Esp
INCAP
MDE
133
UNIDAD
#1

DIPLOMADO A DISTANCIA EN

Salud de la Mujer

Módulo I: Actualización en Obstetricia

UNIDAD 1

Situación de la Salud de la Mujer: Estrategias para la Disminución de la Mortalidad Materna

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSA)

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

Colegio de Médicos y Cirujanos (COLMED)

Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM)

Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG)

Asociación Guatemalteca de Enfermeras Profesionales (AGEP)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

JHPIEGO CORPORATION
A Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health

Universidad Francisco Marroquín (UFM)

POLICY

Planned Parenthood Federation of America (PPFA)

Esta Unidad fue reproducida
gracias al apoyo de la

Asociación Guatemalteca
de Mujeres Medicas (AGMM)

y de

Planned Parenthood
Federation of America (PPFA)

AGMM
INCAP, Calzada Roosevelt, Zona 11
Ciudad de Guatemala
Telefax: 440-9742
Email: agmm@incap.org.gt

Guatemala, 2002

Publicación INCAP MDE/133

MÓDULO I
ACTUALIZACIÓN EN OBSTETRICIA

UNIDAD 1
Situación de la Salud de la Mujer: Estrategias para la Disminución de la Mortalidad Materna

ORGANIZADO POR:

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)	Licda. Verónika Molina Licda. Luisa Samayoa Licda. Norma Alfaro
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)	Dra. Elsy Camey de Astorga
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSA)	Licda. Imelda García
Asociación Guatemalteca de Enfermeras Profesionales (AGEP)	Licda. Ligia Hurtado

CON EL APOYO DE:

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Colegio de Médicos y Cirujanos (COLMED)

Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala (AGOG)

Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas (AGMM)

Agencia Internacional para el Desarrollo (AID)

POLICY

JHPIEGO

Planned Parenthood Federation of America

CON EL AVAL DE:

Universidad Francisco Marroquín

UNIDAD I
Situación de la Salud de la Mujer: Estrategias para la Disminución de la Mortalidad Materna

Autoras

Inga. Lucía Merino	POLICY
Dra. Lucrecia Castillo	AID

Compilación estadística, cuadros y gráficas

Licda. Claudia Quinto	POLICY

Revisión Metodológica

Licda. Verónika Molina	INCAP
Licda. Luisa Samayoa	INCAP
Licda. Norma Alfaro	INCAP
Dra. Elsy Camey de Astorga	IGSS

Mediación Pedagógica

Dr. Jorge Astorga	Consultor

Edición, Diseño y Diagramación

Licda. Aura Mejía de Durán	INCAP
D.G. Roberto A. Pérez García	INCAP

Apoyo Secretarial y Administrativo

Licda. Rocío Vásquez	INCAP

NOTAS

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN 3

II. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE 6

III. DESARROLLO DEL CONTENIDO 7

A. Demografía y Población 7

1. Estructura de la población 7

2. Tamaño de la población total 8

3. Población femenina 9

4. Educación de la mujer 9

5. Actividad económica femenina 11

6. Salud de la mujer 13

a) Fecundidad, natalidad y nupcialidad 13

b) Morbilidad y mortalidad general de las mujeres 17

c) Morbilidad y mortalidad materna 19

B. Acceso a Servicios Básicos de Atención 23

1. Intervenciones que salvan vidas 23

2. Atención prenatal 24

3. Atención del parto 25

4. Atención postparto 27

5. Servicios de planificación familiar 27

6. Prevención y atención del VIH/SIDA 33

7. Prevención y atención del aborto 35

8. Prevención y atención de la violencia contra la mujer 36

C. ESTRATEGIAS Y ACCIONES PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA 42

1. Atención en salud 42

2. Desarrollo social y económico con equidad 44

3. Políticas, planes y programas nacionales 45

IV. HOJA DE EVALUACIÓN 50

VIII. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE REFERENCIA 59

NOTAS

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN 3

II. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE 6

III. DESARROLLO DEL CONTENIDO 7

A. Demografía y Población 7

1. Estructura de la población 7

2. Tamaño de la población total 8

3. Población femenina 9

4. Educación de la mujer 9

5. Actividad económica femenina 11

6. Salud de la mujer 13

a) Fecundidad, natalidad y nupcialidad 13

b) Morbilidad y mortalidad general de las mujeres 17

c) Morbilidad y mortalidad materna 19

B. Acceso a Servicios Básicos de Atención 23

1. Intervenciones que salvan vidas 23

2. Atención prenatal 24

3. Atención del parto 25

4. Atención postparto 27

5. Servicios de planificación familiar 27

6. Prevención y atención del VIH/SIDA 33

7. Prevención y atención del aborto 35

8. Prevención y atención de la violencia contra la mujer 36

C. ESTRATEGIAS Y ACCIONES PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA 42

1. Atención en salud 42

2. Desarrollo social y económico con equidad 44

3. Políticas, planes y programas nacionales 45

IV. HOJA DE EVALUACIÓN 50

VIII. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE REFERENCIA 59

I. INTRODUCCIÓN

La salud entendida como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos de la vida, y no solo la ausencia de la enfermedad, lleva implícito el derecho de las personas a obtener información y tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien una mejor calidad de vida.

Aunque el proceso salud-enfermedad se presenta en todas las sociedades humanas, existen grupos de población que concentran mayores o menores riesgos de enfermar y morir, según sean sus condiciones de vida. Asimismo, las formas que adopten los individuos, las familias y la sociedad en general para responder a los problemas relacionados con la salud, son determinadas no sólo por el tipo de agente biológico, sino también por la condición sociocultural, por el modo y forma de inserción en el proceso productivo, por el conocimiento del proceso de la salud-enfermedad y por las posibilidades de acceso a los servicios de salud.

