remunerado con la labor que realizan para beneficio propio, es decir, trabajan en agricultura 3 o 4 días para otras personas y los restantes días de la semana lo emplean para realizar sus propias actividades de siembra de maíz, frijol, pepitoria y chile.

La cosecha de maíz la tienen dos veces al año de igual manera el frijol, a excepción del chile y la pepitoria que solamente la aprovechan una vez al año. Es importante mencionar que la mayoría de las familias no cuenta con una parcela propia lo cual los obliga a alquilar la tierra para cada cosecha, algunas veces a otros vecinos, aunque prevalece la renta al mismo patrón donde realizan el trabajo de agricultura de manera remunerada.

El pago que por lo regular se recibe por cada jornal es de Q50.00 (cincuenta quetzales) por día, en donde el jornal inicia a las cinco de la mañana y finaliza a las cuatro de la tarde.

El 12% indicó que trabaja en albañilería, aunque no siempre hay trabajo de este tipo, quienes la realizan deben emigrar a otros municipios e incluso viajan hasta la ciudad capital para emplearse en constructoras. Un 26% realizan actividades de jornales, en fincas privadas o en trabajos ajenos, aunque generalmente lo que más prevalece es la limpieza de potreros que se da tres o cuatro veces al año, el tiempo restante no lo emplean para ninguna otra actividad.

Gráfica 7. Miembros del hogar que trabajan para el sostenimiento

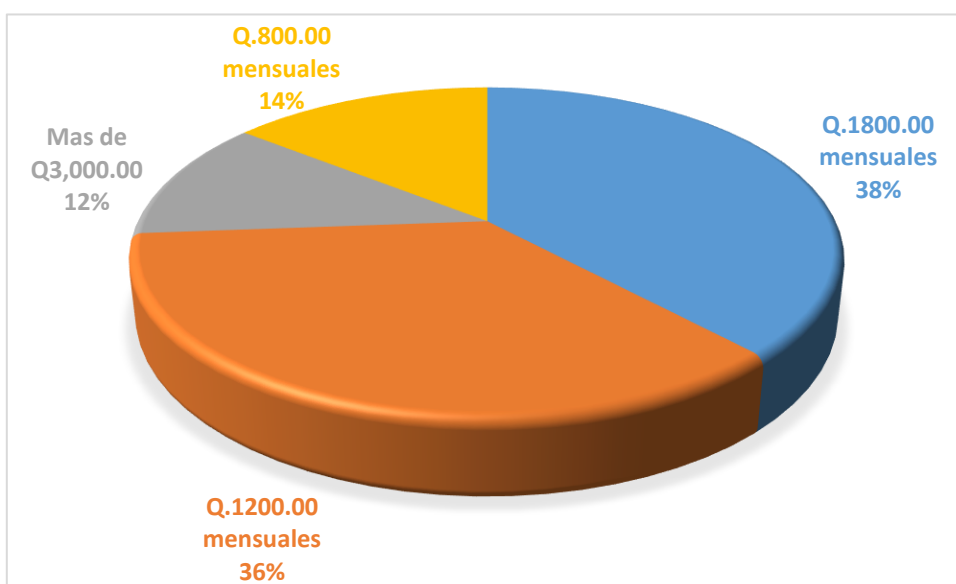


Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

Con base a las entrevistas realizadas se tiene como resultado que en un 43% son los hijos mayores quienes trabajan para el sostenimiento de los hogares, es decir, son quienes se esfuerzan para llevar, alimentos, vestuario, medicamentos y estudios a los demás miembros de la familia, esto derivado de algunas

circunstancias tales como: el padre es de edad avanzada o está enfermo sin condiciones de realizar labor alguna, aunque en pocos casos se registró que esto se debe a que el padre ha formado un nuevo hogar y no tiene responsabilidades con los hijos del anterior hogar. Un 29% es solo el hijo mayor porque los demás miembros son mujeres y el padre no trabaja. Un 28% indicó que solamente el padre es quien se encarga del mantenimiento del hogar ya que los hijos mayores han formado su propio hogar y ya no viven con la familia.

Gráfica 8. Promedio de ingreso mensual en los hogares



Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

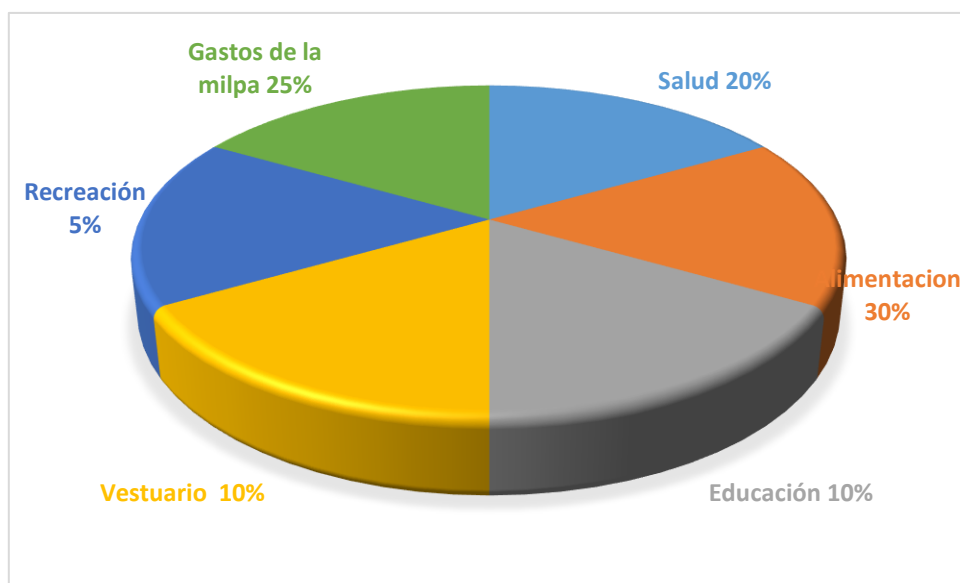
El desarrollo humano de las personas y familias depende en gran manera de los ingresos económicos adquiridos para el sostenimiento del hogar, ya que con ello cubren costos de educación, salud, vivienda y recreación entre otros, al respecto el 38% de los núcleos familiares tiene un ingreso de Q1, 800.00 (mil ochocientos quetzales), este porcentaje lo obtiene a través de jornales en actividades agrícolas y ganaderas realizado en fincas privadas, pero además este segmento representa a quienes realizan actividades agrícolas propias, es decir, además de los jornales

también realizan actividades de agricultura propia, lo cual les permite sacar a la venta un 50% de los productos cultivados. El 36%, tiene un ingreso de Q1200.00 el cual lo obtienen a través de jornales solamente, son familias que no tienen parcelas y tampoco alquilan para cultivo propio, los días promedio laborado a la semana es de 4 a 5 días. El 14% registra un promedio de ingreso mensual de Q800.00, obtenido a través de jornales con un promedio de 3 a 4 días laborados por semana, son familias que no realizan actividades de cultivo propio y dependen únicamente de los jornales que realizan eventualmente.

Estas familias por lo regular son aquellas que consumen leche y carnes una vez al mes, no tienen crianza de aves de patio y tampoco porcinos porque los ingresos no alcanzan para cubrir costos de alimentación y gastos de vacuna para los animales. Es importante mencionar que este segmento no cuenta con vivienda propia y por lo regular no se establecen definitivamente en una sola comunidad, debido a que en los últimos dos años se han movilizado de otras comunidades y aunque regresen posterior a las cosechas, los niños no asisten a las escuelas y si lo hacen no culminan el ciclo escolar. Los adultos de la familia saben leer, pero no saben escribir y no asistieron a la escuela para la formación respectiva.

El 12% de los núcleos familiares tienen un ingreso promedio de Q3,000.00, tres mil quetzales, son familias que cuentan con parcelas propias, se dedican al cultivo de maíz, frijol, pepitoria y chile, además son productores de leche y cuentan con contrato de entrega a una empresa nacional, tienen casa propia y las condiciones de la vivienda son óptimas en infraestructura, a excepción de los servicios sanitarios. Los miembros de estas familias tienen acceso a la educación y más de algún miembro es empleado de alguna empresa o finca privada.

Gráfica 9. Distribución de los ingresos mensuales en los hogares



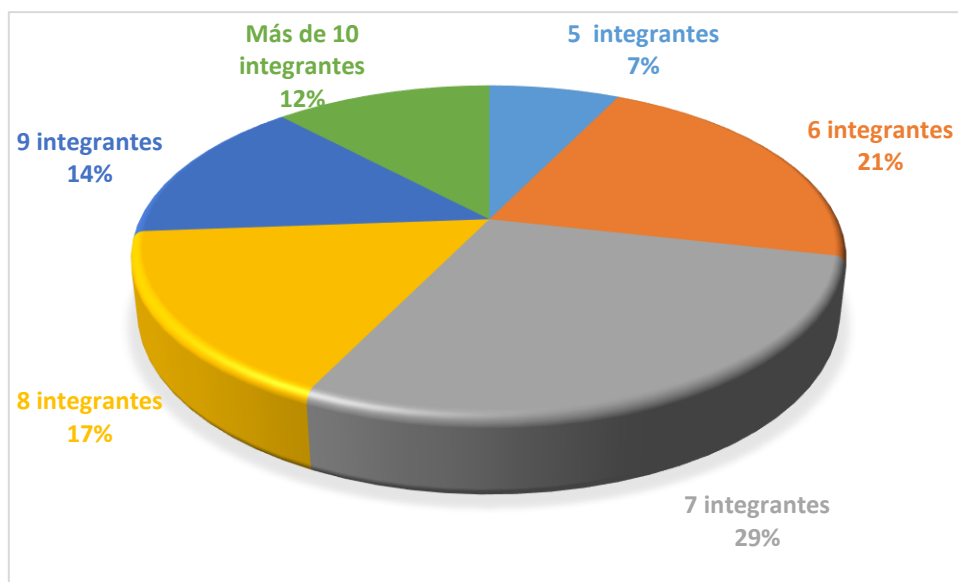
Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

La calidad de vida de las familias depende de la inversión que se realice en busca del bienestar del grupo, la mayoría de los núcleos familiares distribuye sus ingresos de la siguiente manera: 30% lo dedican a la alimentación, la mayoría consume leche, queso y carne una vez al mes, muy pocos una vez por semana, la principal fuente de alimento se constituye por el frijol el cual es de consumo diario, los huevos una o dos veces por semana, tienen mucho más acceso a plantas comestibles como el chipilín y la hierba mora, no tienen alto consumo de vegetales debido a que el mercado y/o área central donde los venden está retirado de su lugar de habitación y tampoco las producen; 25% a los gastos que genera la siembra de los cultivos, se utiliza para la compra de fertilizantes, para combatir las malezas; 20% para costos de salud, estas familias no visitan los centros de salud y según indicaron cuando tienen problemas de salud, acuden directamente a las farmacias en donde manifiestan los síntomas que padecen para luego adquirir el medicamento a sugerencia del farmacéutico.

Un 10% es invertido en educación, asumen que esto generalmente se da para la compra de zapatos en los días de independencia, por lo regular no invierten en uniformes ya que se benefician a través de los programas de gratuidad del Ministerio de Educación que incluye desde la inscripción, alimentación escolar, útiles escolares y materiales de enseñanza que se les provee directamente a los docentes ya que los niños no aportan más que la presencia en los establecimientos públicos. Es importante mencionar que hay pocas familias que no envían a sus hijos a la escuela debido a que donde viven no hay escuelas o viven en fincas privadas y deben ir a la siguiente comunidad, sin embargo, por cuestiones de seguridad no asisten.

10% se invierte en vestuario, aunque no compran directamente en los mercados sino a través de las ventas de ropa americana debido al bajo costo, la mayoría de las familias entrevistadas indicaron que por lo regular una o dos veces al mes llegan vendedores de ropa con quienes pueden adquirirlos a bajo costo, aunque prevalece el intercambio de las prendas de vestir por las aves de corral como: gallinas, patos y pavo. El 5% lo invierten en recreación según indicaron en visitas al área central de Petén, específicamente a Santa Elena, en donde los comercios son más diversificados y pueden tener acceso al mercado y otros centros comerciales. Una vez cada dos años viaja a sus lugares de origen para visitar a los demás miembros de la familia ya que la mayoría no son originarios del departamento del Petén.

