

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencia Política
Área de Sociología



**FACTORES SOCIO CULTURALES QUE INCIDEN EN EL
PROCESO DE "VIDAS SALVADAS" DE MADRES EN
RIESGO DE MUERTE MATERNA EN COMUNIDADES
RURALES DE GUATEMALA: CASOS ALTA VERAPAZ**

Francis Lucía Garnica Marroquín

Guatemala, septiembre de 2009

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencia Política

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

RECTOR MAGNÍFICO

Lic. Carlos Estuardo Gálvez Barrios

SECRETARIO GENERAL

Dr. Carlos Guillermo Alvarado Cerezo

CONSEJO DIRECTIVO DE LA ESCUELA DE CIENCIA POLÍTICA

DIRECTORA: Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
VOCAL I: Licda. Claudia Verónica Agreda Ajquí
VOCAL II: Lic. Pablo Daniel Rangel Romero
VOCAL III: Licda. Ana Margarita Castillo Chacón
VOCAL IV: Br. Víctor Manuel González Robles
VOCAL V: Br. Williams Alejandro Álvarez de León
SECRETARIO: Lic. Marvin Norberto Morán Corzo

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL DE CONOCIMIENTOS

EXAMINADOR: Lic. Edgar Florencio Montufar
EXAMINADOR: Lic. Jorge Arriaga Rodríguez
EXAMINADOR: Lic. Juan Carlos Guzmán
EXAMINADOR: Dr. Luis Fernando Mack
EXAMINADOR: Licda. Lizeth Gálvez

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMÉN PÚBLICO DE TESIS

DIRECTORA: Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
SECRETARIO: Lic. Marvin Norberto Morán Corzo
EXAMINADOR: Lic. Juan Carlos Guzmán
EXAMINADOR: Lic. Edgar Florencio Montufar
EXAMINADOR: Lic. Jorge Enrique Arriaga



Escuela de Ciencia Política
SECRETARIA

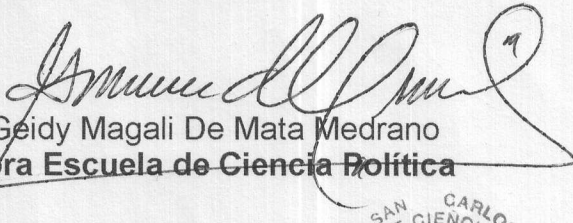
ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Guatemala, veintiséis de mayo del año dos mil nueve. -----

ASUNTO: El (la) estudiante **FRANCIS LUCIA GARNICA MARROQUÍN**, carnet No. **2002-10218**, inicia trámite para la realización de su Examen de Tesis.

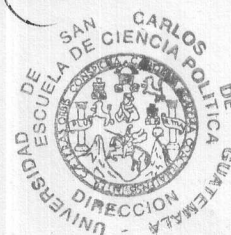
Se admite para su trámite el memorial correspondiente y se dan por acompañados los documentos mencionados. Se traslada al (a la) **Coordinador (a) de la Carrera de Sociología, Lic. Jorge Enrique Arriaga**, para que considere la aceptación del tema de tesis planteado y el nombramiento del (de la) Asesor (a) de tesis. El resto de lo solicitado téngase presente para su oportunidad.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
1/i. chacón





26 de mayo de 2009.

Licenciada
Geidy Magali De Mata Medrano
Directora
Escuela de Ciencia Política
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimada Licenciada De Mata:

Por medio de la presente me permito informarle que, verificados los registros de tesis en el Centro de Documentación de esta Escuela, el tema: **“Factores socio culturales que inciden en el proceso de “vidas salvadas” de madres en riesgo de muerte materna en comunidades rurales de Guatemala: casos Alta Verapaz”**, propuesto por el (la) estudiante **Francis Lucía Garnica Marroquín**, carnet **No. 2002-10218 puede autorizarse** dado que el mismo es de importancia y trascendencia para la carrera de Sociología y no existen estudios sobre esta temática en esta Unidad Académica.

Para continuar con el proceso queda asignado como asesor (a) el (la) **Dr. Fidel Arévalo**.

Sin otro particular, suscribo cordialmente,

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jorge Arriaga', written over a circular stamp.

Lic. Jorge Enrique Arriaga
Coordinador Área Sociología
Jornada Nocturna

c.c.: Archivo
2/i. chacón



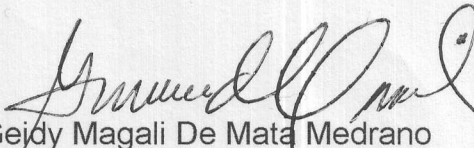
**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Guatemala, veintiséis de mayo del año dos mil nueve. -----

ASUNTO: El (la) estudiante **FRANCIS LUCIA GARNICA
MARROQUÍN**, carnet No. **2002-10218**, continúa
trámite para la realización de su Examen de
Tesis.

Habiéndose aceptado el Tema de Tesis propuesto, por parte del (de la)
Coordinador (a) de Carrera, Lic. Francisco Ernesto Rodas pase al (a la)
Coordinador (a) de Metodología, **Lic. Jorge Enrique Arriaga**, para que se sirva
emitir dictamen correspondiente sobre el Diseño de Tesis.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
3/í. chacón





Escuela de Ciencia Política
SECRETARIA

26 de mayo 2009.

Licenciada
Geidy Magali De Mata Medrano
Directora
Escuela de Ciencia Política
Universidad de San Carlos de Guatemala

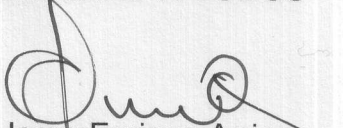
Estimada Licenciada De Mata:

Por medio del a presente me dirijo a usted con el objeto de informarle que, tuve a la vista el diseño de Tesis del (de la) estudiante **Francis Lucía Garnica Marroquín**, carnet **No. 2002-10218**, titulado **“Factores socio culturales que inciden en el proceso de “vidas salvadas” de madres en riesgo de muerte materna en comunidades rurales de Guatemala: casos Alta Verapaz”**

El (la) estudiante en referencia hizo las modificaciones y por lo tanto, mi dictamen es favorable para que se apruebe dicho diseño y se proceda a realizar la investigación.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Lic. Jorge Enrique Arriaga
Coordinador de Metodología

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
4/i. chacón



Escuela de Ciencia Política
SECRETARIA

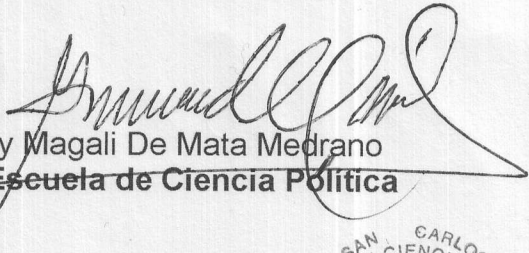
**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Guatemala, veintiséis de mayo del dos mil nueve. -----

ASUNTO: El (la) estudiante **FRANCIS LUCIA GARNICA
MARROQUÍN**, carnet No. **2002-10218**, continúa
trámite para la realización de su Examen de
Tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del (de la) Coordinador
(a) de Metodología, pase al (a la) Asesor (a) de Tesis **Dr. Fidel Arévalo**, para que
brinde la asesoría correspondiente y emita su informe.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
5/i. chacón



Guatemala, 14 de Julio de 2009

Licenciada
Geidy De Mata
Directora Escuela de Ciencia Política
Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimada directora:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en atención al nombramiento de Asesor de la Tesis denominada "Factores socio culturales que inciden en el proceso de Vidas Salvadas de madres en riesgo de muerte materna en comunidades rurales de Guatemala: casos Alta Verapaz", escrita por la estudiante Francis Lucía Garnica Marroquín, carné número 200210218.

Hago de su conocimiento que he sostenido una serie de reuniones con la alumna en las que se ha revisado el desarrollo de su trabajo, en tal sentido, se reconoce que la tesis en mención tiene elementos valiosos para la investigación sociológica, recogiendo y analizando información relacionada con los factores sociales y culturales que inciden en las condiciones de salud del país, específicamente en el proceso denominado Vidas Salvadas en comunidades rurales del departamento de Alta Verapaz.

Se considera que el trabajo reúne los requisitos académicos y reglamentarios para ser aprobado como trabajo de tesis, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE, para que continúe con los trámites administrativos correspondientes.

Atentamente,



Dr. Fidel Arévalo
Asesor de Tesis



Escuela de Ciencia Política
SECRETARIA

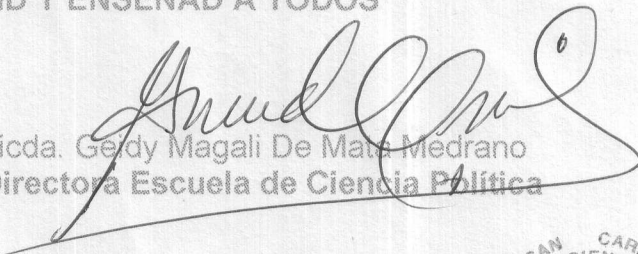
**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Guatemala, dieciséis de julio del año dos mil nueve.-----

ASUNTO: El (la) estudiante **FRANCIS LUCIA GARNICA
MARROQUÍN**, carnet No. **2002-10218**, continúa
trámite para la realización de su Examen de
Tesis.

Habiéndose emitido el dictamen correspondiente por parte del Lic. (Licda.) en su calidad de Asesor (a) de Tesis, pase al (a la) Lic. (Dr.) Jorge Enrique Arriaga Rodríguez, para que proceda en su calidad de Coordinador (a) de la Carrera de Sociología, de la jornada nocturna a conformar el Tribunal que escuchará y evaluará la defensa de tesis, según artículo setenta (70) del Normativo de Evaluación y Promoción de estudiantes de la Escuela de Ciencia Política.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licda. Gedy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
6/i. chacón





ACTA DE EVALUACION DE TESIS

En la ciudad de Guatemala, el día martes cuatro de agosto de dos mil nueve, se realizó la Evaluación de Tesis presentada por **FRANCIS LUCÍA GARNICA MARROQUÍN** carnet No. **200210218**, intitulada: **“FACTORES SOCIO-CULTURALES QUE INCIDEN EN EL PROCESO DE “VIDAS SALVADAS” DE MADRES EN RIESGO DE MUERTE MATERNA EN COMUNIDADES RURALES DE GUATEMALA: CASOS ALTA VERAPAZ”**, para la Licenciatura de Sociología, ante el Tribunal Examinador integrado por: 1) Lic. Edgar Florencio Montufar; 2) Lic. Juan Carlos Guzmán Morán y 3) Lic. Jorge Enrique Arriaga, Coordinador (a) de la Carrera de Sociología, jornada nocturna. Los infrascritos miembros del Tribunal Examinador desarrollaron dicha Evaluación y en consecuencia de la misma el resultado fue: **APROBADO**.

Examinador I

Examinador II

Examinador III

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
7a/l. chacón



Escuela de Ciencia Política
SECRETARIA

**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Guatemala, cinco de agosto del año dos mil nueve. -----

ASUNTO: El (la) estudiante **FRANCIS LUCIA GARNICA
MARROQUÍN**, carnet No. **2002-10218**, continúa
trámite para la realización de su Examen de
Tesis.

Habiéndose emitido dictamen **favorable** por parte del Tribunal que escuchó y
evaluó la defensa de tesis, según artículo setenta (70) del Normativo de
Evaluación y Promoción de estudiantes de la Escuela de Ciencia Política, procede
continuar trámite para impresión de trabajo de Tesis.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. Jorge Enrique Arriaga
Coordinador Sociología, JN

Se envía el expediente
c.c.: Archivo
8/i. chacón



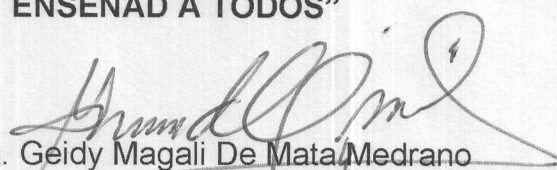
Escuela de Ciencia Política
SECRETARIA

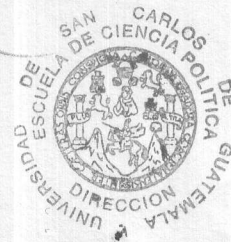
**ESCUELA DE CIENCIA POLITICA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA:** Guatemala, diecinueve de agosto del año dos mil nueve. -----

Con vista en los dictámenes que anteceden, autorizo la impresión del trabajo de Tesis del (de la) estudiante **FRANCIS LUCIA GARNICA MARROQUÍN**, carnet No. **2002-10218**, titulado: **“FACTORES SOCIO-CULTURALES QUE INCIDEN EN EL PROCESO DE “VIDAS SALVADAS” DE MADRES EN RIESGO DE MUERTE MATERNA EN COMUNIDADES RURALES DE GUATEMALA: CASOS ALTA VERAPAZ”**.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licda. Geidy Magali De Mata Medrano
Directora Escuela de Ciencia Política



Se envía el expediente
c.c.: Archivo
9/i. chacón

Dedicatoria

A mi familia:

Mis padres Brenda y Francisco, mis hermanas Carmen, Fernanda, María Luisa a mi hermano Roberto, mi sobrino José Domingo, mis abuelitas Rosaura y Lucía y a mi madrina Maricarmen.

A mis amigos y compañeros

Gabriela Pérez, Cindy García, Eduardo Anleu, Alejandra Privado, Silvia Romero, Ángel López, Ileana Mena, Pablo Boiton, Cristian Morales, Proyecto Brinda Guatemala y Grupo Scout XXV San Sebastián

Agradecimientos:

A Jorge Solorzano, Felipe López del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Guatemala PNUD, a las Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, organizaciones y a las mujeres Vidas Salvadas entrevistadas que apoyaron de muchas maneras la realización del trabajo de campo de esta investigación.

A Jorge Arreaga y Fidel Arévalo por su apoyo incondicional durante varios meses de trabajo.

Causa y efecto, todo pasa por alguna razón y si lo bueno y lo malo me han traído hasta este lugar, gracias vida por las lágrimas y las risas queme hacen, deshacen y me vuelven a hacer...

Únicamente la autora es responsable de las doctrinas sustentadas en este trabajo de investigación.

Índice

Acrónimos.....	2
Introducción.....	3
Estrategia Metodológica	7
Capitulo uno: Condiciones de la población guatemalteca	9
1.1 ASPECTOS GENERALES DE LA POBLACIÓN	9
1.2. LA DISTRIBUCIÓN DE LA TIERRA	11
1.3. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN.....	12
Capitulo dos: El modelo de salud guatemalteco.....	15
2.1. LOS NIVELES DE ATENCIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	15
2.2. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD EN GUATEMALA	16
2.3. ESTRUCTURA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS BASICOS DE SALUD	17
Capitulo tres: Alta Verapaz: entre la vida y la muerte.....	21
3.1 DATOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ	21
3.2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	24
3.3. CONDICIONES DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO	26
3.4. COMPOSICIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO	28
Capitulo cuatro: Clasificación y definición de los factores sociales y culturales que influyen en el proceso de Vidas Salvadas	31
4.1. CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES	31
4.2. DEFINICIÓN DE LOS FACTORES	33
4.2.1. Características comunitarias y familiares	35
4.2.2. Percepción de la atención que se brinda en los centros de atención y la influencia de la experiencia de otras mujeres atendidas por el MSPAS.....	37
4.2.3. El trabajo y atención comunitaria brindado por el EBS.....	38
Capitulo cinco: Hallazgos: factores sociales y culturales que influyen en el proceso de Vidas Salvadas en el departamento de Alta Verapaz.....	41
5.1. características comunitarias y familiares.....	41
5.1.1. Accesibilidad Geográfica	41
5.1.2. Accesibilidad Socio Organizacional.....	46
5.2. PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y LA INFLUENCIA DE LA EXPERIENCIA DE OTRAS MUJERES ATENDIDAS POR EL MSPAS51	
5.3. EL TRABAJO Y ATENCIÓN COMUNITARIA BRINDADO POR EL EBS.....	53
Conclusiones	61
Recomendaciones.....	63
Bibliografía	65
Anexos	67
a. Los casos de vidas salvadas.....	67
Caso 1: condiciones de accesibilidad y organización comunitaria	67
Caso 2: presencia del EBS en las comunidades.....	68
Caso 3: cuando los factores convergen	69
b. Anexo metodológico	73
Notas	77

Acrónimos

AECAMN	Auxiliares de Enfermería Capacitado para Atención Materno Neonatal
ASS	Administradora de Servicios de Salud
CNAG	Censo Nacional Agropecuario de Guatemala
CNP	Censo Nacional de Población
CPR	Constitución Política de la República de Guatemala
EBS	Equipo Básico de Salud
EMSMI	Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil
ENCOVI	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida
GDD	Grupo de Discusión
IDH	Índice de Desarrollo Humano
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud OMS
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSAR	Observatorio Nacional de Salud Reproductiva
PEA	Población Económicamente Activa
PECSBS	Programa de Extensión de Cobertura para la
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PSS	Prestadora de Servicios Básicos de Salud
RCOG	Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología
SBS	Servicios Básicos de Salud
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
USAC	Universidad de San Carlos de Guatemala
USAID	Us aid from the American People

Introducción

En países como Guatemala, con índices de pobreza y pobreza extrema altos, con necesidades básicas que no han sido cubiertas para el total de la población, con un Estado incapaz de brindar el mínimo vital a todos sus habitantes; se vuelve extremadamente necesaria la investigación sociológica que permita dar valiosas herramientas para las posibles soluciones que solventan todos estos problemas. A pesar de esta necesidad, la investigación sociológica no ha sido prioridad del Estado Guatemalteco, la poca producción que se tiene en investigación social; privilegia los estudios cuantitativos, que brindan información estadística que generaliza, lo que no permite ahondar en las características de la población que subyace detrás de los fríos datos numéricos. La investigación sobre los factores sociales y culturales que inciden en la salud es pobre, dejando por un lado los valiosos aportes explicativos que no revelan las personas que existen tras las estadísticas.