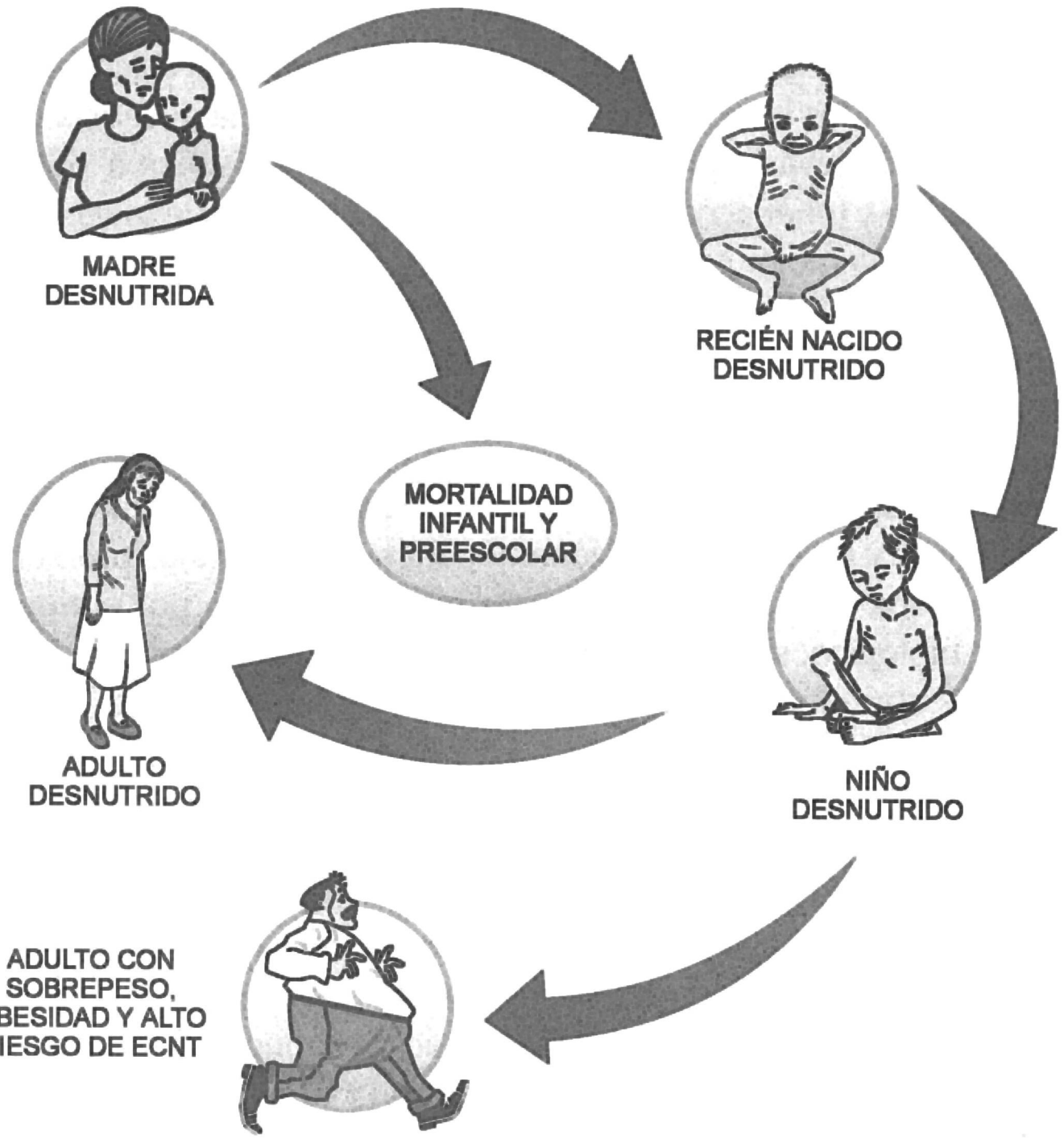
Las mujeres, como grupo demográfico y social, enfrentan mayores riesgos de salud por su condición de género (sobre todo en lo que se refiere al área reproductiva). Este riesgo se incrementa de acuerdo a su condición social, por el nivel educativo, ingreso económico, procedencia y etnia, así como por su historia familiar y reproductiva.

Muchas mujeres están expuestas a padecer de problemas de salud desde antes de nacer, situación que persiste durante la niñez, la adolescencia y la edad adulta. La desnutrición en muchas mujeres embarazadas aumenta el riesgo de dar a luz recién nacidos de bajo peso, quienes a su vez están propensos a enfermarse repetidamente, lo que perpetúa el círculo vicioso de la desnutrición (figura 1). Adicionalmente, las madres con frecuencia no pueden satisfacer en forma adecuada todas las necesidades alimenticias de sus recién nacidos. A esto se suma el efecto de ciertos patrones culturales que afectan a muchas familias, haciendo que las mismas muestren preferencia por el nacimiento de un niño, quien por lo general recibirá mejor alimentación y mayor atención que una niña, principalmente cuando los recursos son escasos.

NOTAS

NOTAS

CÍRCULO VICIOSO DE LA DESNUTRICIÓN



En la adolescencia, los mayores problemas de salud son consecuencia del inicio temprano de la actividad sexual, el embarazo no planeado y sus efectos psicosociales. Durante esta etapa y hasta la edad adulta, la falta de autonomía que tradicionalmente les ha sido asignada a las mujeres por su condición de género, las hace más vulnerables a ejercer y aceptar comportamientos de riesgo que incrementan sus posibilidades de enfermar y aún morir. A esto se suma la violencia doméstica que padecen muchas mujeres, la cual afecta directamente su salud mental y física, pudiendo producirles incluso la muerte.