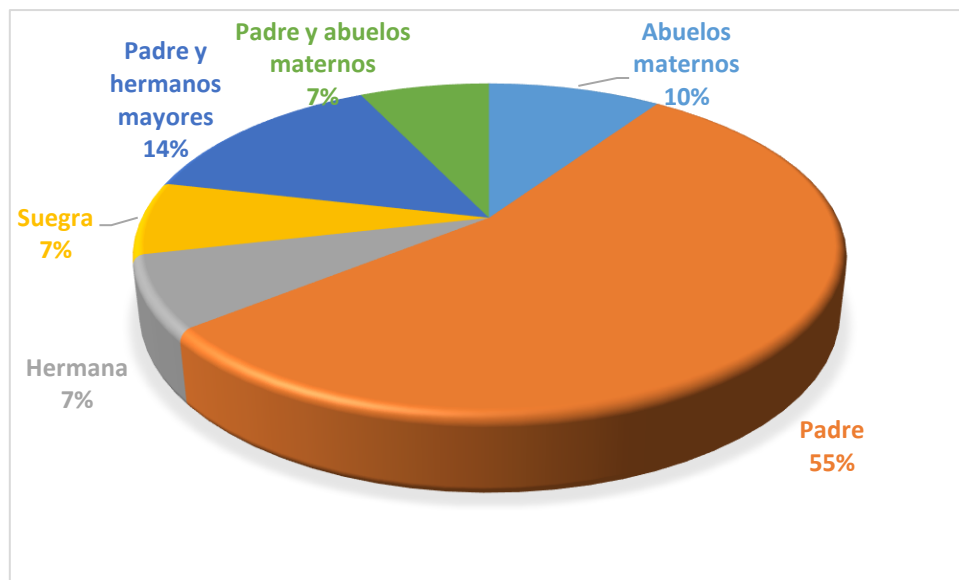
Gráfica 10. Promedio de integrantes por familia



Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

En el área rural de Guatemala por lo regular las familias son numerosas y escasos recursos económicos, al respecto los núcleos familiares de las mujeres registradas en los casos con muertes maternas un 29% está integrada con 7 miembros, lo cual los coloca en una situación de riesgo debido a que el costo de la canasta básica es elevado y no todos los hijos tienen las mismas oportunidades de superación ni de bienestar. un 21% se integra por seis personas, en la mayoría de estos hogares es el hijo mayor es quien ha quedado a cargo de los hermanos menores. El 17% se integra con 8 miembros, algunos de estos niños han quedado bajo el cuidado de familiares cercanos debido a que son familias que han inmigrado de otros departamentos de la república, son pocos los que cuentan con la presencia de los abuelos paternos o maternos. El 14% de los núcleos familiares se integra por nueve miembros, en este caso se registra que el padre de familia ya tiene otra pareja con otros hijos menores de edad, el 12% se integra con más 10 miembros y solamente el 7% tiene un promedio de 5 miembros por familia.

Gráfica 11. Personas encargadas del cuidado de los niños huérfanos

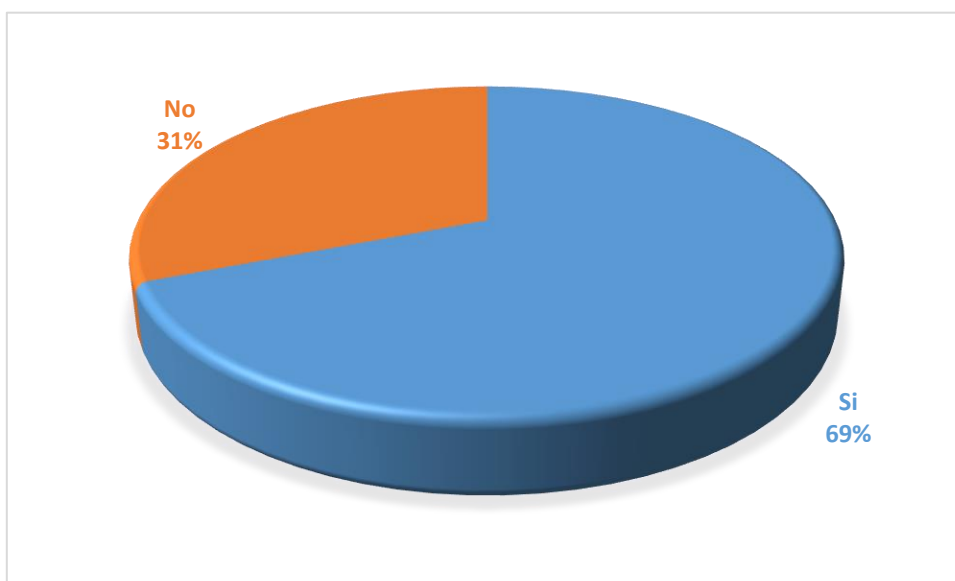


Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

Después del acontecimiento que representa la pérdida de la madre de familia, el futuro de los hijos es incierto e inseguro, algunas veces se torna en conflicto entre los familiares respecto al cuidado de los hijos, pues algunas familias tienen demandas judiciales para la custodia de los menores. En este sentido se registra que un 55% de los niños están al cuidado del padre, viven en la misma casa con sus hermanos e incluso algunos padres ya tienen otras esposas con otros hijos lo cual incrementa el número de miembros en el hogar. El 14%, está al cuidado de los padres y hermanos mayores que, aunque ya tienen familias independientes aún se preocupan por el cuidado del hermanito menor, el 10% está al cuidado de los abuelos maternos, es importante mencionar que varios de estos casos se dieron como resultado de una demanda judicial para la custodia del niño y en la mayoría de los casos el padre ya ha establecido un nuevo hogar.

El 7% comparte el cuidado de los niños entre el padre y los abuelos maternos, por cuestiones laborales el padre algunas veces debe emigrar a otros departamentos en busca de trabajo, por lo que acordaron ambas partes compartir responsabilidades. Un 7% está al cuidado de las abuelas paternas ya que el padre ha adquirido nuevos compromisos familiares con otras parejas y de igual manera un mismo porcentaje está al cuidado de la hermana mayor, viven con ellas en sus hogares y por lo regular no reciben apoyo para estudios ni gastos médicos de salud ni educación.

Gráfica 12. Hijos que continúan estudios



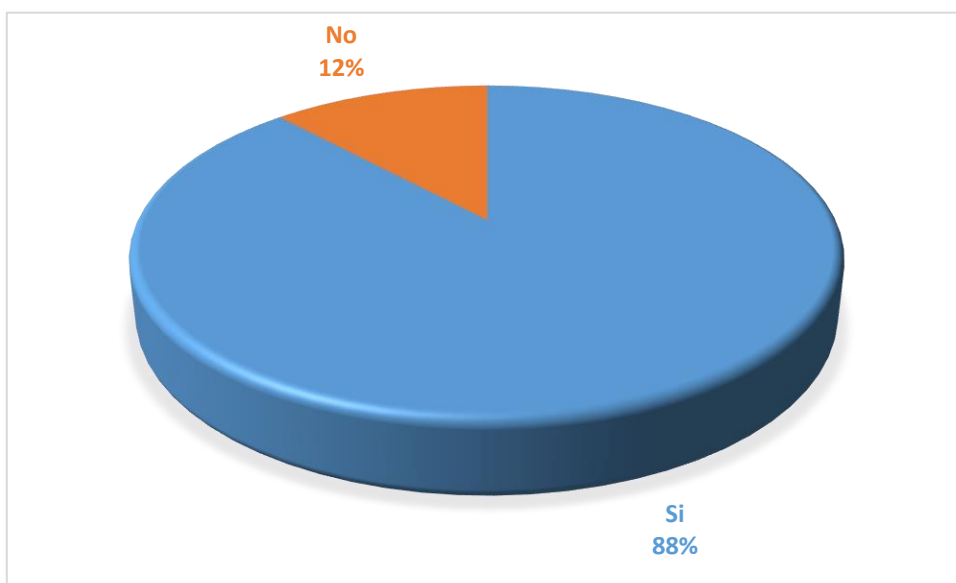
Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

La educación es un factor importante para el desarrollo humano de las personas, sin embargo, no todos tienen las mismas oportunidades ni el acceso a ella. Un 69% de los hijos continúan estudios ya que los padres y personas con quienes viven actualmente lo consideran importante para desenvolverse en un futuro como personas de bien. La mayoría de los padres de familia y encargados de los hijos consideran que el estudio es bueno ya que les dará oportunidades de

tener un mejor empleo ya que el trabajo del campo cada vez es más difícil e inseguro.

Algunas familias indicaron que los jóvenes son a los que más se le dificulta el acceso a un trabajo en las fincas privadas ya que por la edad e inmadurez, no están contratando menores de edad, solamente si tienen algún grado escolar para realizar trabajos que requieren el uso y manejo de contabilidad. El 31% de los hijos no continúan estudios debido a varias razones entre ellas, que son de escasos recursos económicos y con familias numerosas, otros porque no hay una escuela en la comunidad donde viven y se les dificulta ir a otra donde si hay escuela, mientras que una minoría viven en fincas privadas alejadas, sin poder salir eventualmente para ir a un establecimiento educativo.

Gráfica 13. Hijos que reciben control y asistencia médica

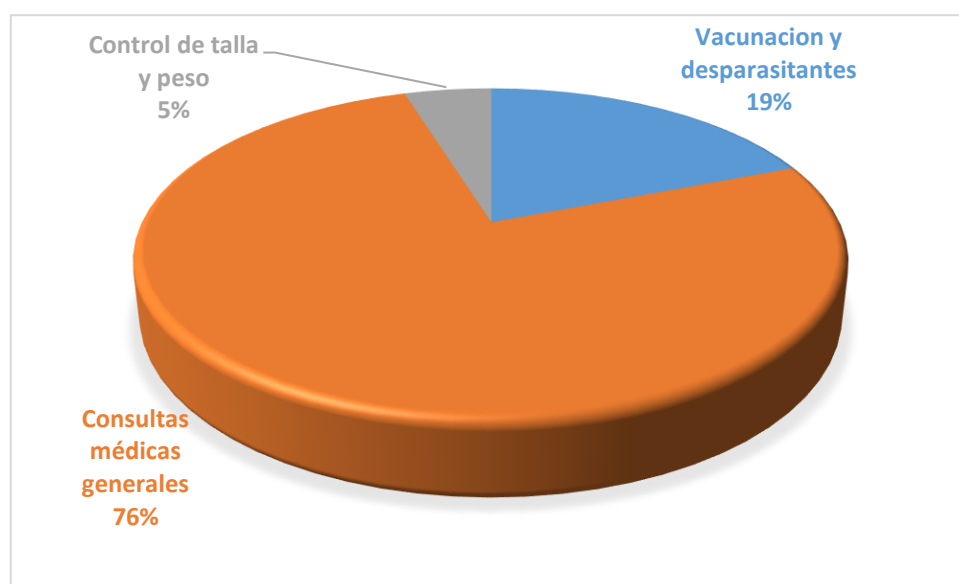


Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

Derivado de los acontecimientos familiares ocasionados por la pérdida de la madre, los miembros de familia se ven comprometidos a asistir y buscar apoyo en los centros de salud, más cercanos a su localidad, por lo que un 88% de los hijos tienen un control médico adecuado con las vacunas correspondientes a la edad, en

el caso de los menores reciben control de peso y talla y aunque un bajo número de menores ha presentado desnutrición aguda, por lo que reciben visitas del personal de salud quienes les imparten charlas sobre preparación de alimentos, higiene personal, desparasitación entre otros. Así mismo indicaron que existen algunos grupos de apoyo que llegan a las comunidades eventualmente como el Vicariato apostólico y Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación, con quienes reciben capacitación en la preparación de alimentos utilizando los cultivos y plantas comestibles del lugar, así mismo otras actividades que les ayudan a generar ingresos económicos a sus hogares.

Gráfica 14. Tipo de control y asistencia médica que reciben los hijos que han quedado sin cuidados maternos.