La presente investigación ahondó en los factores socio culturales que inciden en el proceso de toma de decisión denominado Vidas Salvadas de madres con riesgo de muerte materna en comunidades rurales de Guatemala, que forman parte del resultado que ha tenido el Programa de Extensión de Cobertura para la Prestación de los Servicios Básicos de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Para cada caso de Vida Salvada existen diferentes factores sociales y culturales que permitieron que la paciente y su familia aceptaran la atención médica pertinente. La identificación de estos factores se considera importante en la medida en que permita que exista la posibilidad de mejorar y ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud SBS para las mujeres embarazadas en particular y las comunidades en general.

Muchas mujeres atendidas por el Programa de Extensión de Cobertura de los Servicios Básicos de Salud, y que presentan señales de peligro, complicaciones y riesgo de muerte materna son referidas a centros de atención especializados en los cuales reciben atención más profesional y eficiente por contar con personal más capacitado y equipo quirúrgico adecuado para atender estos casos.

En los casos tipificados como embarazos de alto riesgo, las pacientes son referidas por el equipo de salud al centro de salud más cercano y son atendidas en un primer momento en servicios del segundo nivel de salud y según sea la complicación del caso referidas al siguiente nivel de atención del MSPAS, este procedimiento permite salvar la vida de la mujer referida; **entonces los casos se clasifican en el grupo denominado Vidas Salvadas.**

Estas Vidas Salvadas existen gracias a diferentes factores sociales y culturales que incidieron durante el proceso que se dio durante la atención que brindó el personal del Programa de Expansión de Servicios a la madre antes, durante y después del surgimiento de la emergencia por riesgo de muerte materna.

El objetivo de esta investigación fue realizar una descripción de los factores sociales y culturales que inciden en el proceso de Vidas Salvadas de madres en riesgo de muerte materna en comunidades rurales del departamento de Alta Verapaz. Esto se logró mediante el estudio retrospectivo del trabajo de atención proporcionada a las mujeres clasificadas como Vidas Salvadas por los equipos básicos de salud en las comunidades rurales de este departamento. Se identificaron, clasificaron y definieron los factores que influyen en la toma de decisión de del para lograr finaliza el proceso y entrar a esta clasificación.

Se describen en el primer apartado de esta investigación las condiciones de la población guatemalteca abordando aspectos económicos y describiendo las condiciones de salud de la población, haciendo una antesala general del país, para poder abordar y comprender en un segundo momento el modelo de salud guatemalteco. Posterior a esto se hace una revisión del programa de extensión

de la cobertura de los servicios básicos de salud, haciendo una pequeña revisión de las generalidades del programa y la estructura de la prestación de servicios básicos de salud. En el capítulo Alta Verapaz: entre la vida y la muerte se describen las condiciones generales del departamento, características tanto físicas como demográficas y del funcionamiento del sistema de salud; en el capítulo cuatro se encuentra la clasificación y definición de los factores sociales y culturales que influyen en el proceso de Vidas Salvadas, se clasifican y definen los factores encontrados durante el trabajo de campo; el último capítulo presenta los hallazgos de la investigación, en la que se describe y analizan los factores sociales y culturales que influyen en el proceso de Vidas Salvadas en el departamento de Alta Verapaz.

Estrategia Metodológica

La Investigación se realizó utilizando metodología cualitativa, privilegiando la obtención de datos específicos del proceso de las Vidas Salvadas, conseguidos directamente de las personas entrevistadas en el estudio.

El proceso de investigación incluyó, entre otras, recopilación bibliográfica de información de la realidad nacional y del departamento en torno a las características de la población en general y de sus condiciones de salud; entrevistas a profundidad, grupos focales y visitas a varias comunidades.

En total, se llevaron a cabo tres grupos focales o de discusión, uno con enfermeras profesionales, otro con auxiliares de enfermería capacitadas para la atención materno neonatal –AECAMN- y un tercer grupo mixto; entrevistas a mujeres clasificadas como Vidas Salvadas y a las enfermeras o AECAMN que tuvieron relación con estas personas. Esta información permitió identificar retrospectivamente los factores sociales y culturales que incidieron en el proceso de Vidas Salvadas en las comunidades del departamento de Alta Verapaz en donde ocurrieron los casos. Finalmente se entrevistó a seis de las personas que fueron clasificadas como Vidas Salvadas en el departamento y se visitaron varias comunidades para observar el trabajo de los equipos básico de salud EBS con el objetivo de conocer de cerca las experiencias de trabajo en de las organizaciones prestadoras de los servicios básicos de salud SBS, específicamente el que realizan con las mujeres embarazadas y las puérperas.

Durante el desarrollo de este informe se privilegiaron algunos datos proporcionados durante los grupos de discusión con las enfermeras y las auxiliares de enfermería ya que estos fueron realizados en el idioma español lo que facilitada su comprensión. Las Entrevistas con las Vidas Salvadas fueron realizadas gracias al apoyo de las enfermeras que ayudaron con la traducción e interpretación durante todo el trabajo realizado ya que las mujeres entrevistadas no hablaban español solamente su idioma natal el q'eqchi.

Es importante resaltar que la metodología utilizada para recabar y analizar la información no permite la generalización de las conclusiones obtenidas a todos los casos de Vidas Salvadas que sucedieron o que sucederán, solo permite por su carácter exploratorio y explicativo entender y profundizar el fenómeno estudiado, para los casos analizados en esta investigación.

Capitulo uno:

Condiciones de la población guatemalteca

La historia de Guatemala evidencia el olvido, la postergación y marginación a la que han sido sometidos grandes segmentos de la población, a los cuales no se les ha permitido, ni facilitado el acceso a los servicios básicos de salud, educación y vivienda digna. El Estado no tiene la capacidad instalada para responsabilizarse de llevar estos servicios básicos a toda su población, debido a diversos factores; la mala distribución de la riqueza, discriminación cultural y económica, falta de cohesión y organización social, contrastes entre las condiciones de vida en las áreas urbana y rural y niveles de educación muy bajos, que no permiten que las medidas salud preventiva sean del todo eficientes.

1.1 ASPECTOS GENERALES DE LA POBLACIÓN

Guatemala cuenta con un territorio de aproximadamente 108,889 kilómetros cuadrados, que está dividido en ocho regiones, veintidós departamentos y 333 municipios. La mayoría del territorio es de vocación boscosa, existiendo una rica variedad de flora y fauna. Durante el año se dan dos estaciones climáticas la lluviosa o invierno que dura de mayo a octubre y la seca o verano que se da de noviembre a abril de cada año, lo que da una dinámica estacionaria a los cultivos que se explotan en todo el país y marcan los ritmos de trabajo de la mayoría de las personas. Según los datos estadísticos oficiales (CNP 2002) el 42.1% de la población se desenvuelve en actividades de agricultura, silvicultura pesca y caza, estas actividades aglomeran a el sector mas grueso de población económicamente activa PEA, seguido por las actividades de comercio que aglomera al 16.5% y la industria manufacturera con un 13.4%. Un 61% del total

de la PEA se encuentran inactivos y de las mujeres un 94% de las PEA se encuentran inactivas.

El 46% de la población total reside en área urbana y el 53.9 en área rural (CNP 2002). A pesar de esto la mayoría de los servicios públicos y las actividades económicas se encuentran aglomerados en las ciudades, generando el fenómeno conocido como ciudades macrocefálicas, por lo que se dan cada vez más grandes flujos migratorios hacia ellas. La riqueza se concentra en el departamento de Guatemala, que a su vez concentra la mayor cantidad de servicios públicos en la ciudad. La capital presenta un nivel de pobreza del 16.5% y de pobreza extrema del 0.5%. Mientras la población más pobre se ubica en los departamentos de la región Norte, Alta Verapaz y Baja Verapaz, y la región Noroccidente en Quiché y Huehuetenango donde la pobreza afecta a más del 75% de la población.

Es importante resaltar que los departamentos de la Región Norte: Alta Verapaz y Baja Verapaz, concentran el mayor número de población en situación de pobreza extrema con el 38.8% (ENCOVI 2006). Guatemala como nación posee una deficiencia en planificar y ejecutar acciones encaminadas hacia evitar que la pobreza y la pobreza extrema en la población sea una condición permanente y a terminar con los prejuicios sociales y culturales que ocasionan discriminación étnica, hacia la mujer y por ubicación geográfica.

En educación existen grandes deficiencias para lograr una cobertura total de la población, evidencia de ello es que existe un 28.8% de población analfabeta y grandes porcentajes de deserción escolar. Un 38.3% del total de la población indígena y un 24.9% de la no indígena no ha tenido ninguna formación escolar (CNP 2002). En este sentido, existen grandes esfuerzos para mejorar los niveles de vida de las poblaciones más pobres por medio de los programas de remesas condicionadas, como el Programa Mi Familia Progresá que se trabaja desde el año 2008 en el país. Este programa impulsa en los municipios más pobres la participación escolar, tratando de prever la ocurrencia de deserción escolar y la asistencia a los controles de salud por medio de remesas

condicionadas, con las cuales se trata de garantizar que los padres de familia no opten por sacar a sus hijos de la formación en la escuela por falta de recursos y se les de un seguimiento a su salud a cambio de un apoyo económico.

Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida ENCOVI 2006, 51% de los guatemaltecos vive en pobreza, y el 15.2% vive en condiciones de extrema pobreza, mientras el 35.8% en pobreza no extrema, la población pobre se concentra en el área rural con un 72% y en el área urbana un 28%. El 75% de los indígenas son pobres, de los cuales el 27.4% viven en pobreza extrema. De los no indígenas el 36.5% son pobres y el 7.8% se encuentra en situación de extrema pobreza y un 28.6% en pobreza. Los datos de pobreza clasificados por género indican que el 51.5% de las mujeres son pobres a diferencia del 48.5% de los hombres.

En promedio general, las mujeres tienen 4.4 hijos, pero la cifra aumenta en 1.2% cuando se revisan los datos para el área rural y baja 1% para la urbana, evidenciando de nuevo los contrastes que se dan internamente en el país entre lo urbano y lo rural (CNP 2002).

1.2. LA DISTRIBUCIÓN DE LA TIERRA

En Guatemala el 53.9 % (ENCOVI 2006) de la población reside en área rural y se dedican a tareas eminentemente agrícolas. La economía de este segmento mayoritario de la población campesina es de subsistencia, es decir que trabajan una época del año su tierra para obtener una parte de su alimentación y otra época del año migran a las grandes fincas para ser explotados en la cosecha de productos agrícolas de exportación como el café, la caña o el banano. Es importante resaltar que las microfincas propiedad de los campesinos están ubicadas en departamentos del altiplano cuya tierra por lo general es de vocación boscosa que no producen mucho cuando son explotados para producir alimentos y por otro lado las grandes fincas están

ubicadas en las áreas más fértiles del país como los departamentos de Izabal, Escuintla y Retalhuleu.

En este sentido es importante resaltar que la cantidad de pequeños productores se ha duplicado ya que en los últimos 50 años (CNAG 2004) se ha duplicado la cantidad de fincas pequeñas de menos de una caballería, con poca capacidad de producción y el número de fincas pequeñas con extensiones de más una caballería se ha mantenido estable. Los departamentos con mayor cantidad de fincas son Escuintla, Santa Rosa, Retalhuleu y Alta Verapaz, este último con menor cantidad de tierra productiva que los otros mencionados¹.

Esta dinámica de crecimiento de las micro fincas, se da por el avance de la frontera agrícola y no es más que la utilización de terrenos de vocación boscosa para la producción de granos básicos o la crianza de ganado vacuno. La aglomeración de las tierras fértiles en pocos propietarios origina que los campesinos busquen nuevas formas de afianzarse recursos para subsistir.

1.3. CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Existen algunas mejoras en la cobertura de los servicios básicos de salud, que se han venido trabajando desde el MSPAS. Con la habilitación del Programa de Extensión de los Servicios Básicos de Salud, se logró aumentar de un 54% de la población con acceso a servicios de salud en el año 1990 y a un 89.7% en 2004(PNUD 2005).

Para el año 2000 los menores de seis años sin cobertura de vacunas era del 5.8% y para el 2006 el porcentaje fue el 2.5%, aumentando la cobertura de todos los servicios de prevención evidenciado en la disminución de padecimientos por enfermedades virales (ENSMI 2002). Muchos casos de muerte infantil son ocasionados por enfermedades fácilmente curables y prevenibles como diarreas o infecciones respiratorias.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), la tasa de mortalidad infantil en 2002, fue 44 por 1,000 nacidos vivos. Existe una relación entre la edad de la madre y su escolaridad con la mortalidad infantil a menor escolaridad de la madre mayor mortalidad infantil. Otro dato importante que hay que resaltar es el que se da una marcada diferencia entre los indicadores para el área rural con una tasa de mortalidad infantil 48 y el área urbana con una de 35 evidenciando la marcada diferencia de condiciones de vida del campo y la ciudad.

La mayoría de los embarazos son atendidos en el hogar, por familiares de la madre o por comadronas, muchas de las muertes que se dan durante el embarazo, el parto o postparto son prevenibles si se atienden en centros de atención especializada o que cuenten con el personal capacitado para tratar los casos de emergencia. Muchas muertes maternas se dan por las denominadas cuatro demoras, que consisten en la tardanza en la identificación de los factores de riesgo o amenazas a la vida de la madre, por las dificultades en la toma de decisión en la familia en relación a acudir a un servicio, por la tardanza en llegar a los centros de atención por falta de acceso a los medios de comunicación o recursos y la tardanza en recibir atención en los centros de salud (RCOG 2006).

Capitulo dos:

El modelo de salud guatemalteco

La salud en Guatemala es considerada como una obligación del Estadoⁱⁱ, quien debe ser garante de la salud y la asistencia social de todos los habitantes y por medio de sus instituciones garantizar el desarrollo de todas las acciones que permitan el bienestar físico, mental y social de la población.

2.1. LOS NIVELES DE ATENCIÓN DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es el ente que debe encargarseⁱⁱⁱ de llevar a cabo la planificación y ejecución de todas las acciones que estén encaminadas a garantizar la salud de la población en el territorio guatemalteco. La red de servicios está constituida por tres niveles de atención, organizados según la complejidad de la necesidad de atención que exista.

El primer nivel está organizado para atender de cerca a la comunidad en casos sencillos y referir a los pacientes a centros de los siguientes niveles en caso que el cuadro clínico lo amerite. Este nivel se compone por el Centro Comunitario de Salud y el Puesto de Salud.

El Segundo Nivel de Atención recibe pacientes con cuadros mas complejos pero que no ameritan intervenciones quirúrgicas mayores que requieran especialistas o equipos especializados para la atención de los pacientes y está conformado por el Puesto de Salud Fortalecido, el Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios, el Centro de Salud tipo A, el Centro de Atención Médica Permanente, el Centro de Atención Integral Materno Infantil y el Centro de Atención de Urgencias Médicas.

Por último, el Tercer Nivel de Salud trata referencias que necesiten atención especializadas de médicos y en este nivel se encuentran los Hospitales

Distritales Integrados, los Hospitales Generales o Departamentales, los Hospitales Regionales y los Hospitales Nacionales de Referencia.

El primer nivel de salud se encarga de atender en las comunidades lo referente a la promoción de acciones de carácter preventivo. Es importante resaltar que la salud preventiva permite la reducción de gastos para el Estado, ya que a través de la misma se evita la proliferación de enfermedades cuyo apareamiento se puede contralar a través de acciones tan sencillas como lavarse las manos, evitar la proliferación de mosquitos o identificar señales de peligro durante el embarazo. La salud preventiva permite que se reduzca la necesidad de aplicar medicamentos y de intervenciones médicas que significan grandes costos para el Estado. Todo esto evidencia la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención por medio del incremento de insumos para que se promueva en las comunidades los principios básicos de salud preventiva.

2.2. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD EN GUATEMALA

A. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

Con el objetivo de ampliar la cobertura de los Servicios Básicos de Salud (SBS) a sectores de la población que históricamente han sido postergados y que no han contado con la cobertura del Estado en materia de salud, se implementa desde 1997 el Programa de Extensión de Cobertura para la Prestación de los Servicios Básicos de Salud PECSBS del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS de Guatemala. (MSPAS 2008)

El primer modelo que se implementó para el primer nivel de atención se basaba en la expansión de la cobertura de los SBS a jurisdicciones de aproximadamente 10,000 habitantes, cubriéndose así de 21 a 26 áreas de salud y 3.6 millones de habitantes. Es importante señalar que de estos 3.6 millones 2.9 fueron cubiertos mediante convenios o contratos con

organizaciones y 700,000 cubiertos mediante personal del MSPAS y cooperantes cubanos (MSPAS 2007).

La incorporación de organizaciones no gubernamentales al Programa, se logró mediante la aprobación del Código de Salud en el año 2002, que permitió el traslado de recursos del Ministerio de Salud a éstas, para que se lograra la expansión de la cobertura de los SBS.

Antes del año 2002, los recursos para la ejecución del modelo de extensión de cobertura nacional provenían del presupuesto general del MSPAS asignándose a cada Dirección de Área de Salud el monto correspondiente a las jurisdicciones a cubrir en su área de responsabilidad. Las organizaciones prestadoras de los servicios administraban los recursos humanos, financieros y materiales para prestar el servicio, y las organizaciones administradoras ejecutaban los recursos financieros en función de una programación provista por el Distrito de Salud responsable de una determinada jurisdicción.