En esta unidad se presenta un panorama general de los principales temas que se abordan al estudiar la salud integral de la mujer desde el ámbito social y de las políticas públicas. Se enfoca principalmente en las mujeres de 15 a 49 años, por ser éste el grupo de edad que demanda una mayor atención de la salud por las condiciones asociadas al proceso, función y comportamiento sexual y reproductivo. Muchos de los temas que en esta unidad se presentan en forma general, son desarrollados detalladamente en las siguientes unidades del diplomado.

En el primer capítulo se presentan indicadores sociales, demográficos y de salud incluyendo fecundidad, mortalidad y morbilidad, que definen el perfil socioeconómico de las mujeres y las condiciones que estadísticamente representan un mayor riesgo para su salud. En el segundo capítulo se describen las intervenciones eficaces para salvar vidas, así como las condiciones de acceso a los servicios básicos de atención en salud, principalmente los relacionados con la reproducción y la salud sexual. Finalmente, en el tercer capítulo se abordan las estrategias más urgentes para la reducción sostenida de la mortalidad materna.

NOTAS

II. OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar el estudio de esta unidad, el o la estudiante estará en capacidad de:

1. Describir las principales características del perfil sociodemográfico de la población femenina de Guatemala.

2. Identificar las principales causas de morbilidad y mortalidad general de las mujeres.

3. Identificar las principales causas de morbilidad y mortalidad materna.

4. Definir las intervenciones eficaces en la atención de la salud para la reducción de la mortalidad materna.

5. Conocer las principales estrategias y servicios básicos requeridos para reducir la mortalidad materna.

NOTAS

III. DESARROLLO DEL CONTENIDO

A. Demografía y Población

El concepto de población está relacionado a un conjunto de individuos que comparten características similares como es, por ejemplo, el pertenecer a la misma especie. Existen subgrupos de población de la misma especie que comparten otras características como la etnia o un territorio; así se habla de la población indígena, de la población urbana o de la población de un departamento en particular.

La población se ve influenciada por tres fenómenos principales que son los nacimientos, las muertes y la migración. La frecuencia con que estos ocurran, provoca que la población aumente, disminuya o mantenga un tamaño estable. También determina la proporción de personas en los diferentes grupos de edad.

La demografía es la ciencia que estudia a las poblaciones humanas, sus características y su evolución. La palabra se deriva del griego demos (pueblo) y graphie (estudio). Existen diversas teorías para explicar los fenómenos demográficos, basadas en la observación, el estudio y la medición. El sexo y la edad son las características básicas de una población y el porcentaje de hombres y de mujeres en cada grupo de edad, tiene gran impacto en el comportamiento de las variables demográficas, el desarrollo socioeconómico, y para el caso que nos ocupa, en la demanda de servicios de salud.

1. Estructura de la población

Alrededor del año 2000, la proporción de personas menores de 15 años en Guatemala se estimaba en 46%, el grupo de 15 a 64 años en 51% y solo 3% era mayor de 65 años. En el gráfico 1 se presenta la pirámide de población para Guatemala.

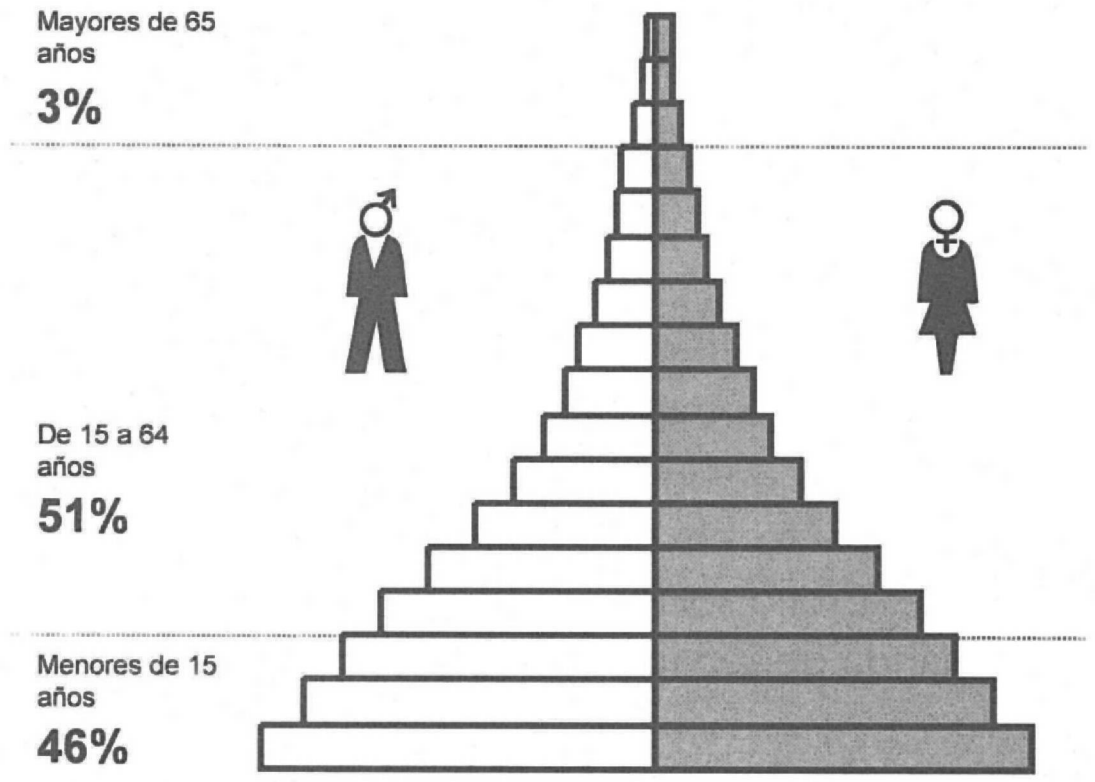
Se espera que bajo condiciones normales (ausencia de guerras, epidemias o elevada emigración), la distribución por sexo sea equitativa, es decir 50% hombres y 50% mujeres. Sin embargo, la distribución de la población por sexo varía para los diferentes grupos de edad. Al nacer se reporta mayor número de nacimientos de hombres que de mujeres; la literatura al respecto refiere esta diferencia numérica para contrarrestar la sobremortalidad masculina observada al nacimiento. En la niñez y la adolescencia se equipara la proporción de hombres y mujeres. El

NOTAS

grupo de personas adultas jóvenes, generalmente y aún en condiciones normales, es afectado por agentes externos relacionadas con el desarrollo (accidentes, violencia, cambio de residencia), por lo cual, en la actualidad no existe un patrón único de referencia. En el caso de las personas adultas mayores, la sobremortalidad masculina se refleja en una mayor longevidad de las mujeres.