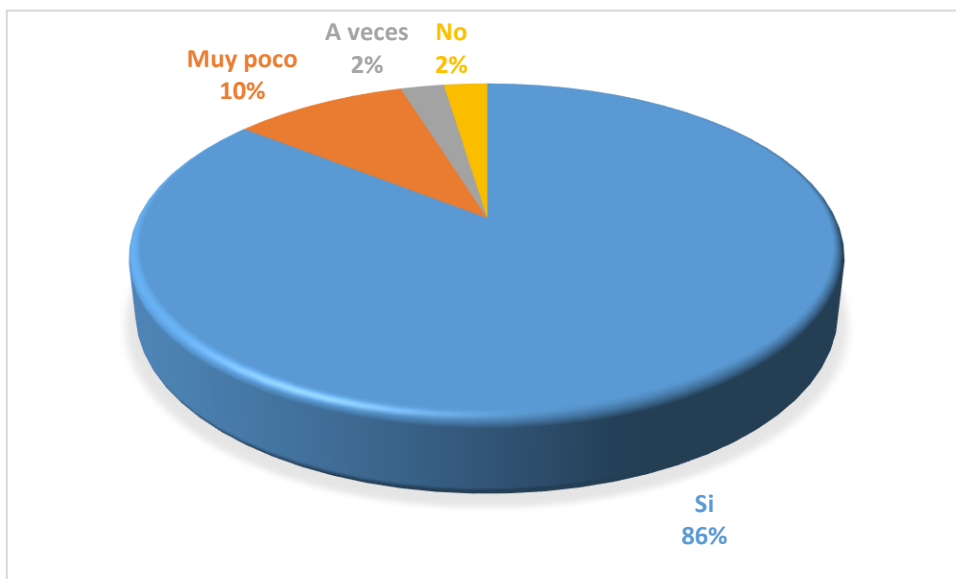
Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

Al considerar que el cuidado de la salud es vital en los seres humanos, las familias hacen uso de diferentes medios para la atención de esta, realizando diferentes tipos de control y asistencia médica, al respecto el 76% recibe consultas médicas generales, esto ya sea en los centros de salud o bien en hospitales o clínicas privadas. Dentro de las consultas médicas generales las que más

prevalecen están los exámenes para el tratamiento de la diabetes, presión alta, molestias musculares y artritis, aunque en el caso de las adolescentes se registra frecuentemente el control de los ciclos menstruales que en algunos casos son muy dolorosos o periodos abundantes.

Un 19% prioriza las vacunas y desparasitante, debido a que eventualmente presentan diarreas, vómitos y gastritis. Las familias manifestaron que, aunque los niños que asisten a las escuelas reciben dosis cada seis meses de desparasitante, esto no es seguro y siempre los vulnera debido a que no toda la familia recibe el tratamiento a la vez. Por otra parte, la mayoría de las comunidades obtiene el agua de consumo diario proveniente de ríos, arroyos y aguadas (lugares naturales donde se mantiene agua dulce durante todo el año) de donde se abastece toda la población de humanos y de animales entre los cuales se mencionan los caballos y cerdos. El hecho de que en el mismo lugar se abastecen tanto personas como animales coloca en riesgo la salud de los habitantes de las comunidades, ya que los animales por lo regular no se desparasitan y son portadores de diversas bacterias y parásitos lo cual al ser consumida el agua por la población se enferma pues la fuente de agua ya está contaminada. Un porcentaje menor correspondiente al 5% realiza controles médicos sobre el peso y talla de los niños menores de cinco años, pues lo único con que cuentan en sus comunidades, ya que no les proveen ni vitaminas ni otro suplemento vitamínico para mejorar la salud.

Gráfica 15. Comunicación entre los miembros de la familia



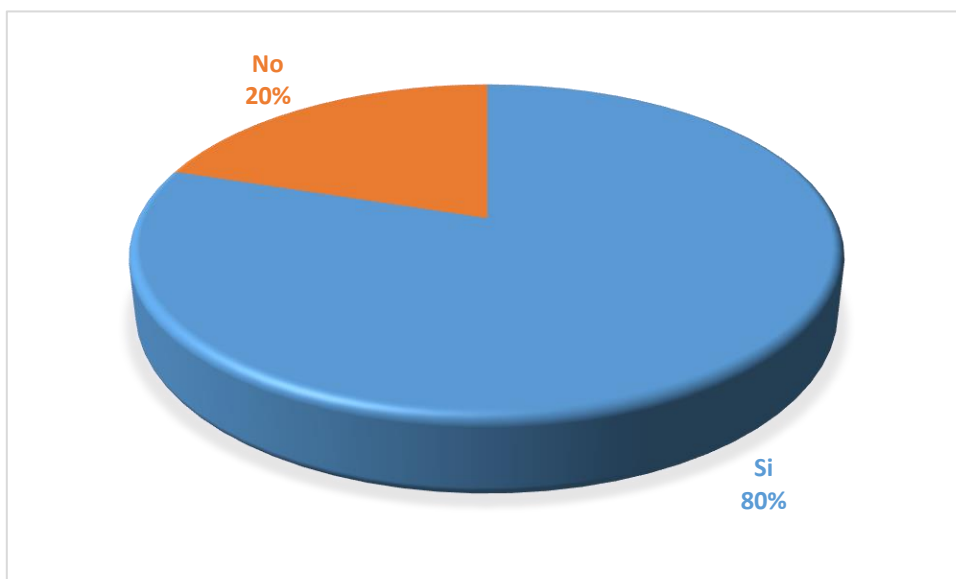
Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

La comunicación es un factor importante para mantener una buena relación entre los miembros de la familia, sobre todo con los menores de edad que son quienes después de un acontecimiento inesperado como la pérdida de la madre necesitarán palabras de consuelo y ánimo para sobrellevar lo sucedido. En ese sentido el 86% de las familias mantienen una comunicación fluida y constante con los demás miembros de la familia, además las relaciones parecen haber mejorado entre hermanos ya que no hay peleas ni conflictos frecuentemente.

Un porcentaje menor correspondiente al 10% indicó que la comunicación es muy poca, ya que algunos miembros trabajan por largas jornadas fuera de la casa, lo que implica que salen muy temprano y regresan tarde a la casa, por lo tanto, no hay comunicación, por el poco tiempo que les queda y el cansancio y otros compromisos que tienen. Por otra parte, manifestaron que ya no existe una

comunicación como antes del acontecimiento, pues se ha desarrollado una serie de culpabilidad entre los miembros y el resentimiento ha crecido entre hermanos. Un 2% indicó que raras veces tienen comunicación tanto interna como externamente con los miembros de la familia y de igual cantidad es el porcentaje que indicó no tener ninguna comunicación, ya que los niños viven con parientes diferentes y no tienen comunicación entre hermanos y menos con el progenitor quien ha formado un nuevo hogar.

Gráfica 16. Existencia de un plan de monitoreo y equipamiento en el Centro de Salud para mujeres embarazadas



Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

El Ministerio de Salud ha incrementado esfuerzos en los últimos años para reducir la mortalidad materna infantil, al respecto un 80% del personal entrevistado que labora en el Centro de Salud ubicado en la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, y otros Puestos de Salud en comunidades adyacentes, manifestaron que sí cuentan con un plan de monitoreo para las mujeres embarazadas, esto permite que tengan sus controles prenatales, les proveen

alimentos en caso de aquellas que se encuentran con anemia derivado de una mala nutrición, así mismo se les brinda multivitamínicos y ácido fólico a todas las mujeres en edad fértil con el propósito de prevenir embarazos riesgosos o que tengan malformaciones que pueden prevenirse con un control prenatal adecuado.

El plan de monitoreo a las mujeres en estado de gestación consiste en que además de que reciben multivitamínicos y vacunas también son capacitadas en diversos temas, sobre todo las primerizas, a ellas y en general a todas se les orienta sobre la importancia de la lactancia materna desde los primeros días hasta los seis meses, se les brinda información sobre los peligros durante el embarazo, métodos de espaciamiento entre otros.

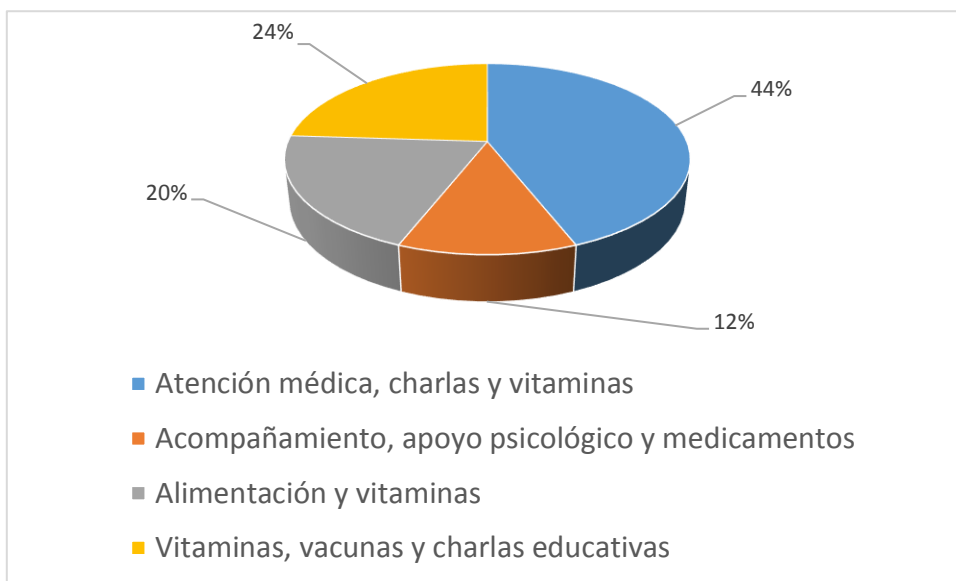
Un 20% del personal entrevistado indicó que no tienen un plan de monitoreo, sin embargo, es importante aclarar que son empleados de puestos de salud y unidades mínimas de salud, por lo tanto, la categoría es de un nivel más bajo al de los Centros de Salud, e incluso las Unidades Mínimas solamente son atendidos por un auxiliar de enfermería quien es la persona responsable de atender los diversos problemas de salud de la población en general. Para el caso de los Puestos de Salud el personal es más amplio y aunque sí, tienen un monitoreo más completo que las unidades mínimas, no atienden labor de parto, ya que no cuentan con un médico especializado ni tienen los recursos e insumos necesarios y adecuados para lo mismo, por lo tanto, éstos son referidos a un hospital más cercano o al Centro de Salud del Naranjo, Libertad, Petén.

El Centro de Salud del Naranjo, si cuenta con los planes y se evidencia su efectividad ya que los días en que se tuvo presencia para abordar a las mujeres embarazadas que acudían a sus controles se constató de la afluencia de ellas, además cuentan con un registro por paciente con las visitas domiciliarias llevadas a cabo en sus domicilios.

Se conoció al personal con que cuentan los Centros de Salud de las comunidades donde Vivian las mujeres de los casos de muertes maternas, registradas en el Centro de Salud de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, quienes indicaron que el Centro de Salud del Naranjo cuenta con personal especializado para la atención de partos cuya nominación es de tipo “B”, construido recientemente hace dos años, cuenta con área especializada para atender la labor de parto y servicio de hospitalización, este fue priorizado por la comunidad ya que los hospitales nacionales están a más de 80 kilómetros, lo cual constituye un riesgo para las mujeres que presentan dificultades al momento de dar a luz, sin embargo no es el mismo caso para los puestos y unidades mínimas de salud, en las cuales solamente se hacen servicios preventivos y educativos tal es el caso de las 10 comunidades adyacentes al Naranjo.

La relación al equipamiento en los Centros de Salud es necesario para que las mujeres embarazadas realicen sus exámenes médicos de orina y de sangre, frecuentemente cuando se le ha diagnosticado algún problema durante el embarazo. En ese sentido el Centro de Salud del Naranjo cuentan con un departamento de laboratorio debidamente equipado, en donde se realizan exámenes básicos tales como: de sangre, de orina, heces, pruebas de glucosa y malaria. Para poder realizarse los exámenes, se debe contar con una orden del Director del centro de salud, aunque hay algunos casos en los cuales solamente se recogen las muestras para ser enviados a un laboratorio privado del área central o bien directamente a la ciudad capital de Guatemala.