2.3. ESTRUCTURA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS BASICOS DE SALUD

Los SBS son brindados a la población por un Equipo Básico de Salud EBS, cuyos integrantes, miembros de Organizaciones no gubernamentales, realizan visitas mensuales a las comunidades que tienen a cargo. Estas organizaciones son contratadas anualmente por el MSPAS para lograr una mayor cobertura de la salud en las áreas en donde no existen servicios de salud con atención permanente.

La ONG encargada de brindar el servicio debe de conformar un EBS institucional y comunitario. El EBS se compone de tres tipos de personal que son: el personal técnico por jurisdicción, el personal comunitario por jurisdicción y el personal administrativo financiero.

El personal técnico por jurisdicción es el que tiene bajo su responsabilidad brindar la atención médica necesaria a la población de la jurisdicción a la que están atendiendo, particularmente se encargan de atender la salud de las mujeres y los niños. El equipo esta generalmente comprendido por un médico o Enfermera Profesional Ambulatoria que se encarga de brindar la consulta a la población que llega al centro de convergencia; facilitadores institucionales que son Auxiliares de Enfermería y técnicos de salud rural. Se prioriza la atención a mujeres embarazadas, puérperas y niños. También forma parte del EBS un facilitador comunitario, que apoya en la entrega de los servicios básicos de salud y lleva registro de las personas que deberán recibir control en cada visita y los nuevos recién nacidos y embarazadas, asimismo coordina y monitorea el trabajo realizado por los vigilantes de salud y la comadrona tradicional o partera que atiende partos no complicados en la comunidad.

El personal también tiene entre sus responsabilidades la evaluación de las condiciones del embarazo, parto y posparto para reconocer señales de peligro y referir oportunamente al siguiente nivel de atención a mujeres embarazadas

El EBS atiende a la población en los denominados centros de convergencia comunitarios. Los centros de convergencia son edificaciones que las comunidades utilizan para llevar a cabo reuniones de organización, educación y de atención a la salud.

Diagrama 2. 1
Organización para la provisión de los SBS en el nivel de atención 1
Jurisdicciones de 10,000 habitantes



Fuente: PNUD 2008. Reseña del Modelo de Extensión de Cobertura en el MSPAS 2007

B. CARACTERÍSTICAS

El programa incluye cuatro componentes ofrecidos a las comunidades de forma gratuita:

1. Atención integral a la mujer (durante el embarazo, el parto y el puerperio, atención a mujeres en edad fértil)
2. Atención integral a la niñez (niños y niñas menores de 5 años)
3. Atención a la demanda por morbilidad y urgencias
4. Atención del ambiente

Estos cuatro componentes se desarrollan simultáneamente mediante acciones de educación en salud, aplicación de medicamentos básicos y medicina tradicional de las comunidades, visitando a las comunidades, que se reúnen en los centros de convergencia para ser atendidas por el EBS.

Se busca con la extensión de servicios básicos de salud lograr un desarrollo integral de la salud por lo que estos deben de contemplar el perfil

epidemiológico, el enfoque de riesgo, de género y los aspectos psicosociales en la promoción de la salud. Estos servicios se brindan dentro de la comunidad, tanto en las casas de los atendidos como en centros comunitarios, clínicas municipales y los centros del primer nivel de atención a la salud (MSPAS 2008).

Dentro del servicio de Atención Integral a la Mujer, encontramos los componentes de atención prenatal, atención del parto limpio y seguro en la comunidad, atención del puerperio, atención de complicaciones durante el embarazo, parto y posparto, atención del recién nacido, atención a la mujer en edad fértil y la referencia y respuesta de urgencias.

Capítulo tres:

Alta Verapaz: entre la vida y la muerte

Alta Verapaz está clasificado como uno de los departamentos con mayores índices de desigualdad de todo el país. La pobreza, pobreza extrema, la falta de servicios básicos y los problemas de salud son condiciones a las que la mayoría de pobladores de esta región no escapan, la exclusión social y la marginación son expresiones cotidianas y se convierten en factores con los que se convive diariamente. Alta Verapaz es el departamento que más muertes maternas registra anualmente y se clasifica a nivel de país como el que más porcentaje de población pobre posee (OSAR 2009). Su índice de marginación nos permite evidenciar las condiciones de ruralidad y de exclusión social que viven sus habitantes, quienes en su mayoría pertenecen a las etnias Q'eqchi', Poqomchi' y Achi.

3.1 DATOS GENERALES DEL DEPARTAMENTO DE ALTA VERAPAZ

El departamento está ubicado en el Altiplano del país. Posee un área aproximada de 8,686 km². Su producción agrícola consiste entre otros productos de maíz, frijol, arroz, café, cardamomo, té, cacao y pimienta.

En Alta Verapaz están presentes siete de las ocho clases agrológicas de suelos que se encuentran en el país. El 76.78% de los suelos del departamento es de vocación forestal, para áreas protegidas y tierras no cultivables o para cultivos perennes. Los suelos con vocación agrícola corresponden al 12.41% del departamento y son clasificados como tipo II y III^{iv}, estas áreas fértiles del departamento son utilizadas en su mayoría para cultivos de café y cardamomo. (SEGEPLAN 2007). Predomina la clase VII con el 56.74 %, estas son las tierras no cultivables, aptas solamente para uso o explotación forestal o algún tipo de cultivos perennes. El suelo clase VI, equivale al 12.13% del departamento y corresponde a tierras no cultivables, salvo para cultivos

perennes y de montaña, con prácticas de conservación de suelos, tienen limitantes de profundidad y rocosidad, muy severos, su topografía es fuertemente ondulada o quebrada y la pendiente es acentuada. Son suelos poco profundos, con textura y drenaje deficiente. La clase IV ocupa el 10.76 por ciento, estas son tierras cultivables sujetas a severas limitaciones permanentes, no aptas para riego, salvo en condiciones especiales, la topografía es plana, inclinada u ondulada, en este tipo de terrenos, la productividad es mediana a baja, incluye suelos con poca profundidad, con textura inadecuada, problemas de erosión y drenaje; mecanizables con altas limitaciones, es apta para cultivos perennes, pastos o cultivos con prácticas intensas de manejo.

La infraestructura vial del departamento se compone por una red de carreteras que en su mayoría no están asfaltadas. Estas comunican solo algunas comunidades; la ruta que del Polochic comunica a Tamahú, Tukurú y Panzós y Senahú, las que comunican a la cabecera departamental, Cobán con Chisec y la Franja Transversal del Norte, la que comunica Cobán vía Sebol con Carchá y Fray Bartolomé de las Casas, y de esta surge la que comunica a Lanquín y Cahabón, y la Franja Transversal del Norte que surge en la carretera asfaltada de Río Dulce y comunica a Chahal, Fray Bartolomé de las Casas, la zona Norte de Chisec, Cobán y el municipio de Ixcán en el departamento de El Quiché. Esto dificulta el acceso a la salud, ya que no contar con una cobertura vial total, se excluyen a los grupos más rezagados de la población rural del departamento.

El Departamento cuenta con un total de 1,011 Km. de carreteras de las cuales 947 Km. son de terracería y únicamente 64 Km. de asfalto. (CEBALLOS 2006). Únicamente el 2% de las vías de comunicación de las cabeceras municipales hacia comunidades rurales están comunicadas por carreteras asfaltadas, el 54% de las comunidades están comunicadas a través de caminos de terracería y un 44% de las comunidades no cuenta con carreteras de ningún tipo,

únicamente por caminamientos o veredas que se pueden transitar a pie y en ocasiones en moto.

En cuanto al transporte de pasajeros de las cabeceras municipales a los centros poblados del área rural, solo aproximadamente el 22% de la totalidad de las comunidades cuentan con este servicio. Se estima que el 36% de las comunidades, cuentan con transporte escaso de pick-ups y pequeños camiones, constituyendo un sistema de transporte peligroso que combina el transporte de pasajeros y de carga. El 42% restante de las comunidades no cuentan con sistema de transporte motorizado, teniendo que trasladarse a pie (CEBALLOS 2006).

En el cuadro 3.1 se puede observar las distancias existentes desde cada uno de los municipios hasta la cabecera departamental y hasta la capital. Es importante resaltar que aunque la distancia sea corta, muchas veces las condiciones de las carreteras o su inexistencia ocasiona inaccesibilidad a los servicios de salud que en su mayoría se encuentran concentrados en las cabeceras municipales. Debido a que el servicio de transporte se encarece según las condiciones de la infraestructura vial y la distancia, las comunidades más alejadas de la cabecera municipal y departamental deben de enfrentarse a más dificultades y más gastos para poder trasladar a un enfermo a los niveles de atención II y III.

Cuadro 3.1		
Distancia de los municipios de Alta Verapaz a la cabecera departamental y a la ciudad capital		
Municipio	Distancia a la capital Kms.	Distancia a la cabecera departamental
Cobán	219	- 0 -
Santa Cruz Verapaz	203	16 kms.
San Cristóbal Verapaz	211	24 kms.
Tactic	189	30 kms.
Tamahú	198	45 kms.
Tucurú	215	62 kms.
Panzos	279	126 kms.

Senahú	290	137 kms.
Carchá	227	08 kms.
Chamelco	228	09 kms.
Lanquín	282	63 kms.
Cahabón	314	95 kms.
Chisec	297	78 kms.
Chahal	367	148 kms.
Fray Bartolomé de las Casas	331	112 kms.
Santa Catalina La Tinta	269	98 kms.
TOTAL	4119	24,727

Fuente: MSPAS 2008 Presentación de la situación de la Salud del Dpto. durante el programa Gobernando con la Gente

3.2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Producto de una sociedad que históricamente se ha organizado para la exclusión y la discriminación en variadas expresiones, dimensiones y esferas, hoy, más de la mitad de la población guatemalteca vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. De cada 100 pobres en Guatemala, 10.9 se ubican en Alta Verapaz y si revisamos la distribución de la pobreza extrema de cada 100 personas viviendo en esta condición 20.1 habitan en este departamento, superando a Quiché y a Huehuetenango, que poseen población con características similares de marginación social. Según cifras oficiales el 78% de los habitantes de este departamento son pobres y de este dato 55.19% viven en condiciones de extrema pobreza. La proporción según la pertinencia cultural es alarmante, ya que evidencia las condiciones de desigualdad en la que viven las personas según el grupo al que pertenecen, ya que el 87.1% de los pobres son indígenas, asimismo, es importante resaltar que el 93% de la población en el departamento está compuesta por indígenas.

Existe una alta concentración de recursos y desequilibrios sociales por la mala distribución de la riqueza, 12 de los 16 municipios de Alta Verapaz tienen un índice de marginación muy alto^v, mientras que en el resto es alto (SEGEPLAN 2002). El 21% de sus habitantes residen en el área urbana y menos de la mitad de las familias poseen alumbrado eléctrico en su casa.

El Índice de Desarrollo Humano IDH en el departamento de Alta Verapaz también refleja las desigualdades de la población de este departamento, el segundo peor valorado en todo el país y que se ubica por debajo del nacional por más de diez puntos^{vi}. A lo anterior hay que sumar los contrastes entre el municipio mas urbano de este departamento, Cobán, que es la cabecera departamental, cuyo IDH es de 0.597, contra el del municipio preeminentemente rural de Panzós que es de 0.429 (PNUD 2005).

Índice de Desarrollo Humano por Municipio del Departamento de Alta Verapaz	
Municipio	IDH
Cobán	0.597
Santa Cruz Verapaz	0.532
San Cristóbal Verapaz	0.495
Tactic	0.524
Tamahú	0.474
Tucurú	0.461
Panzós	0.429
Senahú	0.470
San Pedro Carchá	0.524
San Juan Chamelco	0.436
Lanquín	0.552
Cahabón	0.501
Chisec	0.507
Chahal	0.497
Fray Bartolomé de las Casas	0.498
La Tinta	0.477

Fuente: PNUD 2005. Informe Nacional de Desarrollo Humano

La tasa de alfabetismo es de 52%, existiendo altos índices de deserción escolar por diversas razones, principalmente por la falta de recursos en los hogares y la necesidad de sumarse a la población económicamente activa de

niños menores de 12 años, quienes abandonan sus estudios para poder aportar a sus hogares con el trabajo que realizan principalmente en labores agrícolas.

La cobertura de las redes de comunicación vial es muy pobre, existen comunidades a las cuales se tiene acceso únicamente atravesando veredas a pie o a caballo, dificultando el traslado hacia los centros de atención a las personas al momento de surgir emergencias y haciendo el trabajo que efectúan los prestadores de servicios o los trabajadores del MSPAS más difícil, por tener que utilizar mas tiempo y desgastarse físicamente por no poder acceder con vehículos a estas comunidades. La red vial del departamento es una de las que menos cobertura poseen de toda la república.

3.3. CONDICIONES DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO

La esperanza de vida al nacer para la población de Alta Verapaz es de 67.3 años y la tasa de mortalidad general para el departamento es de 3.94 por mil en 2002. Muchas de las condiciones de salud del departamento requieren de atención enfocada principalmente a la prevención o la atención médica básica, esto debido a que las causas de muerte en esta región son generalmente evitables a través de la realización de acciones de prevención, formación en salud de las familias o acciones sencillas de atención y pronto diagnóstico. Las principales causas de mortalidad son padecimientos fácilmente prevenibles o tratables, cuando son diagnosticados y tratados a tiempo: bronconeumonía, enfermedad diarreica aguda, desnutrición.

La tasa de muerte materna para el departamento es de 266 por cien mil nacidos vivos y la mortalidad neonatal corresponde a 9 por cada mil nacidos vivos. Las causas más frecuentes de muerte materna son: retención placentaria, sepsis puerperal, eclampsia, hemorragias posparto, atonía uterina, ruptura uterina que son muertes que si se cuenta con la atención especializada a tiempo logran ser prevenibles.

Los municipios más afectados por mortalidad materna son Panzós, Santa María Cahabón, Chisec, Chahal, Senahú, Cobán que representan 33 por ciento del total de municipios. Para el departamento la mortalidad infantil es de 29.11 por mil nacidos vivos registrados y las cinco causas más frecuentes son: neumonía y bronconeumonía, enfermedad diarreica aguda, septicemia neonatal, desnutrición e infecciones intestinales (ENCOVI 2006).

Con respecto a la morbilidad infantil y materna también encontramos que son padecimientos que pueden ser tratados sencillamente en los centros de salud, con el equipo básico de atención. Estas muertes pueden prevenirse mediante la correcta instrucción y atención en los hogares de las señales de peligro que pueden correr durante el embarazo, el parto o el posparto.

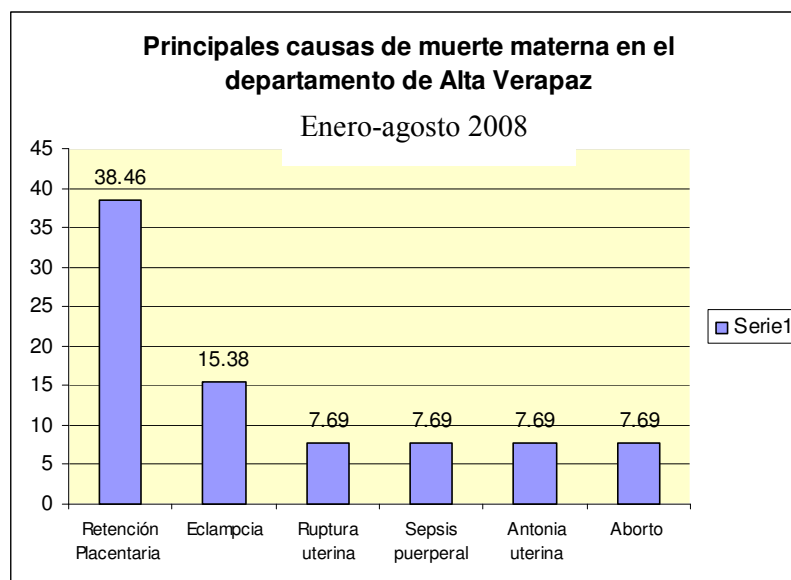
Las diez causas principales de la morbilidad general en todo el departamento son: parasitismo Intestinal, infecciones respiratorias agudas, anemia, enfermedad diarreica aguda, resfrío común, enfermedad de la piel, enfermedad péptica, neumonías, bronconeumonias, malaria e infección del tracto urinario. Las causas de morbilidad infantil son: infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda, resfrío común, parasitismo intestinal y enfermedad de la piel. Las causas de morbilidad materna de mayor frecuencia son: anemia, infección del tracto urinario, enfermedad péptica, resfrío común e infecciones respiratorias agudas.

Más del 70% de los partos que se dan en la región norte son atendidos en las casas de las mujeres por algún familiar, a veces se cuenta con la atención del parto por una comadrona que podría identificar señales de peligro y aconsejar el traslado a los centros de atención especializada para tratar el caso. La menor parte de los partos son atendidos por enfermeras especializadas o médicos en centros de salud o en hospitales. Las muertes maternas que suceden, en muchos de los casos, son altamente prevenibles si son tratadas en espacios equipados para atender las emergencias que pueden surgir o son atendidas por el personal capacitado, aunque existe dificultad para lograr el

acceso a estos servicios debido a las condiciones de pobreza en las que viven las personas; además de los costos que implica para las familias transportarse a los centros de atención para poder ser atendidas por personal capacitado.

Muchas de las muertes maternas registradas son altamente prevenibles si se cuenta con el equipo necesario y principalmente si se cuenta con personal calificado para atender las emergencias. Ejemplo de esto es que el mayor porcentaje de muertes maternas en el departamento es ocasionado por la retención placentaria (ver tabla 3.1) que se ocasiona cuando después de parto la placenta no sale por completo del cuerpo de la mujer y le ocasiona una intoxicación que provoca la muerte. Si la mujer es atendida por personal capacitado esta condición puede identificarse y controlarse a tiempo para evitar la muerte de la mujer.