La edad de la población tiene implicaciones muy importantes en el campo de la salud. Por ejemplo las poblaciones jóvenes tienen un elevado potencial de nacimientos lo cual tiene un efecto inmediato en el sistema de salud, en el mediano plazo en el sistema educativo y un efecto constante a la economía familiar, comunitaria y del Estado.

GRÁFICO 1
PIRÁMIDE DE POBLACIÓN DE GUATEMALA
2000



Fuente: INE/CELADE. *Estimaciones y proyecciones de población: 1950-2050.*

NOTAS

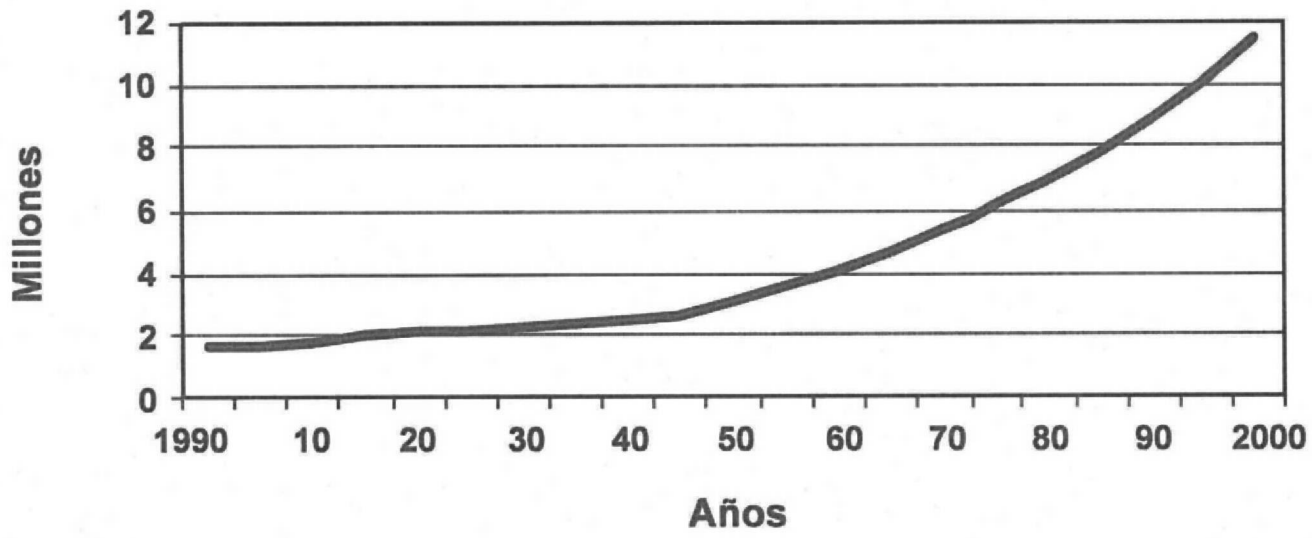
2. Tamaño de la población total

Durante el siglo pasado la población de Guatemala se quintuplicó; pasó de 1.8 millones de habitantes a inicios de Siglo XX, a 11.3 millones para finales del año 2000. Sin embargo, esta evolución no fue uniforme en el tiempo. Durante los primeros 50 años la población se mantuvo alrededor de los dos millones y es en los últimos 50 años, a partir de la década de 1950, que se inició el crecimiento acelerado

(gráfico 2). Este comportamiento fue una tendencia mundial observada en el siglo XX provocada por el descenso de la mortalidad infantil, un incremento en la longevidad —resultado de los avances en la medicina y la salud pública—, y al efecto combinado de ambos, porque los nacimientos superaron en mucho al número de muertes, se incrementó la proporción de personas en edad reproductiva y con ello el potencial reproductivo de la población en general. Se estima que de mantenerse el ritmo actual de crecimiento de 2.6% anual, la población alcanzará los 18 millones en el año 2020. Guatemala excede en 62% el crecimiento demográfico promedio de los países de la región latinoamericana estimado en 1.6% anual.

GRÁFICO 2

CRECIMIENTO HISTÓRICO DE LA POBLACIÓN DE GUATEMALA



Fuente:INE/CELADE. *Estimaciones y proyecciones de población: 1950-2050*

3. Población femenina

La población de mujeres representa 49.5% de la población total. Del total de mujeres, 47% se encuentra en edad reproductiva, es decir tiene entre 15 y 49 años de edad. Este porcentaje representa en números absolutos una población de 2,635,657 mujeres que requieren de servicios de salud reproductiva y un número elevado de ellas de atención del embarazo y servicios de planificación familiar.

4. Educación de la mujer

La educación es una de las variables que mejor refleja las brechas existentes entre hombres y mujeres, población rural y urbana, y entre población ladina e indígena.