Gráfica 17. Tipo de apoyo que reciben las mujeres embarazadas en los centros de salud.



Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

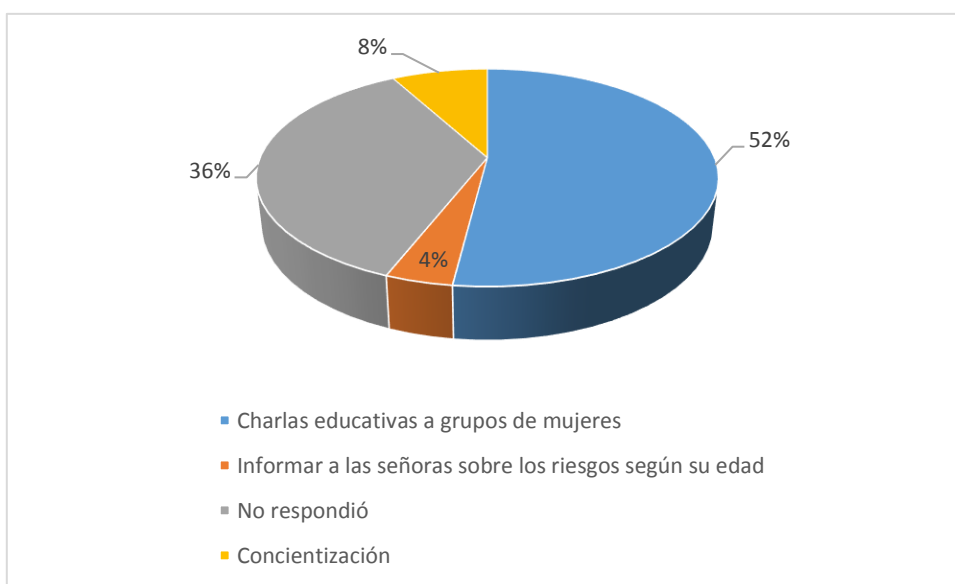
El apoyo que las mujeres en estado de gestación reciban, es vital para mantener una buena salud mental y actitud positiva, lo cual contribuye a tener como resultado un parto sin complicaciones y el producto en perfectas condiciones. Considerando esto, el Ministerio de Salud, desde el año 2013, ha incrementado las atenciones y servicios al segmento de la población femenina en estado de gestación, esto se evidencia ya que los servicios que prestan los centros, puestos y unidades mínimas de salud son diversificadas así lo indicaron las personas entrevistadas respecto a que la atención médica implica charlas y vitaminas, es el tipo de apoyo que brindan a las mujeres embarazadas, consideran que la educación es vital para asegurar el bienestar del neonato, por lo que priorizan las charlas en donde se les indica a las mujeres la importancia de la lactancia materna, la forma adecuada de manipular al recién nacido, así como el consumo de vitaminas aun después del parto para evitar contraer algún tipo de anemia, esto según indicaron

son cuidados y controles que se siguen detenidamente puesto que en las comunidades rurales las mujeres adoptan un tipo de dieta excesivamente rigurosa es decir evitan el consumo de carnes, lácteos, frutas y vegetales, hasta después de los 40 días lo cual no ayuda a la madre a una producción eficiente de leche para la alimentación debida del recién nacido.

La labor que realizan es preventiva, esto aplica directamente en los puestos de salud, donde no hay un equipo médico especializado para la atención de partos en comparación con el Centro de Salud, se indicó que la enfermera que realiza los exámenes médicos que consiste en tomar medidas del vientre, presión arterial, muestra de temperatura corporal, es la misma que de manera grupal brinda las charlas en días específicos de atención a mujeres en estado de gestación, algunos puestos de salud tienen un departamento y encargado de vacunación, otros no, y es una sola persona la que realiza múltiples funciones en la comunidad.

En algunos de los puestos y unidades de salud solo se provee alimentación cuando tienen disponibilidad, lo cual aplica solo a mujeres en estado anémico, y las vitaminas que aplican para todas las mujeres en edad reproductiva, por lo que se les proporciona a todas sin necesidad de estar embarazadas. Estas vitaminas son: ácido fólico y hierro, el cual se administra una dosis de cada una cada ocho días. Se indicó además que se les brinda acompañamiento, apoyo psicológico y medicamentos, debido a que existen casos en los que la pareja de las mujeres no están de acuerdo con el embarazo, otras se relacionan directamente con adolescentes que no están preparadas física ni mentalmente para ser padres, y otras porque son embarazos no deseados y consideran que un embarazo les complica la situación por la que atraviesan, estos casos son escasos según indicaron e identificarlos es algunas veces difícil por lo que el Centro de Salud, brinda asistencia psicológica de manera general a todas las mujeres embarazadas para disminuir riesgos.

Gráfica 18. Actividades de prevención de muertes maternas por embarazo que realizan en la comunidad



Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

Las charlas educativas a grupos de mujeres se constituyen como la principal actividad de prevención sobre las muertes maternas, así lo indicó el 52% del personal que labora para el Ministerio de salud, en los puestos y Centro de Salud de la aldea el Naranjo, municipio de La Libertad, departamento de Petén, esto es de importancia alta debido a que muchas mujeres no recuerdan la fecha en que tuvieron la última menstruación, y algunas lo consideran como una limitante para no asistir a los controles prenatales, ya que por pena a ser cuestionadas por no haber tomado antes las vitaminas y ácido fólico prefieren quedarse sin un control adecuado.

Según indicaron han comprobado que las charlas a grupos de mujeres han tenido un buen resultado, pues la información se expande fácilmente y las mujeres

sienten más confianza de ser informadas por compañeras de la misma comunidad. La estrategia utilizada consiste en que las comadronas de los diferentes barrios, se encargan de reunir a sus vecinas y amigas en una fecha y hora específica, se realiza un taller para aprender alguna actividad como la preparación de desinfectante, de shampoo u otro, previo a desarrollarlo se les brinda información necesaria, desde las enfermedades crónicas como la tuberculosis, cáncer de cérvix y de mama, VIH/SIDA, lactancia materna, hasta los peligros en el embarazo, estas actividades son fundamentales ya que existen mujeres que nunca se han realizado algún examen de Papanicolaou en toda su vida sexual activa.

Realiza actividades de concientización, lo cual se realiza a través de charlas impartidas en el centro de salud durante las jornadas de trabajo a diversos grupos, así mismo indicaron que realizan actividades educativas en las escuelas de las comunidades en donde distribuyen volantes y material visual para que los niños puedan replicar la información en sus hogares con sus progenitoras, hermanas y demás familiares.

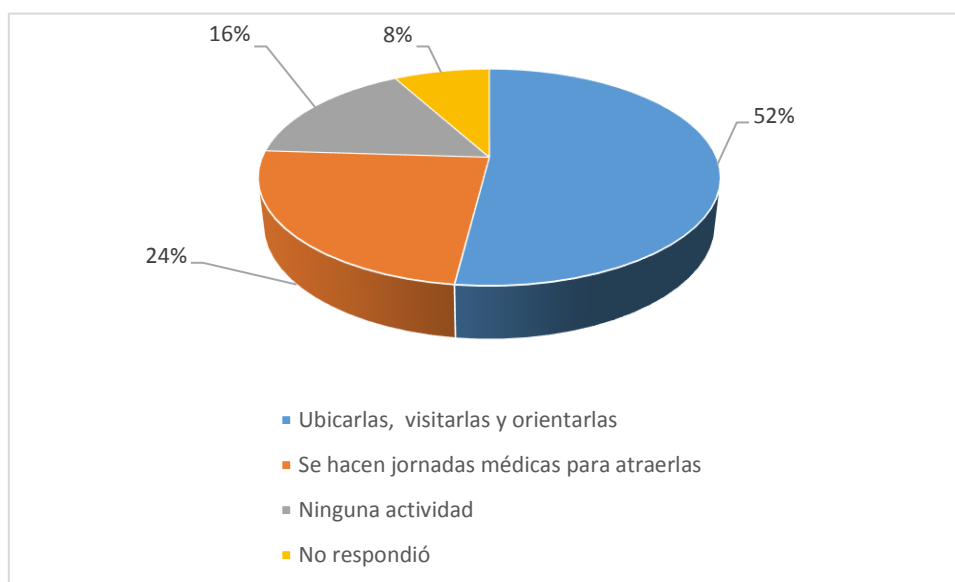
Otras de las actividades que realizan en las comunidades es instruir a las señoras sobre los peligros del embarazo cuando la edad de las futuras madres se da en edades arriba de 40 años, ya que se han registrado casos en los que señoras de 40 a 43 años aún están procreando, como resultado de la pre menopausia, lo cual las coloca en alto riesgo, no solo a la madre en peligro de muerte materna sino también al recién nacido que puede nacer con algún problema congénito o como daño colateral al tener un parto complicado, pues la mujer pierde potencialidad y sus fuerzas no son las mismas durante los primeros partos.

Lo anterior realmente preocupa al personal de salud debido a que se han registrado casos de niños con parálisis cerebral, señoras que han resultado diabéticas durante el embarazo y la presencia de preeclampsia durante el proceso de embarazo es más común en mujeres de avanzada edad. Por otra parte, indicaron la recuperación es más lenta y los problemas emocionales y psicológicos aumentan

debido al proceso de transición a la menopausia. Todas estas actividades se derivan de un plan de monitoreo que se realiza a finales de cada año y se revisa periódicamente durante el año, es importante mencionar que durante la planificación participa personal del Centro de Salud, comadronas y guardianes de salud, a quienes se les capacita para estar en alerta y saber diagnosticar un caso de embarazo con alto riesgo.

El Centro de Salud del Naranjo también cuenta con una red de prevención creada con otras instituciones ya que consideran que es tarea de todos, según indicó el Director del Centro de Salud del Naranjo, el programa de Salud Materno Infantil permite realizar alianzas institucionales con entidades cuya labor es afín a la prevención de las muertes maternas, en este sentido indicaron que no existe un convenio institucional por escrito, pero la coordinación y el apoyo se tiene, se ha recibido y se han implementado acciones enfocadas a la prevención. Dentro de las instituciones que prevalecen se encuentran: el Ministerio de educación, Ministerio de agricultura, ganadería y alimentación y la Secretaria de Obras Sociales de la esposa del presidente con quienes se ejecutan actividades educativas, sobre todo. (Entrevista 8, 2018)

Gráfica 19. Actividades que realiza el centro de Salud para atender a mujeres que no asisten al control prenatal.



Fuente: elaboración propia, investigación de campo, 2018

La labor que realiza el personal que trabaja en Salud es amplia y compleja a la vez, existen según la categorización del MSPAS, en unidades mínimas de salud, puestos de salud y Centros de salud tipo A y B, por supuesto esta asignación se debe a los recursos humanos, materiales y equipamiento que cada una de estas instancias posea, sin embargo, el esfuerzo es evidente en todos los niveles.

El 52% manifestó que las acciones que realizan para aquellas mujeres que por diferentes razones no asisten a control prenatal es ubicarlas, visitarlas y orientarlas sobre la importancia de contar con vitaminas, vacunas y asistencia médica, pues se han encontrado casos de adolescentes de entre 12 a 14 años, como señoras entre 41 a 43 años en estado de gestación, aunque el riesgo puede darse a toda edad y a todas se les brinda la misma importancia, esos rangos demandan mayor atención y monitoreo durante el estado de gestación.

El 24% indicó que, en coordinación con otras instituciones, realizan jornadas médicas de salud, por ejemplo, exámenes de la vista, consultas médicas generales y limpieza dental entre otros, con el fin de atraer a la población, no solo del Naranjo, sino de las comunidades vecinas, lo cual permite identificar con más facilidad y posteriormente cada unidad de salud le da seguimiento desde el lugar de procedencia. El 16% manifestó que no realizan ninguna actividad, debido a que los recursos con que cuentan son mínimos. El 8% no respondió al cuestionamiento.

En opinión del personal que labora para el Centro de Salud del Naranjo, La Libertad, Petén, indicaron que no cuentan con recursos asignados directamente por el MSPAS, para cubrir las actividades de promoción por lo general los costos se generan con actividades impulsadas por el personal o gestiones ante diversas instituciones, como ONG's, municipalidades y empresas privadas, sin embargo, en ningún momento han dejado de ejecutar la planificación respectiva pues la responsabilidad y compromiso moral con la población es alta en relación a la de prevención de muertes maternas.