Tabla 3.1



Fuente: MSPAS 2008

3.4. COMPOSICIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO

La red de servicios en Alta Verapaz esta compuesta por tres hospitales, dieciséis centros de salud y treinta y dos puestos de salud. El personal médico y paramédico es limitado, para todo el departamento se cuenta con 31 médicos, 88 médicos cubanos de apoyo temporal, 25 enfermeras profesionales, 145 enfermeras auxiliares, 23 facilitadores institucionales, 16 inspectores de saneamiento ambiental, 3364 guardianes de salud y 986 comadronas (SEGEPLAN 2002)^{vii}. Los hospitales de Alta Verapaz representan el siete por ciento del total existentes en todo el país, a pesar de contar con una población que lo ubica como el segundo departamento más poblado del país. Este departamento cuenta con la cobertura de los Servicios Básicos de Salud en cincuenta y ocho jurisdicciones, por medio de prestadoras de los servicios contratadas por el MSPAS.

El ministerio de Salud en el departamento de Alta Verapaz no cuenta con capacidades instaladas para prestar los servicios básicos de salud a todas las comunidades, por lo que contrata asociaciones responsables de la ejecución. Las organizaciones que prestan el servicio en el departamento son: Asociación Multiétnica de Mujeres Xna Ixim, Fundación Menonita Kekchi de Guatemala Fundameno, Instituto de Cooperación Social, Fundación de la Mujer Maya del Norte Funmmayan, Asociación de Caficultores Asociados del Norte Cafesano, Federación de Cooperativas de las Verapaces, Fedecovera, R.L, Mercy Corps, Fundación Para El Desarrollo y Educación de la Mujer Indígena, Asociación Bautista Kekchi de Desarrollo Cultural/Abk-Dec, Asociación de Promotores de Salud Integral K"Amol Kawilal Aprosinkk.

Capítulo cuatro:

Clasificación y definición de los factores sociales y culturales que influyen en el proceso de Vidas Salvadas

El proceso Vidas Salvadas, de mujeres que estuvieron en riesgo de muerte materna en comunidades rurales del departamento de Alta Verapaz, se ve afectado por diferentes factores sociales y culturales. Para cada caso de “vida salvada” existen diferentes factores que permitieron que la paciente, su familia o la comunidad aceptaran la referencia a los centros de atención institucional del MSPAS para obtener la atención médica pertinente.

Se identificaron diferentes factores para los casos de Vidas Salvadas de Alta Verapaz, estos han sido clasificados en tres grupos:

1. las características comunitarias y familiares: la accesibilidad geográfica y socio organizacional
2. la percepción de la atención hospitalaria institucional y su influencia en la toma de decisión
3. el trabajo y atención comunitaria que brindan las enfermeras y el EBS.

4.1. CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES

El primer grupo de factores identifica las características de accesibilidad de la comunidad. Las características de accesibilidad geográfica que se tomaron en cuenta fueron las condiciones de las vías de comunicación terrestres, la ubicación geográfica de la comunidad y la distancia al centro de atención; las características de accesibilidad socio organizacionales que se tomaron en cuenta fueron el trabajo de los líderes comunitarios en la organización de las comunidades, el trabajo del personal comunitario del EBS, factores familiares y

tradiciones que influyen en la toma de decisión para concluir con el plan de emergencia familiar y comunitario.

El segundo grupo explora las características del servicio ofrecido tanto de la organización prestadora de los servicios básicos de salud por medio de los EBS, como de los servicios institucionales prestados por el MSPAS, la cual puede ser provista en los centros de salud, los centros de atención permanente, y los hospitales regionales y nacionales. En este espacio se describen características como la percepción de la población hacia los servicios así como la importancia de las experiencias de otras mujeres que ya han sido atendidas sobre la toma de decisión de las acudir en busca de atención a los servicios.

El tercer grupo de factores resalta la importancia del trabajo del EBS, especialmente el de las enfermeras, en los espacios de formación y educación en las comunidades, asimismo, profundiza en la influencia que ejerce la presencia del EBS en la toma de decisión comunitaria o familiar de trasladar o no a una paciente a los centros de atención institucionales y la importancia de las referencias oportunas, relacionándolo con la captación de la paciente antes de las doce semanas de embarazo.

Cuadro 4.1. Clasificación de Factores Sociales y Culturales que influyen en el proceso de vidas salvadas en el departamento de Alta Verapaz		
1. Características de la comunidad	Accesibilidad geográfica	<p>A. condición de las vías de comunicación terrestres</p> <p>B. la ubicación geográfica de la comunidad y la distancia al centro de atención</p>
	Accesibilidad organizacional socio	<p>A. el trabajo de los líderes comunitarios en la organización de las comunidades</p> <p>B. el trabajo del personal comunitario,</p> <p>C. factores familiares y tradiciones que influyen en</p>

		<p>la toma de decisión</p> <p>D. enfoque de riesgo: la definición del plan de emergencia familiar y comunitario</p>
<p>2. Percepción de la atención que se brinda en los centros de atención</p>	<p>Percepción de la atención que se brinda en los centros de atención y la influencia de la experiencia de otras mujeres atendidas por el MSPAS</p>	<p>A. Influencia de la demora relacionada con las deficiencias en la calidad de la atención y la atención recibida en los centros de atención hospitalaria</p> <p>B. Influencia de la demora relacionada con la poca capacidad de identificación de las señales de peligro y la tardanza en la toma de decisión para asistir al servicio de salud</p> <p>C. La comunicación de experiencias de otras mujeres</p>
<p>3. El trabajo y atención comunitaria brindado por el EBS</p>	<p>El trabajo y atención comunitaria brindado por el EBS</p>	<p>A. Las enfermeras profesionales y las auxiliares de enfermería</p> <p>B. trabajo de persuasión para evitar la muerte materna</p> <p>C. La pertinencia cultural de quienes prestan el servicio</p> <p>D. las referencias oportunas y la captación de la paciente antes de las doce semanas de embarazo</p> <p>E. la presencia del EBS durante el surgimiento de las emergencias</p>

4.2. DEFINICIÓN DE LOS FACTORES

4.2.1. Características comunitarias y familiares

En el Informe sobre la salud en el mundo (OMS 2005) se definieron las causas externas de exclusión a los servicios de salud, entre las que se distingue el aislamiento geográfico y barreras generadas por la pobreza, la etnia, la lengua

y la cultura. Esta situación esta definida como un factor decisivo en la búsqueda de los servicios de salud, ya que todas estas características hacen que los gastos que deben de efectuar para llegar a los centros de asistencia se conviertan en inaccesibles o *catastróficamente caros*^{viii}. Estos factores externos que afectan a la utilización de los servicios son la causa más importante de exclusión en países en desarrollo. El estudio cualitativo sobre estos factores, que son las características físicas y organizativas de las comunidades, permite indagar sobre la capacidad instalada que se posee en distintas regiones para responder al surgimiento de emergencias. El análisis de estas características contribuye a un abordaje intersectorial y a la articulación de distintos esfuerzos necesarios para extender la cobertura de los servicios básicos de salud efectivamente.

La accesibilidad es la facilidad con la que los servicios de salud pueden ser obtenidos por los miembros de la comunidad, tomando en cuenta limitantes económicas, sociales, culturales, geográficas y organizativas. La accesibilidad se vincula directamente con las características del recurso que facilitan u obstaculizan la utilización eventual de los servicios.

La accesibilidad suele entenderse a partir de dos vertientes: la Accesibilidad geográfica y la Accesibilidad socio organizacional (GERMHN 1994 y ESCARLONA Y CORNAGO 2002)^{ix}.

Accesibilidad geográfica es la que toma en consideración la distribución de los servicios, distancias, condiciones de infraestructura vial y/o tiempo de desplazamiento. Son todas aquellas condiciones en las que se encuentra la infraestructura vial que comunica las comunidades con el centro de atención más cercano, al hospital regional y a los hospitales nacionales y está relacionada con el tiempo de traslado hacia la ubicación del centro de atención más próximo. Aquí también se incluye la existencia de carreteras o caminos que permitan la comunicación fácil y ágil y las condiciones en que se encuentran durante diferentes épocas del año, como en el invierno, cuando tienden a empeorarse a causa de las lluvias

La accesibilidad socio organizacional se relaciona con las condiciones sociales, económicas, culturales y organizativas de las comunidades, así como con la capacidad de la población de hacer uso del servicio. Entre estas características encontramos el trabajo de los líderes comunitarios en la organización de las comunidades, el trabajo del personal comunitario, factores familiares y tradiciones que influyen en la toma de decisiones. Finalmente, el enfoque de riesgo con la definición del plan de emergencia familiar y comunitario.

El trabajo de organización de los líderes comunitarios y permite que exista un proceso constante de participación local, en el cual se definen los lineamientos de acción para las emergencias que pudieran suceder. El trabajo de los líderes comunitarios consiste en mantener una constante comunicación con la población y realizar las convocatorias necesarias para que los miembros de ésta asistan a las reuniones en las que se discuten asuntos importantes de la comunidad, mantienen también un monitoreo en el que evalúan las amenazas de la comunidad y la salud de la población.

4.2.1. Características comunitarias y familiares

Las comunidades rurales en Guatemala no han contado históricamente con cobertura estatal de la salud, que hasta 1997 no tenía un programa de extensión de los servicios básicos de salud que pudiera atender a las comunidades rurales del país. Debido a esto tradicionalmente se atienden los asuntos referentes a salud sin la necesidad de la intervención de los servicios institucionales de salud. Los partos son atendidos en su mayoría por comadronas conocidas también como parteras tradicionales o por familiares de las mujeres embarazadas, estos partos atendidos en las comunidades bajo condiciones insalubres y sin contar con personal calificado de salud para atender cualquier emergencia.

Otra característica en las comunidades que apoya el proceso es la organización comunitaria orientada hacia el enfoque de riesgo (MSPAS 2008). El enfoque de riesgo es un método utilizado en la definición y puesta en práctica del plan de emergencia comunitario y familiar. Es útil para determinar las necesidades de atención por medio de una evaluación de los factores en

torno a una posible emergencia. Esta evaluación permite determinar las principales debilidades y fortalezas y las personas que pueden apoyar o dificultar cuando surge una amenaza de riesgo en la comunidad. El enfoque de riesgo da mayores posibilidades de actuar cuando ocurren eventos negativos, por que se observa con anticipación los factores positivos y negativos lo que permite tener mayor conocimiento y manejo de la situación; cuando es aplicado a los temas de salud permite priorizar necesidades o deficiencias y mejorarlas antes de que surja la emergencia. *“La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos, permite aumentar la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria”* (OPS 1999).

La definición de un plan de emergencia desde el enfoque de riesgo es un factor que permite hacer una lectura anticipada de la realidad antes de que se viva cualquier contingencia. En la definición del plan de emergencia familiar o comunitario se puede ver con más claridad las acciones a tomar al momento de una eventualidad. Dicho Plan se elabora a partir de un mapeo de actores; con la anotación de los riesgos y la definición de rutas para establecer con tiempo, así como las medidas a tomar para resolver cualquier contingencia en la comunidad.

Los planes de emergencia comunitarios y familiares contemplan la definición de las acciones que está previsto llevar a cabo al momento de surgir una situación que atente en contra de la vida de alguno o de varios miembros de la comunidad. Estos incluyen una evaluación situacional de la realidad para que las personas tomen consciencia de qué es lo que necesitarán para poder cubrir la emergencia, se identifica a qué miembros de la comunidad se puede acudir, el tipo de transporte que se puede utilizar, en caso de tener hijos pequeños a quién se le pedirá que los cuide, con cuánto dinero cuentan y cuánto dinero se necesitaría para trasladarse a los centros de atención institucional.

El plan de emergencia familiar debe de definirse para cada embarazada sin importar que no presente señales de peligro durante el control mensual que se les realiza en el centro de convergencia comunitario. Se trabaja durante la consulta con cada paciente y la enfermera ayuda a la mujer ejemplificando

cómo se podría actuar durante diversas situaciones, se define que tipo de transporte se puede usar, a quien acudir durante la emergencia, si la familia cuenta con fondos o cómo los conseguirán y se hace un plan de ahorro.

Además del plan de emergencia familiar se debe de tener claro cuales son los planes de emergencia comunitaria para poder activarlos, que sepan qué hacer cuando ocurren las emergencias y a quienes acudir. El EBS durante las visitas a las comunidades orienta a las familias y a la comunidad en espacios de educación en los que se trabajan los planes de emergencia comunitarios y familiares, se le explica las señales de peligro que pueden suceder en diferentes momentos. En ocasiones se trabaja la definición del plan en conjunto durante las charlas formativas que se dan los días de las visitas a las comunidades.

4.2.2. Percepción de la atención que se brinda en los centros de atención y la influencia de la experiencia de otras mujeres atendidas por el MSPAS

Existen factores internos del sistema de salud que influyen en el proceso de Vidas Salvadas y que se ubican en la forma en que opera el sistema sanitario (OMS2005). Las personas que utilizan los servicios pueden ser víctimas de una serie de atropellos, ya que el servicio que se les ofrece es en muchas ocasiones ineficaz, discriminatorio, indiferente o ajeno a sus necesidades. El sistema de salud opera sin pertinencia cultural, siendo por este motivo un espacio de discriminación y en ocasiones de malos tratos o incomprensión. Según la experiencia de las enfermeras entrevistadas, el rechazo que existe hacia la atención que brinda el sistema de salud se genera por que no siempre reciben explicaciones de sus padecimientos, ni del tratamiento que deben recibir o recibieron de los resultados de las pruebas o de las intervenciones, todo debido a prejuicios de quien presta los servicios, sobre la ignorancia o insignificancia de las personas que atienden o los familiares que les acompañan. *Es frecuente que a los pacientes pobres y anónimos se los haga esperar más tiempo, se los explore más superficialmente o se los trate con desdén; puede que se les administre un tratamiento inferior* (OMS 2005). Esta situación es definida como la percepción negativa que tiene la población sobre

los servicios institucionales de atención hospitalaria y está relacionada también con la influencia de la demora con las deficiencias en la calidad de la atención recibida en los hospitales.

La comunicación sobre la atención hospitalaria o en los centros de salud recibida por otras mujeres también influye en la percepción que los miembros de la comunidad tengan sobre estos, ya que se forman una opinión en base al trato que han recibido otros miembros de la comunidad durante el tiempo que recibieron atención institucional, como comentó una mujer Vida Salvada durante la entrevista que se le hizo en la que comentó que *“tenía temor de los centros de atención antes de surgir la emergencia por que ella siempre escucho que la gente que iba a lugares así siempre era operada y eso a ella le provocaba miedo y preocupación por el gasto que esto representa”* (Anexo B caso 3)

Se ha incluido en este grupo de factores la demora relacionada con la poca capacidad de identificación de las señales de peligro y la tardanza en la toma de decisión para asistir al servicio de salud, ya que la tardanza en la búsqueda de apoyo de la atención calificada para atender a una mujer con amenaza de muerte materna y las dificultades de traslado por la ubicación de la comunidad, hace que la misma no se obtenga en el momento oportuno y que en las comunidades se tenga la percepción de que en los centros de atención institucional las personas siempre fallecen .

4.2.3. El trabajo y atención comunitaria brindado por el EBS

El tercer grupo de factores resalta la importancia del trabajo del EBS, especialmente el de las enfermeras en los espacios de formación y educación en las comunidades; analiza la influencia que ejerce la presencia del EBS en la toma de decisión comunitaria o familiar de trasladar o no a una paciente a los centros de atención institucionales y la importancia de las referencias oportunas, relacionándolo con la captación de la paciente antes de las doce semanas de embarazo.

La implementación de los equipos básicos de salud –EBS- al nivel uno del sistema de atención del MSPAS, es parte de la tendencia mundial de ir brindando a más segmentos de la población atención profesional de la salud. El trabajo del EBS está enfocado a la atención materno infantil, con la cual se brinda entre otros servicios la atención obstétrica profesional que ofrecen las enfermeras profesionales y las auxiliares de enfermería materno neonatal AECAMN. El EBS se encarga de proporcionar a todas las embarazadas que lo soliciten atención prenatal, asistencia profesional durante y después del parto durante así como visitas mensuales que se hacen a cada centro de convergencia comunitario, lo cual puede a su vez ser visto como una deficiencia, ya que no existe personal profesional permanente ni atención cercana a todas las comunidades, por lo que en la mayoría de los casos las mujeres al dar a luz o presentar alguna complicación prefieren recibir la atención tradicional comunitaria por medio de las comadronas o un miembro del núcleo familiar.

La atención que se necesita recibir en los casos de embarazo, parto y posparto debe de ser capaz de responder a las necesidades de la comunidad y de la mujer, accesible en todos los aspectos y dispensada de manera competente a todas las madres por profesionales (OMS 2005). La atención a la salud de las mujeres debe ser ofrecida por personal con suficiente capacitación para prestar una atención integral que ofrezca un servicio de salud eficaz que se evidencie en la mejoría de la calidad de vida de los habitantes a quienes se atiende, pero que posea pertinencia cultural. La pertinencia cultural es la comprensión de las necesidades y particularidades culturales y la habilidad de hablar y entender en el idioma de la población que atiende para que el proceso de comunicación se pueda dar de manera efectiva.

La atención prenatal no debe de verse únicamente como una forma de identificar a las mujeres con riesgo de amenaza de muerte, debe contemplar también la atención integral de la salud de la mujer. La atención pre natal puede permitir que se trabaje con las mujeres en la formación de mejores hábitos de limpieza, alimentación y vida familiar que a largo plazo benefician a la salud de toda la comunidad.

Captar a la mujer embarazada antes de las doce semanas de gestación y procurar que asistan al menos a cuatro controles prenatales tiene varios objetivos, entre ellos el que tomen conciencia de la importancia de recibir una atención profesional durante el parto y que se lleve un control de la evolución del embarazo para detectar señales de peligro que amenacen la vida de la madre o del niño.