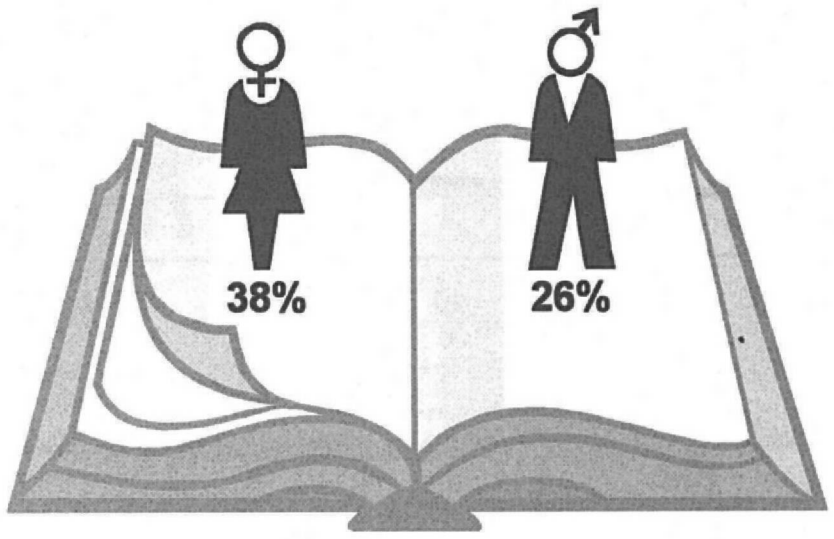
NOTAS

Guatemala presenta uno de los niveles de analfabetismo más altos de América Latina. Según el Censo de Población de 1994, 36% de las personas de ambos sexos mayores de 15 años era analfabeta. En las mujeres el analfabetismo llega a 43% y en las mujeres rurales hasta 57%.

Para 1998 las estadísticas de la Comisión Nacional de Alfabetización (CONALFA) indican que el porcentaje de población analfabeta se ha reducido a 30% para la población total y a 38% en la población femenina. Las mujeres continúan teniendo menos oportunidades para acceder a la educación, e independientemente del lugar en que vivan o su etnia las mujeres siempre tienen un porcentaje más alto de analfabetismo (gráfico 3).

NOTAS

GRÁFICO 3
TASA DE ANALFABETISMO



Urbano	**18%**	**13%**
Rural	**51%**	**34%**
Indígena	**52%**	**33%**
No indígena	**24%**	**19%**

Fuentes: INE. *Encuesta nacional de ingresos y gastos familiares 98-99*; CONALFA. *Informe preliminar, 1998.*

El nivel de educación de las mujeres, que muchas veces está relacionado con su situación socioeconómica y de discriminación, influye de forma importante en sus actitudes y prácticas reproductivas y en sus posibilidades de usar los servicios de salud disponibles. Una de cada cuatro mujeres en edad reproductiva no ha tenido educación escolar y solamente la mitad alcanzó o completó el nivel de educación

primaria (ENSMI 1998-1999). Las más afectadas, porque carecen totalmente de educación escolar, son las mujeres indígenas y las que residen en las áreas rurales, como se ilustra en el gráfico 3.

Según las estadísticas más recientes, la incorporación de niñas a la educación primaria alcanza 59% y para los hombres, 62%. En lo referente a la educación básica, este porcentaje llega a 13 y 14%, respectivamente. La educación diversificada presenta la particularidad de que son más las mujeres que acceden a este nivel educativo: 13 y 11%, respectivamente (MINEDUC, 2000). La probabilidad de que una mujer que logra finalizar la educación básica avance a la diversificada es mayor, lo cual es de gran relevancia si se considera el efecto diferencial que la educación ejerce en la fecundidad, principalmente cuando la mujer finaliza la educación diversificada (ver tabla 1, página 14).

5. Actividad económica femenina

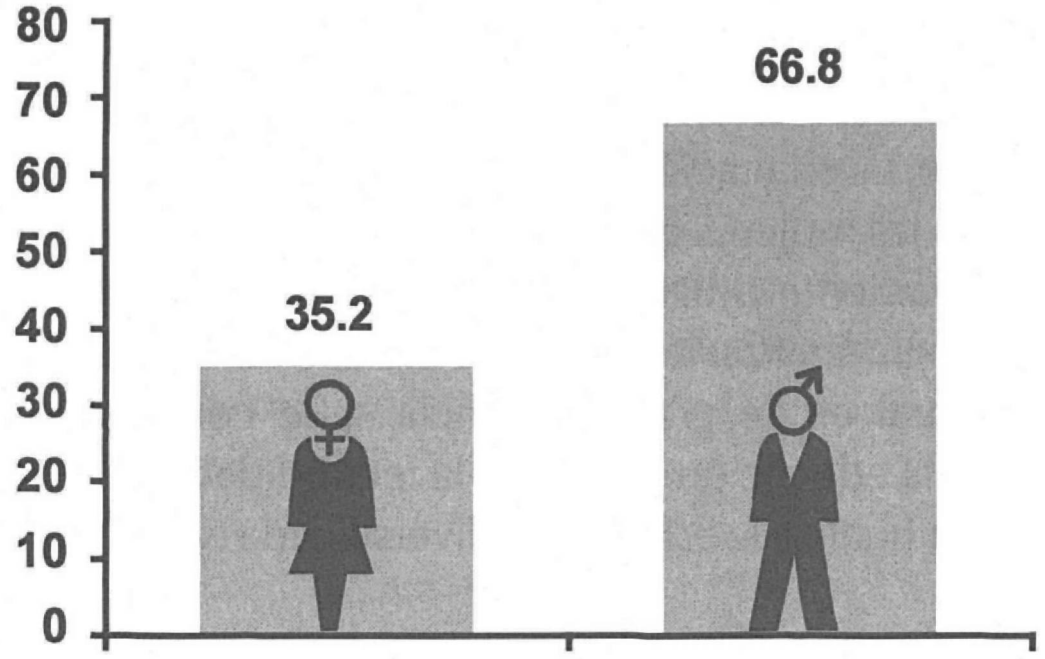
En los últimos veinte años ha crecido notablemente la participación femenina en la Población Económicamente Activa (PEA). Según las Encuestas de Hogares realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en 1980 cerca de 21% de la PEA nacional estaba compuesta por mujeres, en 1989 esa proporción ascendió a 25.5% y para 1999 fue de 35.2%.