5.4 Análisis de hallazgos

La mortalidad materna es un problema que afecta a todos los países del mundo, pero principalmente a países en vías de desarrollo, tal es el caso de Guatemala. Se considera que las muertes maternas son prevenibles, es por ello que se considera importante conocer todos aquellos factores que de una u otra manera influyen o se asocian al caso, sin embargo, luego de la revisión literaria se puede inferir que aunque se han realizado esfuerzos en diversos departamentos de Guatemala por extender los servicios de salud a los sectores más pobres y vulnerables del país, la desigualdad en el acceso a ella continua, sobre todo en las comunidades rurales como es el caso de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, cuya ubicación es cercana a la Reserva de la Biósfera Maya, y aunque esta comunidad cuenta con un Centro de Salud tipo “B”, las otras cercanas a éstas, en donde se tuvo presencia para efectos de la investigación, dígase: caserío Santiaguito, el Corozal, la Primavera, la Caoba y la Bomba, entre otras, algunas de ellas cuentan con un Puesto de Salud y otras con unidades mínimas de Salud en donde los servicios y beneficios difieren en gran manera comparado a lo que ofrecen los Centros de Salud en áreas urbanas.

Esto coloca en riesgo a mujeres y niños menores de un año, debido a que la salud de las mujeres embarazadas y en edad fértil repercute sobre la salud de sus hijos y para ellos se dimensionan dos visiones, la primera consiste en que si la madre no tiene los cuidados y atenciones necesarios, podría tener riesgos durante el embarazo y que fácilmente podría causarle la muerte, dejando a la orfandad a los hijos, quienes quedan al cuidado de sus padres principalmente, sin embargo en la mayoría de casos los progenitores antes de un año al acontecimiento por lo regular ya cuentan con otra pareja con quien continúan procreando más hijos, afectando el desarrollo humano de la familia en general.

Con relación a las principales causas socioeconómicas que provocan las muertes maternas de los casos registrados en el Centro de Salud de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, los hallazgos principales son que el 45% de las mujeres que fallecieron por complicaciones del embarazo y parto no se realizaron ningún examen médico, ya que en el lugar donde vivían no contaban con acceso a un centro de Salud. De manera general se comprobó que solo un 50% de las mujeres asistió una vez al centro de salud para los controles durante el embarazo, al ser cuestionados los familiares indicaron que la falta de recursos económicos no les permitió pagar transporte privado y llevar a su pareja a un centro de asistencia cercana, no obstante otro segmento alude que no tuvieron controles prenatales, pues no sabían si era necesario y no lo consideraron importante, este segmento corresponde a un grupo de mujeres que no sabían leer ni escribir, cuyos hogares están integrados con un aproximado de 9 a 12 miembros.

Derivado de la falta de recursos económicos las mujeres fueron atendidas en un 76% por comadronas directamente desde sus hogares sin embargo como mandado institucional del Ministerio de Salud estos casos deben ser registrados por el Centro de Salud más cercano donde fue el acontecimiento, con el objetivo de darle seguimiento al protocolo de vigilancia de la embarazada y de la mujeres en edad fértil lo cual comprende a partir de los 10 años, esto ayuda a identificar las causas que ocasionaron las muertes maternas mismas que se constituyen en un punto atención importante para la institución.

Dentro de las principales causas se encuentran las hemorragias y la presión alta o hipertensión. De acuerdo con la teoría consultada que da sustento a esta investigación, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS (2013), las considera causas directas pues resultan de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, estas también incluyen la pre-eclampsia y hemorragia por placenta previa.

En la entrevista realizada al Director del distrito de Salud, de la aldea El Naranjo, municipio de La Libertad, departamento de Petén, manifestó que los factores del cual se deriva todo lo relacionado a la mortalidad materna se debe a la pobreza y falta de educación, ya que lo primero no les permite el acceso a los servicios de salud para el control durante el embarazo, a pesar de ser estos gratuitos, las familias son pobres, trabajan en fincas privadas donde no tienen acceso a transporte lo cual les limita llegar a un centro de salud.

La educación es otro factor, ya que por cuestiones culturales las mujeres se niegan a ser atendidas y más cuando son indígenas, la desconfianza es mayor en ellas por el hecho de no hablar el mismo idioma, así mismo, se detectó que en algunos casos las mujeres que llegan al centro de salud no les gustan tomar los multivitamínicos, pues, han tenido testimonios de otros miembros de la familia que algunos son quemados y otros arrojados a los sanitarios. Aunado a ello no tienen una dieta balanceada, que les permita fortalecer sus condiciones físicas para el momento del parto. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social MSPAS (2013) el perfil de la muerte materna en Guatemala es el siguiente: Mujer indígena, Mujer analfabeta, Bajo nivel de escolaridad, Multípara, Pobreza y pobreza extrema, Discriminada, Rodeada de injusticia social

Relacionado a lo económico, los ingresos económicos en los hogares oscilan entre Q.1200.00 a Q.1800.00 mensuales, de los cuales solo un 20% emplean en salud en casos emergentes. La actividad económica principal es la agricultura, aunque no todos poseen parcelas propias, más bien son arrendadas, emplean dos o tres días para las tareas propias y los días restantes de la semana en actividades para terceras personas con un de pago de Q50.00 (cincuenta quetzales) por jornal o día laborado.

El delegado departamental de los Derechos Humanos manifestó que la falta de educación es la causante del problema, debido a que el Ministerio de Salud tiene diversos programas de prevención y considera que si las parejas en las

comunidades rurales practicasen una sexualidad responsable no se tuvieran muertes maternas. Indicó que la Procuraduría de Derechos Humanos forma parte de la Red de Maternidad y Paternidad responsable y ha sido testigo de los esfuerzos que el Ministerio de Salud hace por llevar a diferentes comunidades, los programas que incluyen: capacitar a las mujeres sobre sus derechos acerca de la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, pese a ello se continúan registrando casos de mujeres embarazadas en riesgo. Se reconoce y no se descarta también que en las comunidades rurales no todas cuentan con un puesto o unidad mínima de Salud, es decir no hay cobertura total y ese contexto el riesgo las mujeres embarazadas se multiplica debido a su estado las hace más vulnerables.

En este sentido según la Organización Mundial de la Salud (2015) manifiesta que:

“la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano”. (p. 27).

La mortalidad materna refleja las desigualdades sociales y económicas de la mujer en la sociedad a nivel mundial, lo cual se ha convertido en una prioridad para la comunidad internacional, según el informe de las Naciones Unidas (2014) “Los países de América Latina y el Caribe han logrado avances en la reducción de las muertes relacionadas con complicaciones en el embarazo y parto, logrando un 40% entre 1990 y 2013” (p.22).

A pesar de los avances y las cifras presentadas en los informes a nivel mundial y nacional con la ausencia repentina de la madre la familia se queda en un estado emocional difícil en muchas ocasiones la misma condición de pobreza conlleva a que los niños sean entregados a otros miembros de la familia. En este estudio se comprobó que un 55% los niños quedaron al cuidado del padre, otros con sus hermanos mayores y algunos viven con personas que no tienen parentesco alguno.

En otros estudios realizados en Guatemala existe evidencia de que los niños en su mayoría quedan al cuidado de los abuelos maternos, pero no es el caso de las familias ubicadas en esta región de Petén, debido a que son familias que han inmigrado de otros departamentos en busca de tierra sobre el área de la Reserva de la Biósfera Maya, por lo tanto, no existen más parientes.

Se constató que algunos de ellos viven en total abandono por parte del padre en condiciones poco ventajosas en comparación a otros. Solo un 69% de los hijos continúan estudios y por lo regular son los menores, ya que los mayores se dedican a realizar labores agrícolas para el sostenimiento del hogar. Por otra parte, las hijas huérfanas son quienes deben asumir el rol de mamá a temprana edad, lo cual les obliga a abandonar sus estudios, aunado a ello son adolescentes vulnerables debido a que por lo regular deben trabajar, abandonar estudios y además cuidar de los demás miembros de la familia. Esta dura y pesada carga de responsabilidades las coloca en riesgo, pues algunas han sido abusadas sexualmente al tratar de buscar un empleo para el sostenimiento del hogar.

La presencia de la madre en el hogar es fundamental para el desarrollo humano de los hijos, pues les brinda apoyo integral para el logro del éxito, personal, laboral, hasta la constitución de su nuevo hogar. La pérdida de la madre representa un desajuste emocional y económico ya que es la persona que organiza y adecua los gastos de manera racional, además se les considera un miembro activo que contribuye directamente a los ingresos económicos a través de diversas labores como: la venta de animales de corral, hortalizas, lavado de ropa, venta de tortillas entre otros oficios. Esto representa un impacto negativo en la economía de los hogares.

En relación con la asistencia médica y cuidados de los hijos se registró que un 88% asiste al Centro de salud uno de los principales problemas derivado de la pérdida de la madre es que los niños padecieron desnutrición debido a que no tuvieron lactancia materna y los cuidados no fueron los adecuados, estos efectos

en algunos casos han repercutido en el proceso de aprendizaje ya que los niños presentan problemas en el rendimiento escolar.

Derivado de la muerte materna los miembros del hogar adoptan nuevos roles y responsabilidades, los hijos mayores son los más afectados ya que deben abandonar sus actividades cotidianas y dedicarse al cuidado de los hermanos menores, esto trae como consecuencia conflictos en el hogar, pues no todos tendrán acceso a la educación, salud y a una buena alimentación, además reducen sus ingresos económicos, traduciéndose en un escenario de conflicto emocional, pues se desarrolla una serie de eventos tales como: el rechazo, sentimientos de culpabilidad, soledad, mala comunicación entre los miembros y en algunas ocasiones se han dado casos que los hijos mayores han optado por el alcoholismo, y otros vicios, abandono de la escuela entre otros. Es importante mencionar que tres de los neonatos fallecieron durante los primeros treinta días de vida.

En lo que corresponde a las medidas de prevención realizadas por el estado durante el proceso de embarazo para evitar la mortalidad materna, el Estado de Guatemala a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, implementa diversas estrategias de intervención con el objetivo de reducir la mortalidad materna, sin embargo, los resultados del presente estudio, muestra que no todos las unidades, puestos y centros de salud, tienen acceso a los mismos recursos e insumos para realizar eficazmente esa labor, debido a las desigualdades socioeconómicas de las familias, la mayoría presenta barreras en el acceso a los servicios de salud, además existen los patrones culturales como otro obstáculo para evitar las muertes maternas en el área rural del país.

En lo que respecta al Centro de Salud de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén, encontramos que efectivamente cuentan con un plan de monitoreo para mujeres embarazadas, tienen disponibilidad de personal capacitado, cuentan con un equipo médico integrado con diferentes especialidades

y un laboratorio para pruebas emergentes como la glucosa, parásitos, malaria entre otros.

Esta situación no es la misma para las unidades mínimas y puestos de salud identificados durante el estudio ya que éstos en la mayoría de los casos solo tienen un empleado para atender todas las demandas de la comunidad y aunque el plan de monitoreo debe ejecutarse a nivel de distrito, no todos tienen los recursos necesarios siendo el más importante el recurso humano.

En entrevista realizada al Director del Distrito de área de Salud de la aldea El Naranjo, municipio de La Libertad, departamento de Petén, manifestó que realizan un trabajo constante y coordinado con comadronas, padres de familia y también existen planes de emergencias familiares, que consiste en que los alcaldes auxiliares de los barrios realizan visitas domiciliarias para constatar que no haya ningún miembro de las familias con enfermedades contagiosas o virales que pueda repercutir en toda la población, esta rutina se lleva a cabo dos veces al mes debido al paso fronterizo ubicado cerca de la comunidad, considerando a las mujeres embarazadas como prioridad en la prevención.

El apoyo psicológico, atención médica, charlas educativas, citas programadas y la dotación de vitaminas y nutrientes son otros factores de prevención que fácilmente previenen diferentes causas de muertes maternas, debido a que la madre recibe orientación sobre la importancia de un control prenatal adecuado.