Capitulo cinco:

Hallazgos: factores sociales y culturales que influyen en el proceso de Vidas Salvadas en el departamento de Alta Verapaz

5.1. CARACTERÍSTICAS COMUNITARIAS Y FAMILIARES

Existen diversas características físicas y organizativas de las comunidades que junto con el trabajo del personal comunitario del EBS y algunos factores familiares, permiten la existencia de mayores posibilidades de salvar a un miembro de la comunidad, al surgir alguna emergencia que necesite ser atendida en un centro de atención institucional.

A continuación se presentan los factores de Accesibilidad Geográfica y Accesibilidad Socio Organizativa, además algunos factores familiares y comunitarios que influyen en la valoración de la emergencia.

5.1.1. Accesibilidad Geográfica

“Andrea Pop Ical es una mujer q’eqchi, vive en Sesuchaj en el municipio de Chisec, pero es originaria de San Vicente, Carchá, vive muy cerca del centro de convergencia de su comunidad, a dos minutos caminando. A su comunidad se puede acceder en vehiculo pero debe de ser apto para recorrer camino de terracería ya que no cuentan con carretera asfaltada hasta su comunidad. Su esposo la acompaño durante el viaje que es de aproximadamente de una hora hacia el centro de salud y de dos horas y media hasta el hospital de Cobán. Para su traslado una ambulancia del MSPAS estaba en la comunidad facilitando su traslado al centro de salud. Casualmente cuando le dieron egreso del hospital, la misma ambulancia estaba cerca y coordinaron acciones para poder regresarla a su comunidad lo que significó un gasto menos para esta familia”(ver Anexo B caso 1). El caso de Andrea puede ser clasificado como una Vida Salvada, por que entre otros factores, ella habita en una comunidad con accesibilidad geográfica.

Para que la atención institucional pueda brindarse a las mujeres en etapa gestacional y que presentan señales de peligro o amenaza de muerte; o al surgir emergencias durante el puerperio y poder darse una vida salvada, debe de existir una condición fundamental. Esta condición es la accesibilidad geográfica de los habitantes de las comunidades para llegar a los centros de atención del MSPAS durante el surgimiento de emergencias y poder recibir atención profesional de enfermeras y médicos calificados. Este factor determina la demora relacionada con dificultad para llegar al servicio de salud y poder atender a tiempo la emergencia.

Las condiciones de pobreza en la que se encuentran sumergidas más del 70% de la población de este departamento y la economía de subsistencia que rige a estas familias no permite que exista la posibilidad de efectuar gastos no planificados, como el traslado de un familiar debido a alguna emergencia, tal suele ser el caso de mujeres que presentan señales de peligro durante el embarazo, el parto o el posparto. El gasto de traslado desde las comunidades hacia el centro de salud o el hospital más cercano es proporcional a la lejanía de la comunidad al centro; mientras más lejos se encuentre más dinero debe de gastarse para llegar a los centros de atención.

Las condiciones de infraestructura vial de las comunidades permiten que la población tenga la oportunidad de utilizar los servicios fácilmente y gozar de un acceso a la atención pertinente. Si las condiciones de acceso son favorables los miembros de las comunidades tienen mayores posibilidades de recibir atención y medicamentos adecuados para contrarrestar enfermedades de tratamiento sencillo, que sin el debido diagnóstico y tratamiento, se convierten en padecimientos crónicos o mortales, además de existir mayores posibilidades de sobrevivir cuando ocurren emergencias, padecimientos críticos o cuadros clínicos más complicados que requieren de atención especializada de profesionales de la salud.

La accesibilidad^x geográfica, como un factor influyente en el proceso de Vidas Salvadas, se analizó a partir de los siguientes componentes: condiciones de la infraestructura vial y su relación con el tiempo de traslado y la ubicación geográfica de la comunidad, la distancia al centro de atención más próximo y

los gastos de movilización que deben de realizar las familias para trasladar a la paciente.

Las condiciones en las que se encuentra la infraestructura vial que comunica a las comunidades con el centro de atención más cercano, al hospital regional y a los hospitales nacionales, determinan el tiempo de traslado hacia la ubicación del centro de atención más próximo, estas incluyen la existencia de carreteras o caminos que permiten la comunicación fácil y ágil, además de las condiciones en que éstas se encuentran durante diferentes épocas del año, como en el invierno, cuando tienden a empeorarse a causa de las lluvias.

En el departamento de Alta Verapaz existen comunidades que únicamente cuentan con caminamientos o veredas por donde con dificultad pueden transitar las personas, los caballos o las motos; debido a esta condición el tiempo, el costo y la dificultad de traslado de una persona a los centros de atención aumenta.

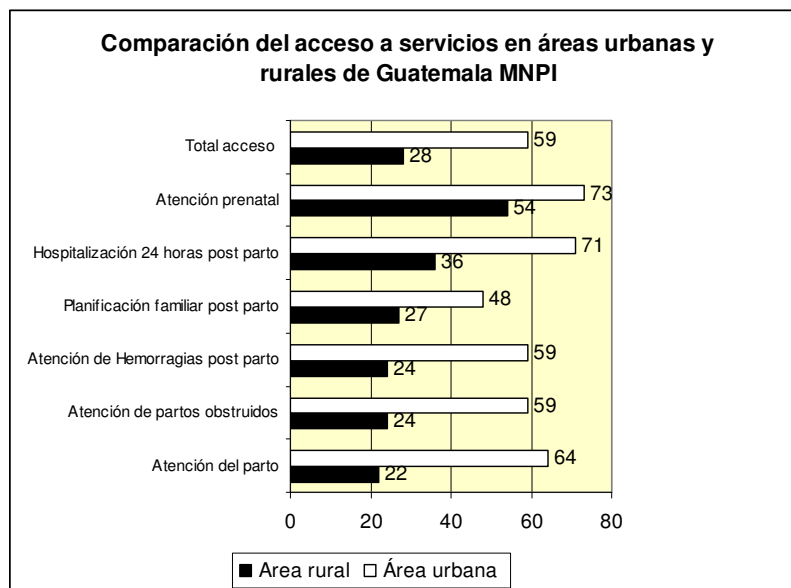
En las denominadas áreas de influencia, que se refieren a las comunidades más cercanas a Cobán, la cabecera departamental se cuenta con mejores condiciones de infraestructura y sociales, que hacen mucho más fácil que las mujeres decidan ir solas a los centros de atención institucional al surgir una emergencia o al momento del parto, debido a que poseen mayor independencia económica y existe más accesibilidad. Las condiciones de los caminos permiten la circulación de mayor cantidad de vehículos que prestan el servicio de transporte y con esto, los costos de traslado hacia el los centros de atención se reducen.

Existen comunidades en las que no hay caminos hechos para vehículos motorizados y deben de transitar por veredas para llegar a cualquier lugar en la comunidad y fuera de esta, por lo que al momento de transportar a una paciente se ven en la necesidad de improvisar las formas en las que lo harán, elaborando camillas con cualquier material disponible o utilizando vehículos inapropiados para el traslado de enfermos. Esta característica puede evidenciarse en el caso de María Isabel Choc (Anexo B caso 2), una de las Vidas Salvadas entrevistadas, cuya casa se encuentra a 20 minutos, del centro

de convergencia, en lo alto de una montaña. Para acceder a ella se debe caminar un largo trayecto en un terreno lleno de piedra quebrada y pasar por un puente colgante. para poder trasladarla de su casa hacia el centro de convergencia usaron una hamaca y luego fue llevada al centro de salud en un pick up en el que se movilizaba el equipo de salud que estaba ese día en la comunidad ofreciendo consulta.

En Guatemala existen mayores desigualdades en el acceso a la atención y servicios de salud materna en áreas rurales que en las áreas urbanas siendo el acceso en esta última también bajo (USAID 2003). Como se evidencia en el Índice de Esfuerzo del Programa Materno Neonatal, la calificación que se le asigna a los servicios de atención materna en el país es menor en las áreas rurales que en las urbanas.

Tabla 5.1



Fuente: USAID 2003 Herramienta para la Incidencia Política en La Salud Materna. Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal MNPI. Guatemala.

La red de carreteras asfaltadas existente en el departamento solo comunica a una parte de los municipios y abarca únicamente las cabeceras municipales, sin que las comunidades más necesitadas cuenten con el servicio. Solo se

puede acceder por medio de carretera asfaltada a los municipios de Tactic, San Pedro Carchá, Santa Cruz Verapaz, San Cristóbal Alta Verapaz, San Juan Chamelco, Cobán y Chisec, son pocas las comunidades que cuentan con acceso por medio de carreteras de terracería, entre estas están Tucuru, Tamahu, Aldea la Tinta, Aldea Telemán, Panzós, Senahú, Aldea Pocolá, Finca Campur, Lanquin, Cahabón, Raxuhá, Fray Bartolomé de la Casas, Aldea Boloncó y Nuevo Chahal.

La ubicación geográfica de la comunidad y la distancia al centro de atención más próximo tiene una relación directamente proporcional a los gastos de movilización que deben de realizar las familias para trasladar a las pacientes. A mayor distancia y dificultad de acceso, el transporte se encarece y la frecuencia con la que se puede encontrar disminuye, *“únicamente hay transporte lunes y jueves, solo esos dos días se pueden venir, otro día no pueden... un viaje sale en 1000 y algo 1200...-va a depender de la distancia-por eso no quieren salir las señoras, por eso los esposos no quieren sacar a las señoras - donde yo estoy 800. – prefieren arriesgarse y ser atendidas en la comunidad, ahí si que jugársela a no meterse a deudas – yo estoy cerca y el viaje sale como en 300”(GDD1).*

Las familias, que poseen poca disponibilidad de recursos, deben de efectuar gastos catastróficos^{xi}, y utilizar los recursos que básicamente sirven para solventar los gastos de alimentación de varios meses en el traslado de la paciente, lo cual les orilla a pasar de la pobreza a la pobreza extrema.

El que en las comunidades se cuente con la facilidad de medios de transporte adecuados para movilizar a la población permite que al existir una emergencia se pueda movilizar al paciente fácilmente, éste ha sido un factor que permite que las Vidas Salvadas se puedan dar. No todas las comunidades cuentan con un servicio de transporte constante o que haga recorridos a diario. Existe gran dificultad de acceso a transporte; *“no todos los días se encuentra con el servicio que hace viajes en camiones, microbuses o pickups”. (GDD2)* hacia las cabeceras municipales. Debido a que los costos de transporte a la cabecera

municipal o departamental aumentan según la distancia y condiciones de acceso geográfico, se dificultan las posibilidades de hallar transporte para personas todos los días; en ocasiones las enfermeras toman la decisión de referir a la paciente unos días antes de la fecha probable del parto o antes de que surja la emergencia, para que a las mujeres les de tiempo de movilizarse a los centros de atención, evitando que la familia incurra en tantos gastos para transportar a la paciente.

En las áreas de influencia y en las comunidades en las que existe accesibilidad geográfica, es viable la posibilidad de enviar ambulancias cuando surgen las emergencias. El servicio no es del todo gratuito y en ocasiones las familias deben de pagar el gasto de combustible que se utiliza para el traslado de las personas, esto, según las enfermeras, sucede por que el distrito no cuenta con suficientes recursos para mantener el gasto de combustible de las ambulancias.

En el departamento los servicios estatales de atención en salud se encuentran principalmente en las cabeceras municipales, siendo su distribución la siguiente: dos hospitales distritales en los municipios de La Tinta y Fray Bartolomé y un hospital regional en la ciudad de Cobán; cinco Centros de Atención Permanente (CAP) ubicados en los municipios de Senahú, Carchá, Cahabó y Tucurú; un Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) en San Cristobal Verapaz; diez Centros de Salud que se encuentran en Cobán, Santa Cruz, Telemán, Chahal, Lanquín, Campur, Panzós, Chamelco, Tamahú y Tactic; treinta y seis Puestos de Salud y seiscientos treinta y cinco Centros de Convergencia ubicados en todo el departamento (MSPAS 2008). Esto evidencia la exclusión que padecen las comunidades rurales que no cuentan con centros de atención permanentes para que sus problemas de salud sean fácilmente atendidos.

5.1.2. Accesibilidad Socio Organizacional

En el segundo grupo de factores que se encuentran en las comunidades y que tienen influencia en el proceso de Vidas Salvadas, encontramos el trabajo de

los líderes comunitarios en la organización de las comunidades, el trabajo del personal comunitario, factores familiares y tradiciones que influyen en la toma de decisión y la definición del plan de emergencia familiar y comunitario.

A. El trabajo de los líderes comunitarios en la organización de las comunidades

El trabajo de organización de los líderes comunitarios permite que exista un proceso constante de participación comunitaria, en el cual se definen los lineamientos de acción para las emergencias que pudieran suceder. El trabajo de los líderes comunitarios consiste en mantener una efectiva comunicación con la población y realizar las convocatorias necesarias para que los miembros de ésta asistan a las reuniones en las que se discuten asuntos importantes de la comunidad, mantienen también un monitoreo en el que evalúan las amenazas de la comunidad y la salud de la población.

El papel de los líderes comunitarios es de suma importancia para el equipo de salud que solo puede visitar una vez al mes cada centro de convergencia comunitario, esto debido a que el EBS debe de cumplir con las visitas a las demás comunidades de la jurisdicción que tienen asignada bajo su responsabilidad. Los *“líderes de la comunidad se convierten en los ojos del equipo de salud”*(GDD1), ya que son ellos los que tienen el contacto directo todo el tiempo con la realidad de la comunidad, son ellos los que monitorean la salud de las mujeres, debido a que una vez al mes, durante la consulta, las enfermeras profesionales que atienden a las mujeres embarazadas realizan un listado de las pacientes que durante la evaluación presentaron señales de riesgo. Este listado se les entrega a los representantes del comité de emergencia comunitaria, quien se queda responsable de darle seguimiento a los casos, vigilando y observando la evolución de la salud de las pacientes. Si surge alguna complicación son los líderes comunitarios quienes deben de activar el plan de emergencia.

Los líderes comunitarios que participan en las comisiones de salud son quienes se encargan de definir las acciones comunitarias que deben de llevarse a cabo

al surgir una emergencia de salud. Ellos tienen a su cargo dirigir y activar el plan de emergencia comunitario cuando sea necesario.

En algunas comunidades los comités de emergencia o las comisiones de salud cuenta con un fondo de emergencias comunitario, el cual se utiliza para poder apoyar a las familias que no tienen recursos para los traslados en el momento de surgir la emergencia, *“...se les pregunta si tienen dinero si no lo tienen se llama al comité de emergencia y otras instancias que puedan apoyar a trasladar a la mujer si la emergencia lo requiere” (GDD1).*

B. El trabajo del personal comunitario, el facilitador comunitario y la comadrona

El trabajo del personal comunitario el facilitador comunitario y la comadrona, permite contar con la información sobre las mujeres embarazadas que no llegan al centro de convergencia a los controles mensuales. Es esta parte del EBS el que se encarga de identificar los nuevos casos de embarazos y de avisar cuando estas mujeres no quieren ir a consulta al centro de convergencia comunitario. Ellos conforman una parte importante del trabajo por que son quienes conocen los casos de embarazo existentes en la comunidad y por ser miembros de la misma la gente les tiene más confianza. Cuando no se puede captar a las pacientes oportunamente o no llegan voluntariamente a las consultas mensuales, el personal permanente de las comunidades pasa la información a los demás miembros del EBS para que cuando estos poseen AECAMN pueda efectuar una visita domiciliar a las mujeres embarazadas y realizar la consulta, *“como las comadronas asignadas en cada comunidad, ellas realizan una tarea importante captando a las mujeres embarazadas para referirlas al programa para que sean atendidas por nosotros” (GDD1).*

Las comadronas que forman parte del EBS son una figura importante en la salud de las mujeres embarazadas debido a que representan la atención tradicional comunitaria que genera menos gasto a las familias además de brindar confianza a la comunidad por que poseen reconocimiento en el oficio que desempeñan, hablan el idioma comunitario y están en contacto permanente con la población, pero carecen de formación profesional para

poder atender partos complicados o identificar señales de peligro, por lo que su sola presencia en las comunidades no garantiza de ninguna manera la salud materna de las mujeres, ni que el proceso de Vidas Salvadas pueda darse

C. Factores familiares y tradiciones que influyen en la toma de decisión

Existen diversos factores familiares y tradicionales que influyen en la aceptación de la atención médica occidental frente a la tradicional.

En las comunidades rurales los partos son atendidos generalmente por comadronas o familiares, la mayoría de mujeres embarazadas de las comunidades al momento del parto son atendidas en sus casas o casas de las comadronas, y no consideran necesaria la atención de personal calificado de salud para dar a luz. Este es uno de los comentarios al respecto que realizó una enfermera profesional durante uno de los grupos de discusión: *“las que más influyen son las mamás, ellas se ponen de ejemplo y les dicen: mira cuantos hijos tuve, yo tuve 14 hijos y aquí estoy..., tiene que hacerle entender que la misma suerte que corrió la mamá puede que no la corra ella... muchas dicen: es que mi mamá dice que antes no iba, que pasaban los nueve meses sin control, nadie la miraba, que el esposo atendía el parto y allí esta viva. La cultura de antes ha hecho que las mamás las sigan sembrando en sus hijas (GDD1).*

En este sentido la tradición en las familias y en las comunidades ha sido que los partos son atendidos por un familiar (esposo, madre, suegra o cuñadas) o por la comadrona; en pocas ocasiones por enfermeras o algún otro profesional de la salud. Cuando ya han recibido atención familiar durante varios partos prefieren continuar con ésta y ser atendidos por la comadrona, a acudir a los servicios de salud y recibir la atención profesional; *“se mantiene la idea en la que se considera innecesario acudir a los centros de convergencia a ser atendido por una profesional de la salud, porque todas las mujeres que conocen han tenido varios hijos y nunca hubo necesidad de ser atendidas por ellos” (comentario de una AECAMN durante el GDD2).*

Cuando surgen amenazas a la vida de la mujer por complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio, la decisión de llevarla o no al centro de atención no depende de ella, por que tradicionalmente son los hombres los que dirigen y deciden que se hace en las familias, la idea tradicional del hombre como cabeza de hogar está muy arraigada en las comunidades, en las cuales existe un sistema patriarcal en la toma de cualquier decisión y las mujeres están subordinadas a estas. Esto generalmente atrasa la toma de decisión de buscar ayuda lo que aumenta el riesgo de muerte de la mujer y el niño.