La tendencia pasada indica que la participación económica de las mujeres de acuerdo a la edad, asciende rápidamente entre los 10 y los 24 años y es a partir de los 25 años que desciende lentamente al asumir la responsabilidad de las funciones familiares y de la maternidad. Sin embargo con la modernización y el mayor acceso a la educación y servicios de planificación familiar, se observa una mayor participación de las mujeres en las actividades productivas. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -ENSMI- (1998-99) muestran que 38% de las mujeres en edad reproductiva trabajan. De ellas, 61% no tiene hijos o hijas y 39% tiene uno o más niños o niñas menores de seis años.

La tasa de actividad económica representa la proporción de mujeres de determinados subgrupos de la población que forman parte de la PEA. De acuerdo con los últimos datos disponibles (INE, 1999) son las mujeres, de todas las edades, de las zonas urbana, metropolitana y central las que participan en mayor medida en la PEA, en comparación con las mujeres de áreas rurales. En el ámbito nacional la tasa de actividad femenina es de 35.2% (gráfico 4).

NOTAS

GRÁFICO 4
TASA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA



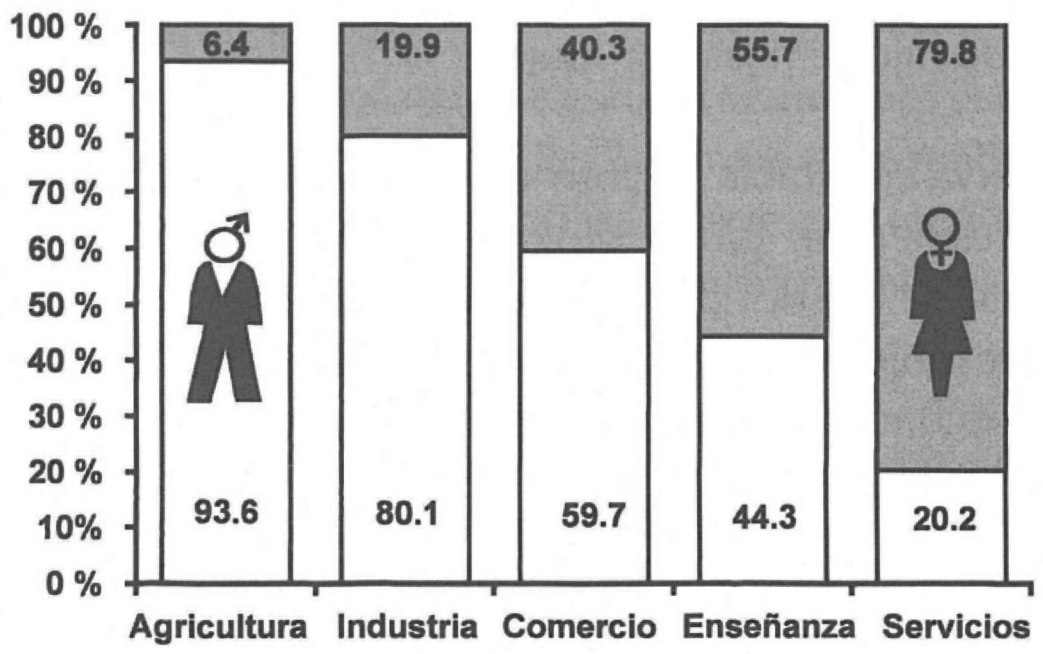
Fuente: INE. *Encuesta nacional de ingresos y gastos familiares 98-99.*

NOTAS

Es importante señalar que en el grupo de mujeres de 15-49 años, es usual encontrar que entre las que trabajan y que ya tienen hijos o hijas, son las indígenas, las del área rural y las que tienen menor educación, las que presentan un porcentaje de actividad superior, en comparación con las mujeres del área urbana, no indígenas y más educadas; lo que demuestra la mayor necesidad económica que viven las mujeres de los grupos en condiciones de vulnerabilidad social.

Al analizar la participación de las mujeres en la actividad económica, es importante recordar que las cifras pueden estar subestimadas, especialmente en lo que se refiere a la participación de las mujeres rurales e indígenas. Los oficios domésticos o las actividades familiares que realizan las mujeres en el campo, no siempre son consideradas como actividades de carácter profesional, según las definiciones clásicas de actividad y participación, y por lo tanto son excluidas de la PEA. Asimismo, la presencia de factores culturales muchas veces limitan la declaración de información de las mujeres y no se sabe con precisión su participación en el mercado de trabajo. Lo que sí se ha documentado, es que hasta ahora las principales actividades económicas que las mujeres realizan son en el área de servicios y enseñanza, como puede observarse en el gráfico 5.

GRÁFICO 5
INSERCIÓN LABORAL



Fuente: INE. *Encuesta nacional de ingresos y gastos familiares 98-99.*

6. Salud de la mujer

a) Fecundidad, natalidad y nupcialidad

La fecundidad se define como la capacidad de una población para reproducirse y estudia los fenómenos cuantitativos relacionados con la reproducción humana. Se emplea el término natalidad (llamada también tasa bruta de natalidad) para designar la frecuencia con que ocurren los nacimientos en relación con la población total y se entiende por fecundidad la frecuencia de los nacimientos en relación con el grupo de mujeres en edad reproductiva (15-49 años).