Para el caso de las mujeres que no asisten al centro de salud, se les ubica, visita y orienta sobre el riesgo y peligro que corren si no tienen la asistencia médica necesaria. Por otra parte, a través de las instituciones afines o no al tema se ha constituido una red de prevención en el cual están involucradas escuelas, policía nacional civil, Pastoral social de Petén, entre otros, con quienes se coordina jornadas médicas particulares para captar a aquellas mujeres que no asisten a controles prenatales.

Por otra parte, también se reconoce que el Centro de Salud de la aldea El Naranjo, municipio de La Libertad, departamento de Petén, solo atiende parto por emergencia, es decir, cuando la labor de parto está avanzada con una dilatación de 8 grados y ya han sido atendidas por comadronas, pero por algún motivo surgen complicaciones. Cuando las mujeres llevan un control adecuado, estas son referidas a un hospital nacional para mayor seguridad de la madre y del recién nacido.

5.4 Conclusiones

- La pobreza, los patrones culturales, y la falta de educación, son los principales factores que influyen en la mortalidad materna, la primera limita el acceso a la educación ya que por lo general las familias en donde han suscitado estos hechos son de escasos recursos económicos que se dedican a realizar trabajos por jornales en fincas aledañas a sus hogares, no cuentan con disponibilidad para su movilización y aunque en el área hay presencia del Ministerio de educación, las comunidades aún son poco accesibles y solitarias, de ello se derivan otros elementos tales como: poco interés e importancia hacia los controles prenatales, debido a que las mujeres casi no tienen la atención necesaria del esposo por dedicarse éste a trabajos pesados o agrícolas en jornadas laborales largas, ellas no tienen la libertad de trasladarse por sí solas hacia los servicios de salud, así mismo se confirmó el rechazo hacia los multivitamínicos y vacunas, pues los parientes indicaron que no fueron ingeridos en su momento.
- La muerte de la madre en el hogar, fue debido al poco interés que se les prestó a los exámenes médicos y controles prenatales, la mayoría de las familias que tuvieron acceso a los servicios de salud públicos o privados, indicaron que no se realizaron los exámenes médicos sugeridos, ignorando el diagnóstico físico que realizaron en su momento los médicos, los esposos y familiares suponen que se debió a la falta de recursos económicos pero sobre todo el interés en la madre, quien asumía sentirse mejor al pasar de los días, sin embargo no fue así, ya que al final ellas solo querían asegurar que sus hijos tendrían los alimentos necesarios de cada día sin tomarle importancia al estado de salud que tenían en ese momento.

- El dolor que ocasiona la pérdida de la madre en el hogar provoca divisionismo entre sus miembros debido a la falta de orientación, lo cual genera sentimientos de culpabilidad y rechazo hacia el recién nacido, los hijos en algunas familias terminan en hogares de personas sin ningún parentesco, quienes difícilmente tendrán acceso a la educación o por el contrario serán personas explotadas en el campo para el caso de los hombres y las mujeres en labores domésticas, o abusadas sexualmente y sin acceso a una mejor condición de vida, lo cual repercute en el desarrollo humano de los hijos.
- El 69% de las familias indicó que los niños continúan estudios, sin embargo, debido a la carencia de recursos económicos, la falta de empleo de sus progenitores o familias encargadas no cuenta con los materiales e insumos para presentar las tareas lo cual repercute en el abandono escolar, que fácilmente afectará su desarrollo humano, sus condiciones de vida y libertad de actuación. En el caso de las mujeres corren el riesgo de continuar con los patrones socioculturales que se heredan de familia a familia, en donde imperan las uniones de hecho a temprana edad a pesar de la existencia de una ley que lo prohíbe.
- El distrito de Salud de la aldea El Naranjo, municipio de La Libertad, departamento de Petén, tiene un plan de monitoreo para mujeres embarazadas, el cual han realizado considerando opiniones de comadronas y guardianes de salud, sin embargo, no se ejecuta en un 100% en todos los puestos y unidades mínimas de salud, debido a que los recursos e insumos con que cuentan son escasos y limitados. Se comprobó en las comunidades que formaron parte de este estudio que existe la infraestructura de las unidades mínimas sin presencia de personal que brinde los servicios de salud, lo cual es lamentable ya que eso también repercute en las muertes maternas, pues las mujeres no siempre tienen los medios para encontrar los servicios en otro lugar.

- El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realiza la distribución de material informativo y educativo sobre la prevención de muertes maternas, una vez al año, como un medio de prevención de las muertes maternas, involucrando a las comadronas, alcaldes auxiliares, Líderes religiosos evangélicos y católicos, y propietarios de tiendas, quienes ayudan a difundir la información, la cual no siempre llega a las personas indicadas debido a que no siempre saben leer o se ubican en fincas privadas donde la información no llega.
- Las acciones que el Ministerio de Salud ha implementado en la reducción de la mortalidad materna son diversas, entre ellas las administrativas y operativas, en la primera se establece la prioridad para la adquisición de bienes materiales y equipamiento para los centros de salud, la segunda se prioriza como la intervención para lo cual tiene un plan de trabajo integrado, coordinado que involucra otras instituciones como el Ministerio de Educación, Ministerio de Agricultura, Ganadería y alimentación, Vicariato Apostólico de Petén, entre otros. En ese orden a través del Ministerio de Educación se brindan las charlas sobre Educación sexual, sexualidad y paternidad responsable con el fin de educar a los niños y adolescentes sobre los riesgos y vulnerabilidad por la que atraviesan.
- Dentro de algunas acciones específicas que realiza el Centro de Salud de la aldea El Naranjo, del municipio de La Libertad, departamento de Petén, se puede mencionar el plan educacional que se lleva a cabo todos los días con mujeres en edad fértil y embarazadas, previo a tener las consultas médicas respectivas de controles prenatales, esto se brinda de lunes a viernes de ocho a diez de la mañana. Otra actividad que realizan son las visitas domiciliarias basadas en un registro que se tiene de mujeres que llegan alguna vez cuando padecen de algún tipo de infección urinaria u otras enfermedades comunes pero que ya no regresan para darle continuidad a los controles respecto al embarazo.

5.5 Recomendaciones

- Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, impulse la creación de un decreto ley que permita un subsidio del Estado al recién nacido huérfano por muerte materna hasta cumplir la mayoría de edad con lo cual se le garantice su desarrollo humano a largo plazo.
- Dentro de los hallazgos prevalece el difícil acceso al centro de salud cercano para que las mujeres tuvieran los controles prenatales oportunos, por lo cual se recomienda la permanencia de un enfermero profesional en cada comunidad donde se registraron los casos de muertes maternas
- Tomado como base que el mayor número de partos que ocasionaron las muertes maternas, fueron atendidos por comadronas, se recomienda que el Ministerio de Salud, capacite a las comadronas y guardianes de salud de la Región del Naranjo, sobre el protocolo de atención a mujeres embarazadas, el cual fue un aporte de la cooperación internacional para la reducción de muertes maternas en el país y de esta manera innovar con las acciones que actualmente realiza esa dependencia ejecutiva del Estado de Guatemala.

Capítulo VI

Propuesta de intervención

Programa educativo y de fortalecimiento a comadronas para la prevención de muertes maternas.

6.1 Datos de identificación

Área geográfica	Aldea El Naranjo, La Libertad, Petén
Beneficiarios	Directos: Comadronas que asisten partos. Indirectos: población en general de las comunidades circunvecinas de la aldea el Naranjo, Libertad, Petén
Duración	De enero a octubre
Responsables	Director del Centro de Salud, aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén.
Unidad Coordinadora del Proyecto.	Departamento de Planificación Familiar del Centro de Salud.

6.2 Antecedentes del problema

Navarro, (2010) citado por (Barrientos, 2011), manifiesta que el papel histórico de la comadrona maya en Guatemala tiene aspectos tanto prácticos como hacer valer sus conocimientos ancestrales, en la cual realiza una mezcla del uso de medicamentos fármacos con la combinación de plantas medicinales.

En la región norte del departamento de Petén, la labor que realizan las comadronas es sumamente importantes y necesarias, ya que en esta región las comunidades carecen de vías de acceso adecuadas, lo que implica que son ellas las que les dan atención las mujeres en estado de gestación.

A nivel nacional la comadrona ha tenido un papel histórico importante en la vida de las mujeres rurales, sin embargo, en la actualidad no se sabe de ninguna institución pública o privada que se dedique a capacitarlas y prepararlas adecuadamente en la asistencia de partos.

En el Centro de Salud de la aldea El Naranjo, jurisdicción del municipio de la Libertad, departamento de Petén, durante los años 2009 a 2011, registró un promedio de 14 casos de muertes maternas, siendo este índice el mayor en el departamento de Petén, además un porcentaje alto fueron atendidos por comadronas.

La mortalidad materna es un problema social, que afecta el bienestar físico y socioeconómico de las familias y de las comunidades. Se manifiesta con mayor frecuencia en las mujeres pobres, desposeídas, analfabetas, residentes en áreas rurales o en condiciones de marginalidad y pertenecientes principalmente a poblaciones indígenas.

Este problema social trae consigo diferentes problemas familiares que repercute en el desarrollo humano de los hijos huérfanos, quienes finalmente quedan al cuidado de persona que no tienen ningún parentesco familiar, sin acceso a la educación que les permita asegurar un futuro favorable para sus vidas.

6.3 Descripción del proyecto

El proyecto consiste en desarrollar una serie de capacitaciones diseñadas especialmente para las comadronas de las comunidades adyacentes a la aldea El Naranjo, Libertad, Petén, con lo cual se pretende capacitar técnicamente la labor que realizan, respetando sus conocimientos y prácticas ancestrales.

Esto se llevará a cabo con la finalidad de contribuir a la reducción de las muertes maternas en la jurisdicción, a la vez que las comadronas se preparen con información adecuada para la atención emergente de los casos que con frecuencia

se presentan en esa región, considerando que se trata de lugares con cobertura boscosa y escasas vías de acceso adecuado, que vulneran la seguridad de las mujeres embarazadas al momento de trasladarse en busca de un centro hospitalario.

6.4 Justificación

En la actualidad las comadronas siguen desempeñando un rol importante en la atención de embarazos y partos en el área rural de Guatemala, tal es el caso de la región norte del departamento de Petén en donde el acceso a los servicios médicos a un centro asistencial u hospital es difícil y complicado por las vías de acceso, sobre todo en época lluviosa. Dado el caso de que algunas comunidades se encuentran asentadas en áreas de reserva de la Biosfera Maya, donde no hay Centros de Salud, autorizados, únicamente cuentan en algunos lugares con servicios médicos que llegan una vez al mes durante la época seca.

El conocimiento que la mayoría de las comadronas tiene, puede decirse que es de carácter empírico, algunas iniciaron con esa práctica derivado de que alguna mujer de sus familias presentó la necesidad de ser atendida durante un parto de emergencia, aunque algunas son reconocidas ante el Ministerio de Salud Pública otras no han recibido ninguna orientación técnica sobre la labor que realizan por lo cual se considera necesario implementar un proyecto de capacitación.

Este proyecto contribuirá con las acciones que realiza el Ministerio Salud Pública y Asistencia Social en la región, en la prevención de las muertes maternas, capacitando y fortaleciendo los conocimientos de las comadronas que atienden a las mujeres embarazadas al momento del parto en la aldea El Naranjo y comunidades adyacentes

Esto es debido a que en la investigación realizada recientemente se evidenció que dentro de los problemas que prevalecen se encuentran que las mujeres no se realizaron ningún examen médico, pocas asistieron una sola vez al centro de salud y un 76% fueron atendidas por comadronas desde sus hogares sin ser referidas a tiempo para atención médica.

6.5 Objetivos

General

Implementar un programa educativo y de fortalecimiento a comadronas para la prevención de muertes maternas, de la aldea El Naranjo, Libertad, Petén

Específicos

- Realizar visitas en las comunidades donde se han registrado casos de muertes maternas para identificar a las comadronas y socializar el programa educativo y de fortalecimiento a sus capacidades para la atención de mujeres embarazadas y parto.
- Realizar alianzas estratégicas con iglesias e instituciones de otra índole para la cooperación de recursos e insumos necesarios para la capacitación.
- Fortalecer el conocimiento de las comadronas por medio de capacitaciones y la entrega de un compendio con material educativo a las comadronas, que se capaciten con la finalidad de disminuir los casos de muertes maternas en la aldea El Naranjo y comunidades vecinas.