Según la experiencia de las enfermeras profesionales que forman parte de los EBS, a veces las referencias a los centros de asistencia son tomadas en cuenta por las personas hasta agotar todos los recursos que existen dentro de las comunidades. En ocasiones se han observado casos en los cuales las mujeres agotan todas las posibles soluciones dentro de la comunidad antes de aceptar la referencia a una institución de asistencia fuera de la misma: *“en algunas oportunidades hemos observado que ellas agotan todos los recursos existentes en la comunidad y hasta que estos ya les dijeron que realmente no se puede, entonces van al hospital. Prueba de ello es cuando encontramos por ejemplo presentaciones transversas o podálicas y al mes siguiente las evaluamos y estos están en perfecta posición, pero es por que han ido con curanderos, sobadores. Hay por ejemplo un señor en Chisec que está en una farmacia de la comunidad él es especialista en darle vuelta a los patojos y les cobra” (GDD 1).*

El trabajo de concientización y formación de la salud de las mujeres embarazadas debe de llevarse a todos los miembros de la comunidad, especialmente a los esposos y a las abuelas quienes son generalmente los que deciden aceptar o rechazar la referencia a los centros de atención institucional, esto con el objetivo de divulgar la información de las señales de peligro durante el embarazo, el parto o el posparto y así prevenir las muertes en mujeres embarazadas por falta de atención especializada.

D. Enfoque de riesgo: la definición del plan de emergencia familiar y comunitario

La definición de un plan de emergencia es un factor que permite hacer una lectura anticipada de la realidad antes de que se viva cualquier contingencia. En la definición del plan de emergencia familiar o comunitario se puede ver con más claridad las acciones a tomar al momento de una emergencia. Dicho Plan se elabora a partir de un mapeo de actores; con la anotación de los riesgos y la definición de rutas para establecer con tiempo las medidas a tomar para resolver cualquier contingencia en la comunidad.

En los casos analizados la comunidad de donde es la Vida Salvada cuenta con planes de emergencia comunitarios definidos y la pareja o los familiares hombres que tomaron la decisión buscar atención para la salud de la mujer se apoyaron en los comités de salud de las comunidades o los facilitadores comunitarios con quienes encontraron apoyo tanto logístico como económico. Según la experiencia de las enfermeras con cada mujer se define el plan de emergencia familiar y durante las entrevistas a las Vidas Salvadas expresaron que conocían el plan de emergencia y que lo habían definido, pero en muchos de los casos aunque se tenga un plan de acción definido antes de que ocurra cualquier emergencia si no se cuenta con el recurso económico para realizar el traslado, la referencia se rechaza y no se logra la Vida Salvada.

5.2. PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y LA INFLUENCIA DE LA EXPERIENCIA DE OTRAS MUJERES ATENDIDAS POR EL MSPAS

A. Influencia de la demora relacionada con las deficiencias en la calidad de la atención.

La demora relacionada con las deficiencias en la calidad de la atención, incluye, entre otras, la falta de ambulancias o de suministros médico quirúrgicos, las fallas en la atención por parte del personal de la salud y las dificultades administrativas. Es un factor que influye en la toma de decisión para que una mujer o su familia acepte acudir a los centros de atención para ser atendida al surgir emergencias ya que la existencia de esta demora no

permite que las personas sean atendidas a tiempo o reciban la atención que necesitan para poder mejorar su salud, ocasionando muertes evitables y mayores gastos a las familias. Estos hechos son ampliamente conocidos en las comunidades y hacen que se tenga una percepción negativa de los servicios. Debido a esto en las comunidades existe la creencia en que la gente va a morir a los hospitales y por esto muchas veces la referencia que se extiende para que las mujeres sean atendidas en los centros de atención es rechazada.

Las muertes relacionadas con esta demora ocasionan problemas económicos en las familias relacionados con el gasto que deben efectuar para salir de la comunidad en búsqueda de la atención de su salud ya que estos son sufragados con sus propios recursos; cuando no se logra salvar la vida del paciente se ocasiona gastos de traslado muy elevados. Debido a esto en las comunidades prefieren no arriesgarse a salir de la en busca de atención a la salud y efectuar gastos que tardarán en pagar mucho tiempo o gastar el dinero que les serviría para otros fines como la alimentación.

Sumado al gasto económico esta el problema de la pertinencia cultural ya que generalmente la paciente o sus familiares no son atendidos por personas que hablen o entiendan el idioma que practican, por lo que la comunicación no puede darse de manera fluida y no siempre se logra entender qué es lo que le sucedió a la familiar que fue ingresada al hospital o al centro de salud.

Estas muertes determinan cómo reaccionará la comunidad frente a otras referencias de mujeres embarazadas. Cuando esto sucede, el miedo a los centros de atención del MSPAS aumenta, en tanto la certeza de irse a salvar a los centros de salud desaparece.

El caso de Candelaria (ver Anexo a caso3) es un claro ejemplo de este factor, durante la entrevista que se le realizó comentó que no quería ser trasladada al centro de atención ni al hospital. Declaró que prefería morir y que nunca pensó en la posibilidad de salir de su comunidad para que alguno de sus partos fuera atendido por un profesional de la salud. Al saber que tenía que ser trasladada a un centro de atención para poder ser atendida y salvar su vida

ella se negó a hacerlo. Candelaria tenía temor de los centros de atención antes de surgir la emergencia por que ella siempre escucho que la gente que iba a lugares así siempre era operada o se moría y eso a ella le provocaba miedo y preocupación por el gasto que esto representa y nunca pensó que a ella le fuera a pasar una situación así. Finalmente la trasladaron hacia el hospital de Cobán en compañía de su esposo, en un transporte privado que les cobro Q300.00 y en una ambulancia del hospital hacia el Hospital Nacional San Juan de Dios en la Ciudad Capital. Según información proporcionada por la enfermera profesional que atendió este caso el traslado a Guatemala se debió a que en el hospital de Cobán no tenían hilo para suturar y no podían hacerle la cesárea que la eclampsia que estaba sufriendo requería para salvarle la vida, lo que evidencia que en el hospital de Cobán existía falta de suministros médico quirúrgicos, evidenciando dificultades administrativas del MSPAS. Esta situación ocasionó gastos muy elevados para esta familia que, a nueve meses de haber regresado a su comunidad aún no han terminado de pagar el dinero que les proporcionó el comité de emergencia para su traslado al los hospitales.

B. Influencia de la comunicación de experiencias de otras mujeres

La comunicación de experiencias suele influir sobre la toma de decisiones futuras en la comunidad. La información sobre experiencias en los servicios es transmitida a las demás mujeres, si ellas son mal atendidas, las demás mujeres tendrán una percepción negativa del los servicios, ya que al regresar a la comunidad siempre se comparte la experiencia de cómo fueron atendidas y cómo fue el servicio que se les brindó, esto hace que se influya en la toma de decisión de otras mujeres con cuadros clínicos similares: *“tuve un caso en que referimos a una niña de 14 años, que por la edad era embarazo de alto riesgo, el parto fue vía cesárea, el niño estaba cefálico... no hubo ningún problema, regresó a la comunidad... luego que referí a otra de la misma edad catorce años... fue parto normal, a la tercera vez referimos a otra que si se juntó con la primera que llegó y cuando le dije que la íbamos a referir, y en lo que busque a la comadrona se me perdió... y la mande a buscar... y que si se había ido con la mamá y la esperamos... la encontramos y le dije que si se quería morir...y dijo: es que dice doña fulana que a ella la sacaron y la operaron y dice que a la*

otra la sacaron y a ella no la operaron ¿y a mi que me van a hacer? Tal vez no necesito operación yo mejor me quedo...”(GDD2).

5.3. EL TRABAJO Y ATENCIÓN COMUNITARIA BRINDADO POR EL EBS

A. La importancia del trabajo de las enfermeras profesionales y las auxiliares de enfermería

Las enfermeras profesionales y las auxiliares de enfermería realizan un trabajo de concientización con las mujeres embarazadas que atienden en las comunidades. Se les indica cuáles son los posibles riesgos que pueden correr durante el embarazo en varios momentos. En primer lugar, durante la consulta se les da consejería para explicar las señales de peligro que pueden darse durante el embarazo, el parto o posparto, y se define el plan de emergencia familiar junto con ellas. A las mujeres se les entrega una guía impresa en papel, en donde mediante ilustraciones y pequeños párrafos se les explica cuales son las señales de peligro durante el embarazo, el parto o el postparto, para que tengan presentes las indicaciones y recomendaciones que se les dieron durante la consulta, se les sugiere que peguen esta guía en algún lugar visible en sus hogares para que constantemente estén pendientes de la existencia de las señales de peligro que pueden correr; *“...se les explica cuales son las señales de peligro de muerte, los cuidados que deben de tener durante el embarazo, el parto y el puerperio” (GDD1).* Aunque estas explicaciones se den es importante resaltar que por diversos motivos las mujeres no siempre recuerdan las explicaciones de las señales de peligro que se les ofrecen durante la consulta como sucedió con una de las mujeres entrevistadas que al preguntársele si recordaba las señales de peligro que se le indicaron no supo decir cuales eran.

Un segundo momento es el espacio de formación comunitario en donde se tratan diversos temas relacionados con la salud, se convoca a la comunidad para que el día que se tiene programada la visita al centro de convergencia participen de las charlas que se imparten, entre las que se destacan las relacionadas con las señales de peligro durante el embarazo, el parto o el

posparto, las enfermeras indican que: *“Ahí sí que se necesita de bastante educación, nosotras tenemos a nuestro cargo realizar charlas educativas, ahí sí que a cada mes a cada rato” se dan charlas sobre la planificación familiar, las señales de peligro durante el embarazo, el parto o el puerperio, señales de peligro en infantes...*” (GDD2).

En el caso de las familias en donde se tiene registro de mujeres embarazadas o puérperas, son las AECAMN quienes se encargan de darle seguimiento a los casos y poder brindar consulta domiciliar para detectar señales de peligro oportunamente y brindar atención a las mujeres embarazadas, a las puérperas o a los recién nacidos, Este sistema ha sido eficaz en las jurisdicciones cuyos EBS cuentan con AECAMN cuando las mujeres de la comunidad no asisten a los centros de convergencia a su control mensual.

B. El trabajo de persuasión para evitar la muerte materna

Existen sentimientos de vergüenza que atraviesan muchas mujeres relacionados con el embarazo. Los exámenes físicos que se les deben de realizar al asistir a los controles mensuales son un factor; no quieren que el personal del EBS las palpe o examine su cuerpo, pero también a muchas mujeres les avergüenza aceptar ante la comunidad su embarazo y ésta es una barrera que impide que asistan a las consultas mensuales, todas las enfermeras que participaron en los grupos de discusión indicaron que a las pacientes les avergüenza que las demás mujeres las vean entrar a la consulta por que eso significa que todos sepan que están embarazadas o que tenían probabilidades de estarlo, *“incluso se niegan a llevar el vitacereal para que no las vean o existan rumores sobre ellas”.* (GDD1)

Cuando se conoce algún caso de embarazo en el cual existe una negativa a asistir al centro de convergencia y se identifica que la negativa es por el sentimiento de vergüenza, son las AECAMN quienes durante la visita domiciliar explican a las mujeres cómo es el proceso de atención e intentan persuadir a las pacientes para que acudan al centro de convergencia para el control regular o en caso de surgir señales de peligro al centro de atención institucional, *“uno les explica que ningún miembro del personal las va a juzgar y que tienen*

mucha experiencia trabajando con mujeres embarazadas... cuando empecés el trabajo de parto te tenés que acomodar en una camilla, te quitas tu ropita interior, a veces la ambulatoria hace tactos y les da penita a pesar de que somos mujeres... si no quieren con una mujer mucho menos con un hombre... por la pena de tener que quitarse su ropita y tener que abrirse...”(GDD2).

“Yo tuve una experiencia con una niña de doce años....le digo que es una niña por la edad. Yo me entere hasta el día que empezó con su trabajo de parto, ¿se imagina usted? ¡12 años! A mi me avisaron ahí si que de emergencia, tuvimos que subir a la comunidad... Como tenemos vehículo, una moto, le pedí al compañero encargado de la moto que me llevara. La niña ya había hasta roto membrana y la referí por que toda paciente primigesta o grandes multiparas deben de ser referidas... entonces la referimos y logre sacarla...y después al hablar con la familia les digo yo ¿Por qué no me dijiste? Ellos respondieron “ni shu ta maj” ósea que se avergonzaba que la comunidad se enterara que la niña estaba embarazada. Pero igual por esconderla, no me hubieran avisado, si la niña hubiera tratado de dar a luz aquí se muere, se desgarrar ¡se muere! Por que ahí si como hemos escuchado verdad que la mayoría de muertes maternas se dan en la segunda demora: que el papá dice que no, que la muchacha no quiere, que le tienen pánico al hospital... pero es allí en donde nos rifamos todo, tenemos que concientizar a la familia o a quien este en contra para que esta persona se salve”. (GDD2)

El EBS, principalmente las enfermeras deben de realizar un trabajo de persuasión, con la mujer referida o con los miembros de la familia que toman la decisión, que generalmente es el esposo, para que asistan a un centro asistencial, en el caso de que existan señales de riesgo de muerte materna. Su trabajo debe de estar encaminado a brindar confianza a los miembros de la comunidad. Los motivos para no querer ser atendidas en los centros de atención institucionales son diferentes y las enfermeras tratan de argumentar en contra de estos para convencer a las mujeres que la mejor opción es el ser atendidas y salvar sus vidas, como comentó una enfermera durante uno de los grupos de discusión: *“en mi caso... sería lo primero me dicen es que: no tengo dinero. Yo les digo pueden vender una gallina... pueden venirse...allá donde yo*

estoy no es accesible, cuesta que entre el transporte, cuesta que encuentren carro, y ahí si muchas veces las entiendo...”(GDD2).

C. La pertinencia cultural de quienes prestan el servicio

La comprensión de la información que se proporciona a los miembros de la comunidad es un factor determinante para salvar la vida de muchas personas. La pertinencia cultural de quienes prestan el servicio permite que el mensaje sea transmitido en el idioma y en forma más accesible culturalmente a la población.

Todo el EBS en general y las enfermeras en particular deben de procurar comunicarse en el idioma de la comunidad ya que esto aumenta probabilidad que las mujeres atendidas comprendan, recuerden y apliquen la información proporcionada durante la consulta o las platicas formativas ofrecidas a la hora del surgimiento de emergencias que amenacen la vida de la mujer embarazada o del niño; por lo general los miembros técnicos del EBS son elegidos considerando este aspecto, pero no siempre se cuentan con profesionales de la salud que hablen el idioma de todas las comunidades atendidas por lo que estos espacios son cubiertos por personas que no hablan el idioma de la comunidad lo que dificulta el proceso de comunicación. (GDD2).

Además de hablar el idioma de la paciente las enfermeras deben de comprender las características culturales de la población que atienden, de esta manera pueden comprender las dificultades culturales que existen para querer recibir atención en los centros asistenciales. Como la opinión compartida por una de las enfermeras profesionales lo indica, hay que comprender que las personas cuando van a ser atendidas en un hospital o centro de salud asistencial se encuentran en un entorno completamente nuevo y desconocido, en el cual pueden llegarse a sentir desorientados, por lo que hay concientizar a las mujeres como es que funciona la atención institucional a la salud: *“para la gente de la comunidad salir por primera vez al hospital es algo del otro mundo, por que para ellos venir a un lugar así bien iluminado, donde hay un montón de gente, estar así en batita, por que ellas en bata se mantienen por que todo el*

mundo las esta viendo, eso para ellas es difícil de aceptar... por eso hay que concientizarlas bastante” (GDD1). Existe una gran brecha entre las condiciones que viven en las comunidades y las que existen en los lugares de atención que están ubicados en las cabeceras municipales o en la cabecera departamental, incluso existe miedo a no poder ubicarse y a encontrarse perdidos en una ciudad, lejos de su comunidad y con dificultades de comunicación y de recursos económicos.

D. La captación de la paciente antes de las doce semanas de embarazo. Existe relación entre la cantidad de veces que las pacientes asisten a los controles mensuales y el que acepten o no la referencia que se les hace cuando corren riesgo de muerte materna o infantil. Esto se da por que las mujeres que constantemente van a los controles están más conscientes en el desarrollo de su embarazo; mientras más veces van, tienen mayor noción de la situación que estén viviendo, debido a que con cada control se les explica cómo esta su embarazo y sus condiciones de salud, lo que difícilmente se logra cuando solo asistieron a un solo control. En la experiencia de las enfermeras es más difícil que una mujer que llega después de los siete meses acepte la referencia, en cambio una paciente captada durante los primeros meses del periodo de gestación es más fácil que acepte la referencia: *“Si me ha costado con las que llegan a los ocho o siete meses, pero con las que si hemos captado antes ahí si se vienen hasta sin necesidad que yo les diga se tienen que ir, y ellas ya se vienen a aliviar al hospital, eso es lo bueno de captar a las mujeres antes”.* (GDD3).