La Tasa Bruta de Natalidad (TBN) representa el número de nacimientos que ocurren en la población por cada mil habitantes en un período de tiempo determinado, generalmente un año. En Guatemala, la TBN ha descendido lentamente durante los últimos años. La TBN se estimó en 51 por mil para el quinquenio 1950-1955 y en 38 por mil para 1990-1995. Sin embargo, la TBN todavía es relativamente alta, especialmente si se compara con la de países tan cercanos como Panamá, Costa Rica, y El Salvador que tienen 24, 27 y 36 por mil, respectivamente.

La Tasa Global de Fecundidad (TGF) mide el número promedio de hijos e hijas nacidos vivos que tendría una mujer durante su vida. Este indicador se mide para un año o período de tiempo específico y su interpretación supone que los niveles de mortalidad y fecundidad se

NOTAS

mantendrán constantes para los diversos grupos de edad para el período de referencia. Según la Encuesta de Salud Materno-Infantil (ENSMI 1998-1999), la TGF se estima en cinco hijos por mujer, indicador que resulta elevado si se le compara con otros países de la región. Además, en los últimos 10 años sólo ha disminuido de 5.6 a 5, el promedio de hijos e hijas por mujer.

Como se observa en la tabla 1, tanto la TBN como la TGF varían según el lugar de residencia, grupo étnico, región en que se habite y principalmente el nivel de educación que la mujer tenga. La diferencia en la TGF entre mujeres sin educación (6.8) y las que han tenido acceso a educación secundaria o más (2.9) es de cuatro hijos.

TABLA I
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) Y
TASA BRUTA DE NATALIDAD (TBN)
POR CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS
1987-1999

	1987	1995	1998-1999
Tasa Global de Fecundidad			
Total	5.6	5.1	5.0
Residencia			
Urbana	4.1	3.8	4.1
Rural	6.5	6.2	5.8
Grupo étnico			
Ladinas	5.0	4.3	4.6
Indígenas	6.8	6.8	6.2
Región			
Metropolitana	4.0	3.9	4.3
Norte	7.2	6.7	5.5
Nor-Oriente	5.3	5.1	5.4
Sur-Oriente	5.8	5.7	5.1
Central	5.8	5.3	5.0
Sur-Occidente	6.3	5.5	5.3
Nor-Occidente	6.8	6.8	6.2
Petén	----	-----	6.8
Nivel de educación			
Sin educación		7.1	6.8
Primaria		5.1	5.2
Secundaria y más		2.6	2.9
Tasa Bruta de Natalidad			
Total	----	37.0	38.0
Residencia			
Urbana		31.6	34.8
Rural		40.3	40.1

Fuentes: Encuesta Nacional de Salud 1987, 1995, 1998-1999. MSPAS/INCAP/INE/ UNICEF/USAID/FNUAP.

NOTAS

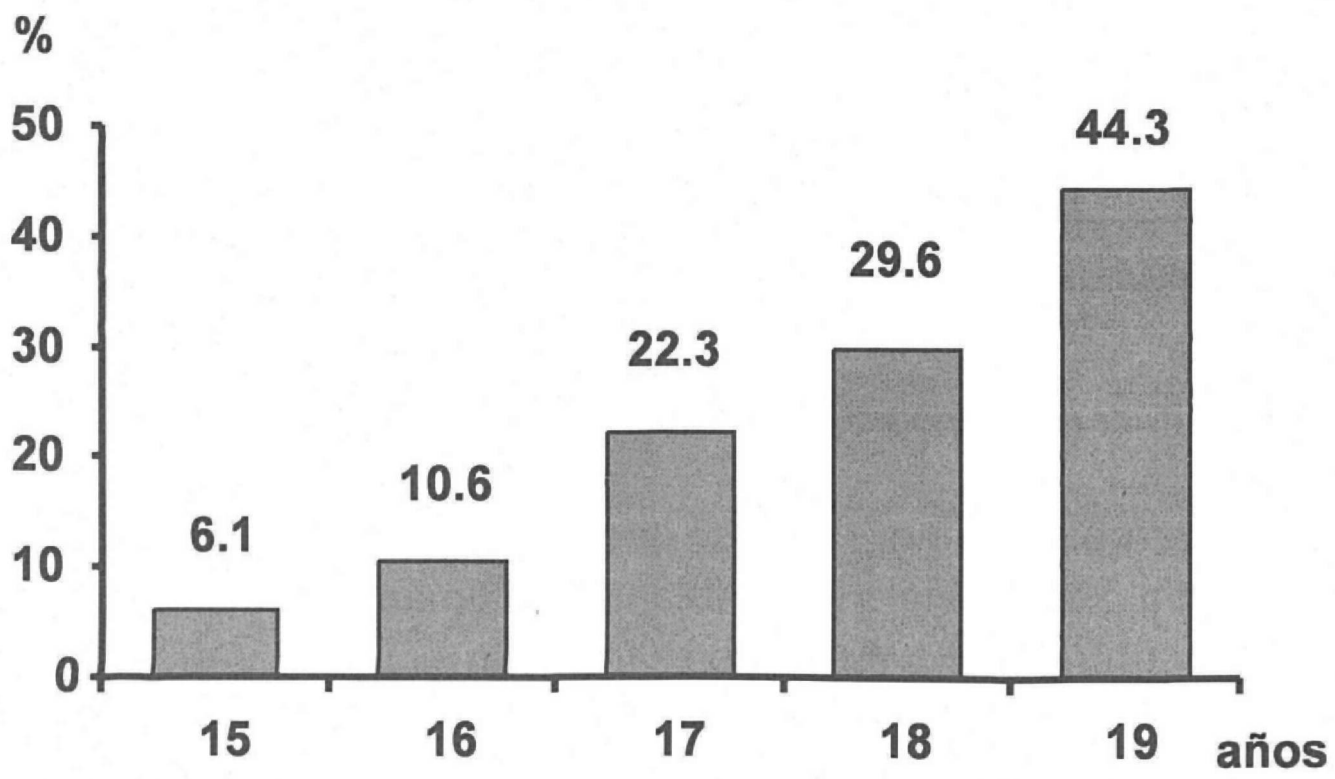
La nupcialidad es la variable demográfica que se refiere al matrimonio incluyendo su cuantificación, las características de las personas unidas y la disolución de las uniones. En Guatemala, al igual que en muchos otros países, es difícil encontrar este tipo de estadísticas actualizadas. Además la unión de hecho puede ser considerada como una práctica común, por lo que la nupcialidad estudiará las uniones en matrimonio y las de hecho, haciendo referencia a las mujeres en unión. El estudio de la nupcialidad es importante porque influye en la fecundidad, dado que con la unión conyugal inicia la exposición continua de la mujer al riesgo de embarazo.