6.6 Metas

- Se visitan 20 comunidades con riesgo de muertes maternas y se reclutan 25 comadronas para ser capacitadas.
- 100% de las comadronas reclutadas concluyen el proyecto de capacitación
- 25 comadronas mejoran sus conocimientos y técnicas de atención a partos en las comunidades aledañas de la aldea el Naranjo, Libertad, Petén y firman convenios de compromiso con el Centro de Salud del Naranjo, la Libertad, Petén para el manejo de ácido fólico y multivitamínicos con mujeres embarazadas.
- Dos organizaciones no gubernamentales y dos gubernamentales cooperan con el material utilizado durante la capacitación, por lo que 25 comadronas reciben un compendio con la temática sobre la atención a mujeres embarazadas, atención de partos y prevención de muertes maternas

6.7 Indicadores

- Las autoridades de las comunidades visitadas atienden el llamado de capacitar a las comadronas de sus comunidades y ayudan a ubicarlas y socializar el proyecto.
- Las comadronas aceptan el compromiso de capacitarse y se comprometen a asistir durante el desarrollo de los módulos.
- Las mujeres embarazadas reciben asistencia de las comadronas y reciben ácido fólico y multivitamínicos.

- Las autoridades locales y comadronas comprenden que si una labor de parto es tardía y se complica es necesario referirlo a un centro de salud u hospital inmediatamente.
- El personal que labora para el Ministerio de Salud reconoce que la labor de prevención sobre las muertes maternas es compartida, por lo que planifican y coordinan acciones con las autoridades locales para el monitoreo de las mujeres embarazadas.
- Las comadronas reciben un compendio con los temas impartidos durante la capacitación, el cual les servirá de consulta durante la atención de mujeres embarazadas.

6.8 Actividades

Programa educativo y de fortalecimiento a comadronas para la prevención de muertes maternas, de la aldea El Naranjo, Libertad, Petén, se socializará con las comadronas, autoridades locales, actores claves y encargados de Centros Salud y unidades mínimas.

La capacitación se realizará en el edificio del Centro de Salud de la aldea el Naranjo, debido a que cuenta con infraestructura y mobiliario adecuado, por lo que para las 25 comadronas identificadas este será el punto de reunión. Dentro de las actividades a realizar se encuentran las siguientes:

- Diseño del plan de capacitación (contenidos)
- Socialización del proyecto con las partes involucradas
- Búsqueda de cooperantes para la impresión de material de estudio
- Firma del compromiso por parte de las autoridades del Centro de Salud en lo que respecta a mantener actualizadas a las comadronas, entrega de ácido fólico y multivitamínicos para atención a mujeres embarazadas.

- Gestión de los recursos e insumos necesarios para el desarrollo del proyecto.

El contenido del proyecto de capacitación es el siguiente:

Módulo I. ¿Quién es una comadrona?

- Características de la comadrona
- El papel de la comadrona en la atención de partos
- Requisitos para ejercer como comadrona
- Sus funciones
- Leyes que amparan la labor de la comadrona

Módulo II. La entrevista de la mujer embarazada

- El quehacer de la comadrona desde la primera visita de la mujer embarazada
- Consejos sobre la atención prenatal
- Evaluación física de la mujer
- Recomendaciones sobre la alimentación y cuidados personales

Módulo III. ¿Qué es el parto?

- La posición del bebé
- ¿Qué hacer en el parto?
- ¿Inicio del parto?
- Cuidados del bebé
- Cuidados de la madre

Módulo IV. Información sobre los embarazos de riesgo

- ¿Cómo identificar un embarazo de riesgo?
- Mujeres menores de 18 años
- Mujeres mayores de 35 años
- Recapitulación de la posición del bebé

- Principios del cuidado perinatal de la Organización Mundial de la Salud
- Principales señales de peligro de mortalidad perinatal
- Riesgos de la demora en la atención materna y neonatal

Módulo V. Uso del maletín equipado para la comadrona

- Conocimiento del material, equipo y medicamentos que contiene el maletín
- Procedimiento para el uso del maletín en la atención del parto
- Limpieza del equipo antes y después del maletín

6.9 Recursos

a) Humanos

- Director del Centro de Salud del Naranjo
- Enfermeros profesionales
- Encargados de los Puestos de Salud y Unidades mínimas
- comadronas

b) Materiales

- Computadora
- Cañonera
- Marcadores
- Cuadernos

c) Financieros

Costo total del proyecto será de Q.4,039.50 (Cuatro mil treinta y nueve quetzales con cincuenta centavos)

6.10 Presupuesto

Tabla 2.

Estimación de costos del proyecto

Cantidad	Descripción del Servicio	Costo unitario	Subtotal
25	Compendios con los módulos de la capacitación	Q35.00	Q.835.00
25	Cuadernos	Q3.50	Q.87.50
1	Resma de hojas tamaño carta	Q.37.00	Q.37.00
3	Cajas de lapiceros	Q30.00	Q.30.00
125	Almuerzos	Q18.00	Q.2250.00
20	Galones de combustible	Q.25.00	Q.500.00
1	Imprevistos	Q300.00	Q.300.00
		TOTAL	Q.4,039.50

Fuente: Elaboración propia, (2018)

6.11 Cronograma de actividades

Tabla 2.

Cronograma de capacitación

Nº.	Actividades a realizar	Tiempo Año 2021								
		Feb.	Mar	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	oct
1.	Diseño del plan de capacitación (contenidos)	X	X							
2.	Socialización del proyecto con las partes involucradas desarrollo del proy		X							
3.	Búsqueda de cooperantes para la impresión de material de estudio			X						

4.	Firma del compromiso por parte de las autoridades del Centro de Salud en lo que respecta a mantener actualizadas a las comadronas, entrega de ácido fólico y multivitamínicos para atención a mujeres embarazadas				X					
5.	Gestión de los recursos e insumos necesarios para el desarrollo del proyecto.					X				
6.	Módulo I					X				
7.	Módulo II						X			
8.	Módulo III							X		
9.	Módulo IV								X	
10	Módulo V.									X

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo (2018)

Referencias

- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID (2015) Análisis del sistema de salud en Guatemala. Recuperado de <https://usaid.org>
- Boteo, L. (2016). Diagnóstico comunitario de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén. (Informe del Ejercicio Profesional Supervisado) Universidad de San Carlos de Guatemala. Centro Universitario de Petén.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL (2016). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Agenda 2030. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Recuperado de <https://www.cepal.onu.org>
- Congreso de Guatemala. (16 de noviembre de 1997) Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de Salud Reproductiva. [87-2005]. Recuperado de <https://cenadoj.com.gt>
- Congreso de Guatemala. (16 de noviembre de 2005) Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva. [87-2005]. Recuperado de <https://cenadoj.com.gt>
- Congreso de Guatemala. (26 de septiembre de 2001) Ley para la maternidad responsable. [42-2001]. Recuperado de <https://cenadoj.com.gt>
- Congreso de Guatemala. (9 de septiembre de 2010) Ley para la maternidad responsable. [32-2010]. Recuperado de <https://cenadoj.com.gt>

Constitución Política de la República de Guatemala. [Const]. (1985). Arts. 93-94.
[Derecho a la salud]. 2da. Ed. Legis

Díaz, J., y Ascoli, J. (2006), Reflexiones sobre el desarrollo Local y Regional.
Universidad Rafael Landívar. Guatemala

Dubois, M. (2014) El desarrollo humano y las mujeres. Recuperado de
<https://www.desarrollohumano.org>

Flores, A., (2014). Factores Asociados a la Mortalidad Materna. Recuperado en:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0255.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2008). Salud Materna y
Neonatal. Estado de la Infancia 2008. Recuperado de:
[http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008\(10\).pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008(10).pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2009). Causas indirectas
de muertes maternas. Recuperado de:
http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2011). Salud Materna y
Neonatal. Estado de la Infancia 2011. Recuperado de:
[http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008\(10\).pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008(10).pdf)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF. (2013). Causas de muertes
maternas. Recuperado de:
http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF (2016) Informa sobre equidad en Salud. Recuperado de <https://www.unicef.org>.

Guerra, O. (2017). Causas y consecuencias del cáncer cérvico uterino en mujeres los casos registrados en la clínica médica Luz de Esperanza de la Asociación Civil SEW HOPE, Santa Ana; Petén. (Tesis de grado) Universidad de San Carlos de Guatemala. Centro Universitario de Petén.

Instituto Nacional de Estadística INE (2015). Encuesta Nacional sobre las condiciones de Vida. Recuperado de <https://www.ine.gob.gt/index/php/encuestas>

L. Mack (2007) Sistemas de Salud. Marco conceptual. El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos? Recuperado de: <https://www.desarrollohumano.org.gt>

López L. (2014). Antecedentes de servicios de salud en Guatemala. Recuperado de: <http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis>

Ministerio de Salud y Asistencia Social. MSPAS. (2011). Muertes Maternas. Recuperado de: http://mspas.gob.gt/salud/web/index.php?option=com_content&view

Ministerio de Salud y Asistencia Social. MSPAS. (2011). Muertes Maternas. Recuperado de: http://mspas.gob.gt/salud/web/index.php?option=com_content&view

Ministerio de Salud y Asistencia Social. MSPAS. (2012). Salud Reproductiva. Recuperado de: http://mspas.gob.gt/salud/web/index.php?option=com_content&view=frontpage&limitstart=290

Ministerio de Salud y Asistencia Social. MSPAS. (2013). Complicaciones frecuentes del embarazo y parto que ocasionan las muertes maternas. Recuperado de: <http://mspas.gob.gt/salud>

Ministerio de Salud y Asistencia Social. MSPAS. (2017). Análisis de la situación mortalidad materna Informe de país. Recuperado de 2014-2015. <http://mspas.gob.gt/salud/web/index.php?option=com>

Ministerio de Salud y Asistencia Social. MSPAS. (2017). Informe de país. Situación de la mortalidad materna en Guatemala de los años 2014-2015. <http://mspas.gob.gt/salud/web/index.php?option=com>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2016). guía/protocolo para atención y seguimiento de las mujeres embarazadas. Recuperado de <https://www.mpas.gob.gt>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2012). Programa de Salud Reproductiva. Recuperado de: <http://www.osarguatemala.org/osartemporal/1605/315>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2013). Muertes Maternas. Recuperado de: http://www.osarguatemala.org/osartemporal/1605/315_6.pdf

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2015). Encuesta nacional de salud materno infantil ENSMI 2014-2015. Recuperado de: http://www.osarguatemala.org/osartemporal/1605/315_6.pdf

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2017). Situación de muertes maternas en Guatemala 2014-2015. Recuperado de: http://www.osarguatemala.org/osartemporal/1605/315_6.pdf

Morales López (2011). La Cooperación y el Desarrollo Humano Local/Tendencias de cooperación internacional, en América Latina y el Caribe: estudio de caso de Guatemala. Recuperado de: <https://www.ci.org>

Mux, D., Mordhorst, N., y Arzú P., (2011). Cooperación Internacional en Guatemala: actores, estructuras y experiencias del G13. Recuperado de <https://pnud.gt.com>

Observatorio en Salud Reproductiva. OSAR. (2012). Salud Reproductiva. Recuperado en: <http://www.osarguatemala.org/temas.php?id=28>

Organización de Naciones Unidas ONU. (2012). Estudios de Desigualdades en Salud. Recuperado de: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2014). Estadísticas Sanitarias 2014. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/12695_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud OMS. (2015). Nota Descriptiva NO. 348. Mortalidad Materna. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

Organización Mundial de la Salud para Guatemala OPS/OMS/Guatemala (2014). La salud materna es un derecho de la mujer. Recuperado de <https://www.ops.org>

Organización Mundial de la Salud. OMS. (2015). Salud reproductiva. Recuperado de: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/

Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS (2015). Guatemala reduce la mortalidad materna. Recuperado de https://http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/

Paredes, J. (2015). Diagnóstico comunitario de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén. (Informe del Ejercicio Profesional Supervisado) Universidad de San Carlos de Guatemala. Centro Universitario de Petén.