La asistencia constante a los controles también permite que se establezcan lazos de confianza entre las enfermeras y la paciente: *“por que ellas le dan confianza a uno y uno les puede decir si están bien o mal, si presentan algún signo de peligro uno les habla, le habla también uno al esposo, también es importante que uno platique también con el esposo para que haya mas comunicación entre ellos dos, y ya ellos están consientes de que si la señora no sale de la comunidad está en riesgo y puede surgir alguna situación que no se quiera”* (GDD2).

Existe relación entre la cantidad de veces que asiste una mujer a los controles de su embarazo y la aceptación de la referencia por lo que se debe dar seguimiento a las mujeres que por cualquier motivo iniciaron los controles y no los continuaron, por que como lo explicó una enfermera auxiliar *“con las señoras que ya llegan al centro no tienen mucha vergüenza de enseñarse para que las evalúen y todo eso, pero cuando las pacientes no llegan a las consultas, pues muchas veces no aceptan no quieren ir... y dicen que por que voy, aquí me alivio, aquí me quedo, mi esposo me atiende, eso es lo que dicen mi mamá tiene diez hijos y a ella no le paso nada... y yo tengo cinco... es mas fácil con las que ya asisten al control”* (GDD1).

Los casos de Andrea y Candelaria (Anexo a casos 1 y 3) son prueba de esto. Andrea que llegó desde el primer trimestre a ser atendida por el EBS al centro de convergencia de su comunidad y fue atendida todos los meses durante su embarazo aceptó la referencia fácilmente y fue atendida en el Hospital de Cobán y Candelaria cuyo caso no fue atendido una sola vez hasta el último trimestre y se negó a aceptar la búsqueda de atención médica profesional que al final obtuvo por decisión de su esposo.

Una de las metas con las que el MSPAS evalúa el desempeño de las ONG's prestadoras de SBS es el porcentaje de mujeres embarazadas captadas antes de las 12 semanas de gestación, por lo que mucho del trabajo que se realiza está encaminado hacia la concientización de las mujeres a asistir durante el primer trimestre del embarazo a consulta a los centros de convergencia.

E. La presencia del EBS durante el surgimiento de las emergencias

La presencia del EBS durante el surgimiento de las emergencias facilita el proceso de Vidas Salvadas, uno de los motivos es que al surgir una emergencia se identifican rápidamente las señales de peligro y que existe poca capacidad de los facilitadores comunitarios, las comadronas o de la comisión de salud de la comunidad para tomar decisiones: *“...si esta solo el comité o la comadrona hay veces cuesta y en la toma de decisiones en cambio si uno esta allá llama la ambulancia, y todo eso...si uno esta allá es mas fácil, uno va y detecta las señales de peligro...de esta manera se activa más rápido el plan de*

emergencia, se les explica que no se puede esperar mucho tiempo” (GDD3..).

El EBS puede advertir a la familia y a la comunidad sobre el peligro de muerte que corre la paciente y se les hace ver a que dentro de la comunidad no siempre es posible atender casos complicados los cuales requieren de equipo hospitalario, medicamentos especializados, transfusiones de sangre, intervenciones quirúrgicas entre otras. El problema radica en que los EBS solo visitan una vez al mes a cada comunidad y no existe personal permanente.

Si observamos la demora relacionada con la poca capacidad de identificación de las señales de peligro y la tardanza en la toma de decisión para asistir al servicio de salud, veremos que esta situación aumenta el riesgo de muerte ya que no se recibe la atención pertinente o si se decide trasladar a las personas para recibir la atención generalmente el cuadro clínico es ya muy complicado, por lo que el contar con un profesional de la salud en la comunidad, que identifique las señales de peligro a tiempo permite que las muertes relacionadas que se ocasionada por esta demora sean menores y el proceso de vidas salvadas pueda darse.

La presencia del EBS, especialmente de las enfermeras, en las comunidades durante el surgimiento de la emergencia facilita que la referencia a los centros de atención especializada sea tomada en cuenta; se toman acciones inmediatas como el llamado de las ambulancias o el traslado de las pacientes. Son los miembros del EBS, cuando están presentes en las comunidades y surgen emergencias quienes toman la decisión de trasladar a las mujeres a los centros de atención o facilitan la toma de decisión por poder apoyar con el traslado de la paciente por medio de los vehículos con los que trabajan.

Conclusiones

1. Las condiciones de la red de carreteras que comunica a las comunidades rurales del departamento de Alta Verapaz son un obstáculo para el proceso de Vidas Salvadas porque ocasionan graves problemas de accesibilidad geográfica a la salud de la población. La poca cobertura de carreteras asfaltadas o la inexistencia de estas, sumado a la distancia de la ubicación geográfica de las comunidades respecto a los centros de atención a la salud generan gastos incosteables para las familias y ocasionan marginación social de la salud.

2. El trabajo de los líderes comunitarios en la organización de la población es un factor de la accesibilidad socio organizacional que influye directamente sobre el proceso de Vidas Salvadas ya que son los líderes comunitarios quienes al accionar los planes de emergencia comunitarios facilitan el proceso y coordinan acciones para el traslado de las mujeres a los centros de atención durante el surgimiento de emergencias, y en ocasiones proporcionando a las familias que lo requieren pequeños préstamos de dinero.

3. En los casos de Vidas Salvadas estudiados quienes decidieron el traslado de las mujeres al centro de atención de la salud fueron sus parejas o familiares hombres, por lo que los EBS deben procurar llevar el trabajo de concientización y formación de la salud reproductiva y de la mujer a todos los miembros de las comunidades, para que hombres y mujeres sean corresponsables de la salud de las mujeres y se den más Vidas Salvadas .

4. La pertinencia cultural de los EBS facilita el proceso de Vidas Salvadas y la prestación de la salud de las comunidades rurales por que permite que exista una mejor comunicación y comprensión de las necesidades de salud de la

población, permite transmitir y comprender ideas, el entendimiento de las necesidades y particularidades culturales de la población a la que se atiende.

5. La captación de las pacientes durante el primer trimestre del embarazo, permite observar a tiempo señales que amenacen la vida de la mujer o del niño y concientizar a la paciente de las condiciones de su salud y del desarrollo de su embarazo, además de la importancia de recibir una atención profesional durante el parto facilitando la aceptación de las referencias a los centros de atención cuando el parto o las emergencias relacionadas con el embarazo suceden.

6. La presencia de las enfermeras y auxiliares de enfermería en las comunidades durante el surgimiento de las emergencias por amenazas de muerte materna ha sido fundamental para los casos de Vidas Salvadas, porque permite que se identifiquen rápidamente las señales de peligro y que se tomen acciones inmediatas como el llamado de las ambulancias o el traslado de las pacientes a centros de atención del MSPAS.

7. La prestación de los SBS en las comunidades rurales del departamento es limitada por que aún no se cuenta con espacios de atención permanente, actualmente para la atención a la salud en el área rural solo se encuentran prestadoras de servicios ambulatorios contratadas por el MSPAS a ONGs lo que dificulta garantizar el acceso y la cobertura de la atención a la salud a toda la población. El contar con personal permanente de atención a la salud permitiría evitar los casos en donde las personas fallecen por los retrasos ocasionados por la poca capacidad de identificar las señales de peligro en las comunidades o con la tardanza en la toma de decisión para asistir al servicio de salud

Recomendaciones

A las instituciones estatales

1. al Ministerio de Infraestructura y Vivienda: mejorar las condiciones de acceso geográfico por medio de la creación y mantenimiento de las vías de comunicación terrestres de todas las comunidades rurales y urbanas del departamento de Alta Verapaz.
2. a los Consejos de Desarrollo Municipal y Departamental: apoyar las acciones que fortalezcan el acceso socio organizacional de las comunidades por medio de garantizar el apoyo, la creación y fortalecimiento de las organizaciones comunitarias encargadas de la salud.
3. al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: aumentar la cobertura de los servicios de salud con la instalación de más centros de atención estatal que permitan mejorar la cobertura a la salud de la población; procurar que cada comunidad cuente con un centro de atención equipado y con profesional de la salud permanente, que inicialmente cuente capacidad de proporcionar atención prenatal, de asistir un parto normal y de atender complicaciones del embarazo en condiciones seguras para incluir paulatinamente la atención a la salud en general. Los servicios de salud básica que en la actualidad son prestados por organizaciones no gubernamentales contratadas por el MSPAS deben de ser gradualmente absorbidos por el Estado para que el servicio que se ofrece sea de carácter permanente, bajo su estricto control y tutela.
4. a la Universidad de San Carlos de Guatemala: descentralizar la educación y capacitación gratuita de los profesionales de la salud a todos departamentos permitiendo mayor cantidad de profesionales de la salud con pertinencia cultural en todas las comunidades.

A las prestadoras de servicios:

1. a los EBS, principalmente a las enfermeras: procurar incluir en el trabajo de concientización y formación de la salud reproductiva a hombres y mujeres para que todos sean corresponsables de la salud de las familias, continuar con la búsqueda de la captación de las pacientes durante el primer trimestre del embarazo con el fin de observar a tiempo señales que amenacen la vida de la mujer o del niño y poder concientizar a la paciente de las condiciones de su salud y del desarrollo de su embarazo.
2. al personal directivo de las ONGs: que al conformar los EBS se busque personal que hable, comprenda y practique el idioma de la comunidad que atiende para permitir que exista una mejor comunicación de ideas y comprensión de las necesidades particularidades culturales de las comunidades a la que se atiende.

Bibliografía

1. Basoa, Germhn y Otero, Ángel, Accesibilidad Geográfica a los Centros de Salud y Planteamiento Urbanístico en Fuenlabrada Madrid 1994.
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL68/68_4503.pdf
2. Ceballos Melgar, Marvin, Caracterización dDel Departamento dDe Alta Verapaz 2006. www.gestiopolis1.com/.../medio-ambiente-y-manejo-de-recursos-naturales.htm
3. Constitución Política de la República CPR, Corte de Constitucionalidad 2005.
4. Chavez-Courtoisl, Mayra y Casanueva Esther. Uso de Servicios preventivos de Salud Materno-Infantil en un Grupo de Mujeres Mexicanas, 2005
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42270102>
5. Escalona Orcao, Ana Isabel y Cornago Carmen Díez. Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: estudio en la provincia de Teruel. Universidad de Zaragoza 2002. <http://www.rolde-ceddar.net/rolde/pdf/ceddar/DT2004-3.pdf>
6. Figueroa Ibarra, Carlos El Proletariado Rural en el Agro Guatemalteco.3a. ed. Guatemala. GT Editorial. 1980
7. Gall, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. Instituto Geográfico Nacional 2005.
8. Gómez Martínez Angélica, Mateos Ramos Antonio, Díaz Marca Lorenzo, y compañeros Representaciones socio-culturales sobre la menopausia. Vivencias del proceso en mujeres residentes en Albacete, España, 2008
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300002&lng=es&nrm=iso. ISSN 1132-1296
9. Grupo de discusión 1. Enfermeras profesionales y AECAMN
10. Grupo de discusión 2. AECAMN
11. Grupo de discusión 3. Enfermeras y enfermeros profesionales
12. Instituto Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población 2002 CNP
13. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2006 ENCOVI
14. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil2002 ENSMI
15. Instituto Nacional de Estadística. IV Censo Nacional Agropecuario de Guatemala CNAG 2003.
16. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Revista Cubana de Salud Pública 2007. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba,
www.revmed.unal.edu.co/revistasp
17. Ley del Organismo Ejecutivo: <http://sinit.segeplan.gob.gt/index.php?option=comcontent&task=view&id=430&Itemid=45>
18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Código de Salud, Plan Nacional de Salud, Políticas y prioridades de Salud, Ley de Desarrollo Social, Reglamento Interno del Ministerio de Salud tomados de la página principal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala: <http://portal.mspas.gob.gt/>
19. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Informe de La Línea Basal Del Proyecto Gua-05-027 2007 MSPAS USAID PNUD http://qua05027.org/Download.php?ID_DOWNLOAD=3&ID_CATEGORY=1

20. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Lineamientos Estratégicos para la Salud 2008 - 2012 Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social http://portal.mspas.gob.gt/images/files//files/Vision_Mision/Planprioritario.pdf
21. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Normas de Selección y Adjudicación de Oferentes para Prestar Servicios Básicos de Salud. MSPAS. 2008
22. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Presentación e las condiciones del departamento de Alta Verapaz en el programa Gobernando Con la Gente. MSPAS 20088
23. Observatorio Nacional de Salud Reproductiva Brechas en Salud Reproductiva http://www.osarguatemala.org/docs/poster_av.pdf
24. Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Hoja informativa Guatemala, 2009 http://www.osarguatemala.org/docs/hoja_av.pdf
25. Organización Mundial de la Salud OMS Informe sobre la mortalidad materna en el mundo 2005. http://www.who.int/making_pregnancysafer/topics/maternal_mortality/es/index.html
26. Organización Panamericana de la Salud. Valenzuela, Carmen; Benguigui, Yehuda. Atención integral en salud maternoinfantil y sus componentes 1999. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd53/atencion.pdf>
27. Palma Murga, Gustavo, Apuntes de Clase. Historia Económica y Social de Guatemala Universidad de San Carlos de Guatemala. 2005
28. Polanco Sagastume Mara Luz. 2008 Situación de la Atención a la Salud y su Financiamiento en Guatemala, IIES – USAC. http://www.osarguatemala.org/docs/investigacion_usac.pdf
29. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Reseña del Modelo de Extensión de Cobertura en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Proyecto GUA 28-04-2008.
30. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005
31. Programa de Naciones Unidas Para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano 2007/2008, volumen I y II 2008.
32. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología RCOG. Vélez-Alvarez, Gladis Adriana. Gómez-Dávila, Joaquín Guillermo. Zuleta-Tobón, John Jairo Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia. 2006.
33. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia SEGEPLAN. Estrategias para la Reducción de la Pobreza Departamental, Alta Verapaz. Dirección del Área de Salud de Alta Verapaz, 2007
34. SEGEPLAN. Índice de Marginación para Guatemala, documento completo http://sinit.segeplan.gob.gt/index.php?option=com_content&task=view&id=607&Itemid=45
35. Universidad de San Carlos de Guatemala. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Mara Luz Polanco Sagastume. Situación de la Atención a la Salud y su Financiamiento en Guatemala 2008 <http://www.ciidgt.org/doc/marapolanco.pdf>
36. Us aid from the American People. USAID. Herramienta para la Incidencia Política en La Salud Materna. Índice de Esfuerzo de Programa Materno y Neonatal MNPI. Guatemala. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACR866.pdf USAID 2003
37. USAID. Delgado Karen y Bitrán, Ricardo Determinantes del Estado de Salud en Guatemala http://www.usaid.gov/gt/docs/determinantes_estado_salud.pdf Determinantes

Anexos

a.

Los casos de vidas salvadas

Caso 1:

Condiciones de accesibilidad y organización comunitaria

Andrea Pop Ical es una mujer q'eqchi, vive en Sesuchaj en el municipio de Chisec, pero es originaria de San Vicente, Carchá, vive muy cerca del centro de convergencia de su comunidad, a dos minutos caminando. A su comunidad se puede acceder en vehiculo pero debe de ser apto para recorrer camino de terracería ya que no cuentan con carretera asfaltada hasta su comunidad, al igual que la mayoría de las comunidades del departamento de Alta Verapaz.

Andrea forma parte de la población que no obtuvo ninguna formación educativa formal, no sabe leer ni escribir.

Siguiendo la costumbre de su comunidad, Andrea solamente esta unida y tuvo su primer embarazo el año pasado a la edad de 38 años, a diferencia de la mayoría de mujeres de su comunidad que tienen su primer embarazo antes de cumplir 20 años, Al momento de acudir a su primera consulta con el EBS el embarazo fue clasificado como de alto riesgo debido edad avanzada de la gestante.

Andrea no temía ir al hospital para dar a luz, incluso lo había pensado antes de ser referida por el la enfermera del equipo de salud, ella indica que se sentía muy confiada de ser atendida en el centro de salud, aunque solo estuvo una noche allí por que fue referida al día siguiente de su llegada al hospital de Cobán.

En este caso se contó con el apoyo de la comadrona y el Comité de Emergencia Comunitario, quienes le ayudaron a coordinar su traslado para ser atendida. El esposo la acompañó durante el viaje que es de aproximadamente

de una hora hacia el centro de salud y de dos horas y media hasta el hospital de Cobán. Para su traslado una ambulancia del MSPAS estaba en la comunidad, llevándola al centro de salud. Casualmente cuando le dieron egreso del hospital la misma ambulancia estaba cerca y coordinaron acciones para poder regresarla a su comunidad lo que significó un gasto menos para esta familia.

Caso 2:

Presencia del EBS en las comunidades

María Isabel Choc tiene 24 años y dos hijos, pertenece a la etnia q'eqchi y estudio hasta segundo primaria. La historia de María Isabel, podría ser contada como una vida salvada por la presencia del EBS en su comunidad el día que ocurrió la emergencia. Esta casada y vive en la comunidad de San Francisco del municipio de Chisec en Alta Verapaz, para acceder a su comunidad se necesita de un vehículo en buenas condiciones, pues a pesar de que el camino cuenta con tramos que tienen dos hileras de cemento para que los vehículos puedan transitar, hay que pasar por cuevas pronunciadas que sin un vehículo de doble tracción sería casi imposible recorrer.

Su casa se encuentra a 20 minutos, del centro de convergencia, en lo alto de una montaña. Para acceder a ella se debe caminar un largo trayecto en un terreno lleno de piedra quebrada y pasar por un puente colgante, el cual comunica a la parte de la comunidad que habita después de río.

María Isabel padecía de anemia, un problema de desnutrición que afecta a la mayoría de mujeres embarazadas en áreas pobres de Guatemala. Su cuerpo de complexión delgada y pequeña colapsó después del parto. Inició con un cuadro clínico de preclampsia que es un síndrome muy peligrosa que puede aparecer hasta seis semanas después del parto, su tratamiento es sencillo, se administra sulfato de magnesio en los centros de asistencia. Si este

padecimiento no se trata a tiempo se complica y puede llegar a convertirse en eclampsia, que provoca convulsiones en las mujeres embarazadas, pierden el conocimiento y si sobreviven pueden desarrollar problemas en sus riñones e hígado.

El día que sucedió la emergencia, el equipo de salud estaba llevando a cabo la visita del mes a la comunidad en el centro de convergencia. Fueron los promotores de salud quienes alertaron a la enfermera profesional del EBS de lo que estaba sucediendo, movilizándose a la casa de Isabel para poderla auxiliar en la emergencia. Al llegar a la casa, la enfermera discutió con la familia de Isabel sobre la necesidad de trasladarla al centro de salud por que su vida corría peligro. Había que hacer pruebas de laboratorio para confirmar la preclampsia y administrarle el medicamento. Los hermanos y el esposo de la mujer decidieron que debían de aceptar la referencia para poder salvarle la vida e iniciaron el dificultoso camino que conduciría a Isabel hacia el hospital. Para trasladarla de su casa hacia el centro de convergencia usaron una hamaca y luego fue llevada al centro de salud en un pick up en el que se movilizaba el equipo de salud.

Caso 3:

Cuando los factores convergen

Candelaria Chu es una mujer Queqchi, de 43 años, esta casada. No tuvo acceso a la educación y no sabe leer ni escribir. No habla ni entiende el español. Ha tenido 13 embarazos, tres de sus hijos han fallecido antes de cumplir los cinco años 12 de los cuales fueron partos normales y no necesito más atención que la de su familia y en ocasiones de una comadrona. Su último embarazo presentó un cuadro clínico complicado y la intervinieron quirúrgicamente para salvarle la vida.

Este caso fue captado en el último trimestre del embarazo, miembros del EBS visitaron a Candelaria cuando el facilitador comunitario dio reporte de las

embarazadas de la comunidad, ella no quiso asistir a los controles de salud a que se brindan mensualmente en los centros de convergencia por que para ella era vergonzoso que la gente supiera que estaba embarazada, incluso no quería salir de su casa para que los miembros de la comunidad no la vieran embarazada “no quería enseñarse, no quería que los miembros de la comunidad la vieran” .

El esposo fue quien decidió buscar ayuda para llevarla al centro de atención cuando empezó con las complicaciones, su preocupación fue grande y la enfermera profesional que atendió el caso comenta cuando él se comunico por teléfono con ella se le notaba triste y con mucha preocupación por el estado de salud de su esposa.

El esposo de Candelaria buscó ayuda del facilitador comunitario “don Pedro” y luego acudió al comité de emergencias de la comunidad quienes prestaron el dinero para poder trasladarla por que la familia no contaba con recursos económicos para llevarla al centro de atención. Se sostuvo comunicación con la enfermera profesional durante el tiempo que surgió la emergencia y cuando fue trasladada a los diferentes lugares en donde fue atendida.

Candelaria cuenta que ella no quería ser trasladada al centro de atención y prefería morirse, “ella le dijo al esposo para que me llevaste mejor me hubiera muerto, pero el esposo hizo si la lucha por llevarla... cuando reacciono dijo para que gastaste tanto dinero como te lo voy a reponer yo”

Comentó que nunca pensó en la posibilidad de salir de su comunidad para ser atendida, al momento de saber que realmente tenia que ser trasladada a un centro de atención para poder ser atendida ella no quiso ser trasladada, la lograron llevaron cuando perdió el conocimiento (cuadro clínico de eclampsia).

Durante el desarrollo del embarazo no asistió a los controles mensuales que se llevaban a cabo en el centro de convergencia por que “no se quería mostrar” tenía sentimientos de temor y vergüenza de asistir a los controles de salud.

Ella tenia temor de los centros de atención antes de surgir la emergencia por que ella siempre escucho que la gente que iba a lugares así siempre era operada y eso a ella le provocaba miedo y preocupación por el gasto que esto representa y nunca pensó que a ella le fuese a pasar una situación así.

Fue trasladada al hospital de Cobán en compañía de su esposo, en un transporte privado que les cobro Q300.00. y en una ambulancia del hospital hacia la Ciudad Capital. Según información proporcionada por la enfermera profesional que atiende esta jurisdicción, Carmen Caal el traslado a Guatemala se debió a que en el hospital de Cobán no tenían hilo para suturar y no podían hacerle la cesárea.

Candelaria despertó en el Hospital Nacional San Juan de Dios a más de 300 Km. de su hogar, sin tener noción de lo que sucedió ni del riesgo de muerte al que se enfrentó.

Ahora esta de regreso en su comunidad y aún no han terminado de pagar el dinero que les proporcionó el comité de emergencia para su traslado al hospital de Cobán. Y valora positivamente la experiencia que le tocó vivir, durante la entrevista que se le realizó y que tradujo la enfermera profesional responsable del caso, comento que: *al despertar encontró suficiente agua para beber y se le proporcionó alimentación y era un lugar agradable: a la par de su cama había un pichel de agua y ella se servía las veces que quería y comida no le faltó... sueña con irse otra vez por que fue buena la atención...*

b.

Anexo metodológico

Guía de preguntas para el grupo focal

Descripción:

Se trabajará con un grupo entre 5 y 8 AECAMN para poder indagar en los procesos por medio de los cuales se logra llevar a una mujer en proceso de gestación a ser una vida salvada, profundizando en los factores sociales y culturales que facilitan o entorpecen el proceso. Se iniciará con un caso hipotético con el cual se permitirá que cada mujer comente como lo abordaría y la ruta crítica que se tomaría según las características que se le vayan presentando.

Caso a presentar:

Teresa tiene 19 años, esta unida a Mateo desde hace 6 meses. Viven en una casa cerca de la familia de él en la que comparten terreno con dos de sus hermanos que están casados y tienen 3 y 4 hijos cada uno.

Hace ocho semanas que Teresa tuvo el último el periodo menstrual y esta preocupada por su salud.

Lanzar la pregunta al grupo:

¿Cómo abordarían el caso de Teresa? ¿Cómo se lograría llevarla al grupo de vidas salvadas?

Conforme va avanzando la discusión se van incluyendo características de complicación del caso y las AECAMN van a portando que tipo de dificultades podrían encontrarse en el caso hipotético.

Temas a tratar

Antes de la emergencia

1. Etapa del embarazo en que es mejor captar a la paciente para iniciar el proceso de atención para que sea un caso de vida salvada
2. Cantidad de veces que son atendidas regularmente para los controles del embarazo la las madres vidas salvadas
3. Elaboración el plan de contingencia en el caso y Establecimiento de relaciones sociales con las madres

Durante el surgimiento de la emergencia

4. Toma de decisión ¿Cómo se decide que la madre debe acudir al centro de salud asistencial quienes influyen en esta?
5. Características de una mujer en riesgo de muerte materna, tipos de casos
6. ¿Qué características familiares creen que influyen en el proceso de vida salvada al permitir o facilitar la toma de decisión de asistir al CASG? ¿Cómo se toma regularmente la decisión de asistir al centro de asistencia, fue el grupo familiar, un familiar, la mujer, el esposo, etc.?
7. ¿Cómo toman las familias de las madres la necesidad de ir al centro de asistencia, existe resistencia o rechazo? ¿Qué es lo que comentan regularmente los esposos, tías, primos o la familia que este presente al surgir la emergencia?
8. Influencia de experiencias favorables o desfavorables de otras vidas salvadas? (el rumor, referencia e influencia de otras "vidas salvadas")

Al aceptar ir al centro de referencia y ser atendidas

9. Dificultades existentes para decidir acudir al centro de asistencia al surgir la emergencia, que características tienen nuestras comunidades en la infraestructura, distancia, transporte costo de la movilización y de la atención en los centro de atención

10. Existencia de apoyo de la comunidad (familia o vecinos) para trasladar a la madre al centro de atención
11. Tipo de atención recibida en el lugar de referencia (aplicación de hemoderivados, exámenes de laboratorios, intervenciones quirúrgicas, tipo de parto)
12. Permiten el acceso de la familia que acompaña a la paciente al lugar de referencia
13. ¿Las AECAMN dan acompañamiento en el centro de asistencia a la madre?
¿Cómo es generalmente la atención obtenida en el centro de asistencia?

Datos generales Vidas Salvadas	
Caso número	
Nombre de la AECAMN o enfermera encargada	
Nombre de la madre	
Edad	
Estado civil	
Idioma	
Nivel de educación	
Lugar de residencia	Lugar de origen
Datos de la comunidad	
Ubicación del centro de atención especializado	
Distancia del hogar al centro de atención en Km. y tiempo	
Tipo de transporte utilizado en la emergencia	
Existe comité de salud en la comunidad de residencia	
Condiciones de las vías de comunicación	
Tipo de servicios de salud existentes en la comunidad	
Antecedentes de la salud materna	
Número de partos	
Numero de hijos nacidos vivos	
Numero de hijos nacidos muertos	
No. De partos vaginales	
No. partos por cesáreas	
No. De Controles prenatales recibidos	
En que momento del embarazo fue captada la vida salvada	
Surgimiento de la emergencia	
Fecha del caso	
Tipo de emergencia (cuadro clínico presentado síntomas contemplados)	
Quien identifico las señales de emergencia	
Quien decidió que el caso debía de ser trasladado al centro de atención especializado	
Lugar en donde fue diagnosticada la emergencia	
Lugar donde fue atendida la emergencia	
Tipo de parto: Cesárea Vaginal	
Quien acompañó a la madre durante la emergencia	

Entrevista a Madres "Vidas Salvadas"

Con esta entrevista se pretende conocer la percepción del programa de salud y las características sociales y culturales que influyeron en la toma de decisión de las madres en riesgo de muerte materna antes, durante y después del surgimiento de la emergencia.

Antes de la emergencia

<p>¿Cómo se enteró del programa de salud? ¿Por qué decidió acudir? ¿Cuál fue su experiencia con el programa? ¿Conocía las emergencias que podían darse durante el amparazo, el parto y el pos parto? ¿Trabajaron un plan de contingencia con la AECAMN? ¿Participó usted en la elaboración del plan? ¿Conocía antes de ser atendida por la AECAMN a alguna otra mujer (familiar, conocida o amiga) que hubiese sido atendida y tratada por el programa? ¿Se influyó de esa experiencia?</p>
<p>Durante el surgimiento de la emergencia</p> <p>¿Cuál fue la causa por la que se le refirió al centro de atención? ¿La AECAMN explicó cual era la emergencia? ¿Cómo se decidió acudir al centro de salud asistencial, quienes influyeron y quién tomó la decisión fue el grupo familiar, un familiar, la mujer, el esposo, etc.? ¿Cómo tomó su familia la necesidad de acudir al centro de asistencia? ¿Hubo resistencia o rechazo de su familia, vecinos o amigos para acudir al centro asistencial? ¿Qué pensaba usted de asistir al lugar de atención, sentía miedo, seguridad, desconfianza y por qué? ¿Qué sabía usted de la experiencia de otras mujeres atendidas en los centros de atención? (el rumor, referencia e influencia de otras “vidas salvadas”) explique</p>
<p>Al aceptar ir al centro de referencia y ser atendidas</p> <p>¿Cómo se movilizaron al centro de atención especializado? ¿Se incurrió en gastos? Que tipo de apoyo de la comunidad (familia o vecinos) se obtuvo para trasladar a la madre al centro de atención ¿Qué dificultades existían para transportarse al centro de asistencia al surgir la emergencia?</p>
<p>En el lugar de atención</p> <p>¿Quiénes le acompañaron al centro de atención? Tipo de atención recibida en el lugar de referencia: ¿Permitieron el acceso de la familia que la acompañaba al centro de atención? ¿Cómo fue la atención obtenida en el centro de asistencia? ¿Quién o quienes acompañaron a la madre al lugar de atención? ¿La AECAMN le acompañó al centro de asistencia? ¿Como fue la experiencia en el Lugar de atención? ¿Se aplicaron hemoderivados, se realizaron algunos exámenes de laboratorios para complementar el diagnóstico? ¿Le hicieron alguna intervención quirúrgica? ¿Aconsejaría a una mujer embarazada a participar del programa de salud? ¿Volvería a acudir al programa para ser atendida en algún otro caso de embarazo?</p>

<p>Guía de Preguntas a la AECAMN o enfermera profesional Se cuestionará a AECAMN sobre las características particulares de cada caso para poder entender la ruta crítica que se tomó y los factores culturales y sociales que influyeron en el proceso de Vidas Salvadas.</p>
<p>Antes de la emergencia</p>

<p>¿Cómo se captó a la paciente? ¿Qué tipo de acciones de atención y protección de la salud y la vida de mujeres en proceso de gestación se utilizó en este caso?</p>
<p>(Solo si existía plan de contingencia) ¿Cómo se elaboró el plan de contingencia en el caso? Influencia de experiencias favorables o desfavorables de otras vidas salvadas (el rumor, referencia e influencia de otras “vidas salvadas”) ¿Considera que hubo influencia de experiencias favorables o desfavorables de otras vidas salvadas en este caso de VS? Se trató con anterioridad a algún familiar o amiga cercana de la paciente</p>
<p>Durante el surgimiento de la emergencia</p>
<p>¿Cuál fue la ruta crítica que se tomó con este caso? ¿Cuál fue el cuadro clínico que se presentó en este caso? ¿Cuál fue la emergencia? Toma de decisión ¿Cómo se decidió que la madre debe acudir al centro de salud asistencial quienes influyen en esta, quién tomó la decisión fue el grupo familiar, un familiar, la mujer, el esposo, etc.? ¿Cómo tomó la familia de la madre la necesidad de asistencia al centro de asistencia? ¿Qué características familiares influyeron en el proceso de la vida salvada al permitir o facilitar la toma de decisión de asistir al centro de asistencia? ¿Hubo resistencia o rechazo para acudir al centro asistencial de algún miembro de la familia o de la referida?</p>
<p>Al aceptar ir al centro de referencia y ser atendidas</p>
<p>Dificultades existentes para decidir acudir al centro de asistencia al surgir la emergencia, que características tiene la comunidad en la infraestructura, distancia, transporte costo de la movilización y de la atención en los centro de atención Que tipo de apoyo de la comunidad (familia o vecinos) se obtuvo para trasladar a la madre al centro de atención ¿Qué dificultades existían para transportarse al centro de asistencia al surgir la emergencia?</p>
<p>En el lugar de atención</p>
<p>Tipo de atención recibida en el lugar de referencia: ¿Se aplicaron hemoderivados, se realizaron algunos exámenes de laboratorios para complementar el diagnóstico? ¿Le hicieron alguna intervención quirúrgica? ¿Que tipo de parto fue? Permitieron el acceso de la familia que acompañó a la paciente al lugar de referencia ¿La AECAMN acompañó a la madre al centro de asistencia? ¿Cómo fue la atención obtenida en el centro de asistencia? ¿Quién o quienes acompañaron a la madre al lugar de atención? ¿Como fue la experiencia en el Lugar de atención?</p>

ⁱ Ver Capítulo III, distribución de los tipos de suelo del departamento de Alta Verapaz

ⁱⁱ CPR, Artículo 94. Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollara, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

ⁱⁱⁱ Ley del Organismo Ejecutivo. Artículo 39. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social le corresponde formular las políticas y hacer cumplir el régimen jurídico relativo a la salud preventiva y curativa

^{iv} Las tierras de clase II son tierras cultivables con pocas limitaciones, aptas para el riego, con topografía plana, ondulada o ligeramente inclinada, con alta productividad, con prácticas de manejo de suelo y tecnologías agrícolas moderadamente intensivas. Incluye suelos de profundidad moderada, textura mediana, drenaje imperfecto y con algunas limitaciones para la mecanización, son aptos para cultivos de rotación. Las tierras de clase III, son para cultivos de medianas limitaciones, aptas para el riego y cultivos rentables, con topografía plana a ondulada o ligeramente inclinada, su productividad es mediana, con prácticas intensivas de manejo. Incluye suelos poco profundos, textura con problemas, drenajes deficientes, con limitaciones para la mecanización, aptos para cultivos rotativos.

^v SEGEPLAN 2007: El índice de marginación conceptualizado como una medida-resumen que diferencia territorios según el impacto global de las carencias que padece la población como resultado de la falta de acceso a la educación básica, la residencia en viviendas inadecuadas y las relacionadas con la residencia en poblados rurales, el índice estimado considera tres dimensiones de la marginación: educación básica, condiciones de la vivienda y las privaciones asociadas a la dispersión poblacional. Distingue ocho formas de la exclusión social y estima la intensidad de la marginación como porcentajes de la población no participante en los departamentos, municipios y lugares poblados.

^{vi} IDH nacional 0.640 y del departamento de Alta Verapaz 0.514 PNUD 2005

^{vii} SEGEPLAN, Dirección del Área de Salud de Alta Verapaz, 2007

^{viii} Polanco 2008. *gastos catastróficos, aquellos que superan el 30% de los ingresos del hogar y que reducen los gastos dedicados a la satisfacción de otras necesidades, como la alimentación, la educación y la vivienda*

^{ix} Conceptos utilizados por el Centro Universitario de Salud Pública de Madrid y Universidad de Zaragoza

^xUSAID 2003. Para la Organización Mundial de la Salud el acceso físico adecuado a un servicio de salud es aquél que queda a menos de sesenta minutos de viaje.

^{xi}Polanco 2008. *“En el caso de Guatemala se observa en ese sentido que los gastos de bolsillo se relacionan principalmente con compra de medicamentos (36.7%)... Situación que supone para muchas familias el riesgo de incurrir en los llamados gastos catastróficos.*