Pérez, N. (2016). Diagnóstico comunitario de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén. (Informe del Ejercicio Profesional Supervisado) Universidad de San Carlos de Guatemala. Centro Universitario de Petén.

Picén L. (2017). Factores asociados a la mortalidad materna. (Tesis de grado) Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. (2016), Más allá del conflicto, luchas por el bienestar. <https://www.pnud.org>

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (1990) Definición de Desarrollo Humano. Recuperado de <https://www.pnud.org>

Sampieri E. (2010). Metodología de la investigación. Recuperado de: <https://www.redalyc.com>

Sanchés, R. (2002) Historia de la salud en Guatemala. Recuperado de: <https://historiadeguatemala.com.gt>

Secretaria de Planificación y Programación de la Presidencia. SEGEPLAN. (2011). Estudio Nacional de Mortalidad Materna Informe Final. MSPAS. Recuperado de: www.segeplan.gob.gt

Secretaria General de Planificación SEGEPLAN (2014), diagnóstico departamental de Petén. Recuperado de <http://www.segeplan.gob.gt/departamentales>

Secretaria General de Planificación SEGEPLAN (2016), diagnóstico departamental de Petén. Recuperado de <http://www.segeplan.gob.gt/departamentales>

SEGEPLAN (2016) Diagnóstico Territorial de Petén/Características del Centro de Salud tipo B, de la aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén. 138 p.

ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista dirigida a miembros de los núcleos familiares



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA CENTRO UNIVERSITARIO DE PETEN –CUDEP- MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

Entrevista dirigida a núcleos familiares

Instrucciones: Muy respetuosamente se le solicita su colaboración contestar las siguientes preguntas, las cuales servirán para la determinación de las Causas socioeconómicas de la Mortalidad Materna de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén y sus implicaciones en el Desarrollo Humano.

1. ¿Qué miembro de la familia es usted?

No.	Miembro familiar		ocupación	Origen étnico	edad	escolaridad	Otros.
1	Padre						
2	Hijo						
3	Abuela						
4	Otro						

2. ¿Cuántas personas viven con usted, y que miembros de familia son?

No.	Miembro familiar		Cantidad de personas que forman la familia	Otros.
1	Padre			
2	Hijo			
3	hermano			
4	Abuela			
5	Otro			

3. ¿Cuál es la principal actividad económica de la familia?

No.	Agricultura	Jornalero	Ama de casa	comerciante	profesional	albañil	Otros.

¿Cuál es la labor que usted desempeña?

1	Asalariado	
2	Negocio propio	
3	Desempleado	
4	Otro	

3. ¿Cuál es el ingreso mensualmente en su hogar?

Actividad		Cantidad en números
1	Salario	Q.
2	Pensión	Q.
3	Remesa	Q.
4	Otros	Q.

4. ¿Cómo se distribuye sus egresos en el hogar?

		Cantidad en números
1	Salud	
2	Vivienda	
3	Alimentación	
4	Vestuario	
5	Educación	
6	Recreación	
7	Otro (especifique)	

4. ¿Cuántas veces al mes comen carne?

1: ____ 2: ____ 3: ____ 4 o más: ____

5. ¿Cuántas veces a la semana toman leche?

1: ____ 2: ____ 3: ____ Toda la semana: ____

6. ¿Tuvieron acceso a un centro de salud para control del embarazo?

SI: ____ NO: ____ ¿Por qué?

7. ¿Tomó multivitamínicos?

SI: ____ NO: ____ ¿Por qué?

8. ¿Tomó ácido fólico?

SI: ____ NO: ____ ¿Por qué?

9. Durante el periodo de embarazo realizó los controles sobre:

No.	Control de la orina	Presión arterial alta	Hematología	Cardiología	peso	Presión arterial baja	Otros.

10. Si no se realizó ninguna de las anteriores ¿Cuáles fueron las razones?

No.	No lo instruyó el médico	No tenían dinero	No lo consideraron necesario	No sabían que se hacía	No hay transporte	Otros.

11. Si se realizó los controles anteriores ¿En dónde se los realizó?

Centro de salud	Hospital Nacional	Hospital Privado	Clínica Particular	Laboratorio privado	Otros.

12. Mensualmente ¿cuántas veces recibía atención médica prenatal?

1 vez por semana_____ cada 2 semanas_____ 1 vez al mes_____

13. ¿Dónde se realizó el parto?

Centro de salud	Hospital Nacional	Hospital Privado	Clínica Particular	En casa con comadrona	Otros.

14. Si no fue en el Centro de Salud más cercano ¿cuáles fueron las razones?

No.	No había un centro de salud cercano	El centro de salud no tiene servicio las 24 horas	No estamos acostumbrados a asistir	No hay transporte	Otros.

15. ¿Quién se encarga del cuidado de los niños y niñas de la familia?

Padre	Un familiar	Hermanos mayores	Abuelos maternos	Abuelos paternos	Tíos	Otros.

16. ¿Continúan los estudios sus hijos?

Sí _____ No _____ ¿Por qué?

17. Después del suceso ¿reciben apoyo de alguna institución?

Si _____ No: _____

18. Después del suceso ¿Hay comunicación y cariño entre los miembros de la familia?

Si _____ No: _____ ¿Por qué?

Anexo 2. Entrevista dirigida al personal del Centro de Salud del Naranjo, Libertad



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE PETEN –CUDEP-
MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO Y
COOPERACIÓN INTERNACIONAL.**

Entrevista dirigida a personal del Centro de Salud

Instrucciones: Muy respetuosamente se le solicita su colaboración contestar las siguientes preguntas, las cuales servirán para la determinación del Análisis de las Causas socioeconómicas de la Mortalidad Materna de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén y sus implicaciones en el Desarrollo Humano.

1. ¿Qué cargo desempeña usted en el centro de Salud?

Medico	Enfermera	Auxiliar de enfermería	Director del centro de salud	Otros.

2. ¿En el centro de Salud, existe un plan de monitoreo para mujeres embarazadas?

Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

3. ¿Cuenta el Centro de Salud con personal capacitado para el control y cuidado de mujeres embarazadas?

Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

4. ¿Cuenta el centro de salud con equipo médico adecuado para atender partos?

Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

5. ¿Tiene laboratorio el centro de salud?

Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

6. ¿Qué tipo de apoyo reciben las madres con embarazos riesgosos?
7. ¿Cuáles son los riesgos más frecuentes en mujeres embarazadas?
8. ¿Cuál es el promedio mensual de mujeres con embarazos riesgosos?
9. ¿Cuál es el promedio mensual de muertes maternas en este año 2017, registrados en este centro de Salud?
10. ¿Qué actividades de prevención de muertes maternas por embarazos realizan en la comunidad?
11. ¿Han creado una red de prevención con otras instituciones?

Si _____ No: _____ ¿Por qué?
12. ¿Qué está haciendo el centro de salud para atender a aquellas mujeres embarazadas que no asisten al control correspondiente?
13. ¿Cuentan con presupuesto anual para atender este tipo de casos?
Si _____ No: _____ ¿Por qué?

Anexo 3. Guía de entrevista dirigida a mujeres embarazadas



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE PETEN –CUDEP-
MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO Y
COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

Entrevista dirigida a mujeres embarazadas

Instrucciones: Muy respetuosamente se le solicita su colaboración contestar las siguientes preguntas, las cuales servirán para la determinación del Análisis de las Causas socioeconómicas de la Mortalidad Materna de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén y sus implicaciones en el Desarrollo Humano.

1. ¿Es su primer embarazo?

Sí ____ No ____

2. ¿Cuántos hijos tiene? _____

3. Si no es su primer embarazo ¿Ha tenido complicaciones en los anteriores?

Sí ____ No ____ ¿por qué?

4. ¿Asiste normalmente al control?

Sí ____ No ____ ¿por qué?

5. ¿Cómo califica el servicio que recibe en el centro de salud?

Excelente ____

Bueno ____

Regular ____

Malo ____

Pésimo ____

6. ¿Durante el embarazo ha tenido alguna complicación?

Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

7. ¿Lleva un control adecuado de su embarazo?

Sí _____ No _____ ¿por qué?

8. ¿Cuenta con el apoyo de su cónyuge o familia?

Sí _____ No _____ ¿por qué?

9. ¿es difícil llegar al centro de salud por la distancia?

Sí _____ No _____ ¿por qué?

10. ¿Mantiene una alimentación adecuada y sana?

Sí _____ No _____ ¿por qué?

Anexo 4. Guía de entrevista dirigida al Director del Distrito de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE PETEN –CUDEP-
MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO Y
COOPERACIÓN INTERNACIONAL.**

**Entrevista dirigida al Encargado del distrito de Salud de la
Aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén**

Instrucciones: Muy respetuosamente se le solicita su colaboración contestar las siguientes preguntas, las cuales servirán para la determinación del Análisis de las Causas socioeconómicas de la Mortalidad Materna de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén y sus implicaciones en el Desarrollo Humano.

1. ¿Existen registros de casos de muertes maternas?

Si: ____ No: ____ ¿Por qué?

2. ¿Cuál es la principal causa de la muerte materna?

Problemas en el parto ____

Enfermedad común ____

Negligencia médica ____

Asesinato ____

Accidente ____

Otro: _____

3. ¿El problema ha aumentado o disminuido en los últimos años?

Ha Aumentado _____

Ha disminuido _____

Sigue igual _____

4. ¿Cuál cree que es la razón de la respuesta anterior?

5. ¿Existen programas de salud reproductiva y materno infantil en el MSPAS?

Si: _____ No: _____ ¿Por qué?

6. ¿Las mujeres embarazadas asisten normalmente a sus chequeos?

Si: _____ No: _____ ¿Por qué?

7. ¿Cuentan los centros de salud con el equipo necesario para atender un parto?

Si: _____ No: _____ ¿Por qué?

8. ¿Cuentan los centros de salud con personal capacitado para atender a mujeres con riesgos en el embarazo?

Si: _____ No: _____ ¿Por qué?

9. ¿Recibe de parte del ministerio de salud la familia afectada por muerte materna apoyo psicológico?

Si: _____ No: _____ ¿Por qué?

10. ¿Cuál es la situación de la familia afectada?

Pobreza _____

Pobreza extrema _____

Clase media _____

Anexo 5. Entrevista dirigida a personal de la Procuraduría de Derechos Humanos



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE PETEN –CUDEP–
MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO Y
COOPERACIÓN INTERNACIONAL.

Entrevista dirigida a personal de la Procuraduría de Derechos Humanos

Instrucciones: Muy respetuosamente se le solicita su colaboración contestar las siguientes preguntas, las cuales servirán para la determinación del Análisis de las Causas socioeconómicas de la Mortalidad Materna de los casos registrados en el Centro de Salud de aldea El Naranjo, municipio de la Libertad, departamento de Petén y sus implicaciones en el Desarrollo Humano.

1. Cargo que desempeña en la PDH:

2. Tiempo de laborar en la institución: _____
3. ¿Existen registros de denuncias por muerte materna por parto?
Si: ____ No: ____ ¿Por qué?
4. Si existen registros ¿Procedió y se resolvió legalmente?
Si: ____ No: ____ ¿Por qué?
5. ¿Consideran que son vulnerados los derechos de las mujeres embarazadas por las instituciones de salud?
Si: ____ No: ____ ¿Por qué?
6. ¿Existe supervisión o monitoreo en el tema de salud materno infantil?
Si: ____ No: ____ ¿Por qué?

7. ¿En qué área se registran más problemas de muertes maternas por parto?

Urbana: ____ Rural ____ Ambas: ____

:

8. ¿Cree usted que existe negligencia en los casos registrados de muertes maternas?

Si: ____ No: ____ ¿Por qué?

9. ¿Cuál es la causa más común en las denuncias de muerte materna?

Negligencia médica: ____

Descuido familiar: ____

Maltrato físico: ____

Otro: _____

10. ¿Cuál es la situación socioeconómica de las familias afectadas?

Pobreza: ____

Pobreza extrema: ____

Clase media baja ____

Clase media media ____

Clase media alta ____