La edad mediana de las mujeres para la primera relación sexual se estima en 18 años y para la primera unión en 19 años, lo que predispone a una alta fecundidad porque el período de exposición es mayor. Además, se inicia a una edad en que las mujeres todavía están en proceso de formación para su desarrollo en la sociedad, en la actividad económica y afianzando valores para dirigir sus propias vidas, aspecto que influye en las decisiones relacionadas con la reproducción y el tamaño de la familia.

En Guatemala a los 19 años, 44% de las mujeres están embarazadas o ha tenido un embarazo previo, situación que expone a las adolescentes a sufrir más complicaciones asociadas a embarazos tempranos (gráfico 6).

GRÁFICO 6

ADOLESCENTES QUE YA SON MADRES O QUE ESTÁN EMBARAZADAS



Fuente: ENSMI, 1998/99 INE/MSPAS.

NOTAS

Estudios realizados entre los años 1995 y 2000 aplicaron una metodología para la clasificación de los países de acuerdo a un Índice de Riesgo Reproductivo (IRR). Éste se construye con base en indicadores seleccionados que reflejan a la vez, las condiciones y los resultados del acceso a los servicios de salud que afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

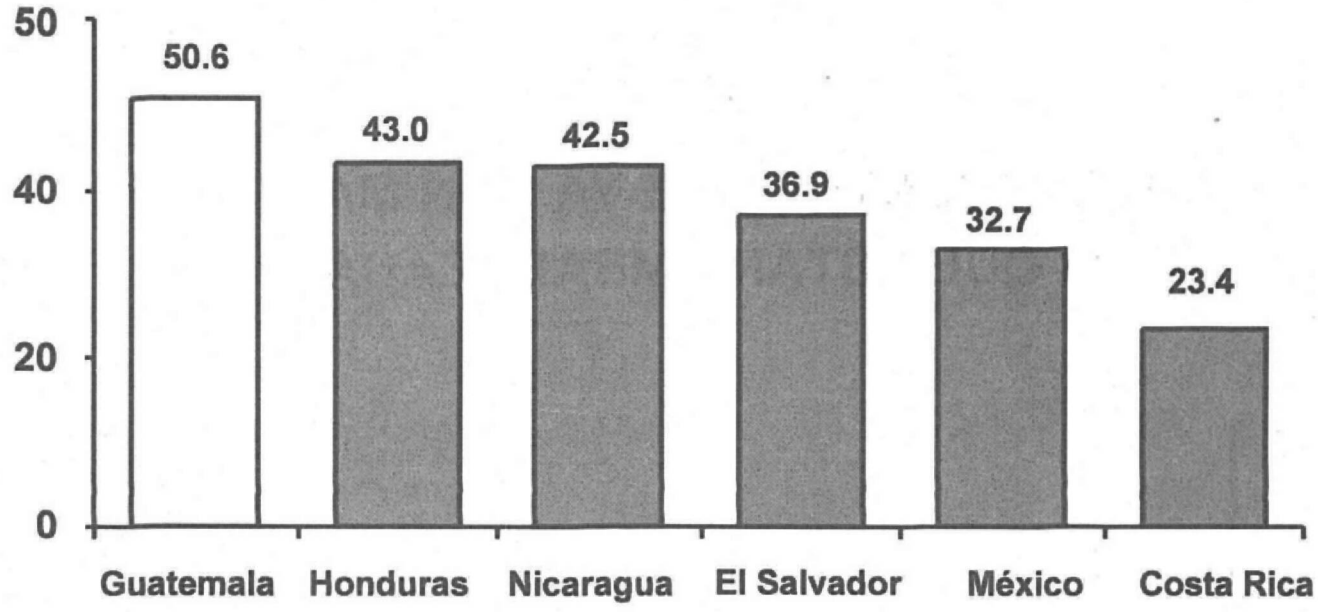
El IRR es elaborado con base en 10 indicadores: número de nacimientos anuales por cada 100 mujeres de 15-19 años de edad, porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos, prevalencia de anemia en el embarazo, porcentaje de mujeres con atención prenatal, atención del parto por personal calificado, porcentaje de hombres con VIH/SIDA, porcentaje de mujeres con VIH/SIDA, número promedio de nacimientos por mujer, políticas relacionadas con el aborto, y nivel de mortalidad materna (Population Action International, 2001).

Este índice agrupa a los países en cinco categorías de riesgo: muy alto, alto, moderado, bajo y muy bajo. Como puede observarse en el gráfico 7, Guatemala encabeza la lista de países con mayor riesgo reproductivo en la región.

NOTAS

GRÁFICO 7

ÍNDICE DE RIESGO REPRODUCTIVO



Fuente: *Índice de riesgo reproductivo*. Population Action International, 2001.

En el extremo de menor riesgo se encuentran países industrializados como Italia, Suecia, Finlandia, Holanda y Alemania. Entre los factores que han contribuido a ese logro se incluyen:

- bajas tasas de embarazo entre adolescentes
- familias de menor tamaño
- acceso generalizado a los servicios de salud materna
- niveles elevados de uso de métodos anticonceptivos

Según los datos del último reporte de la ENSMI (1998-1999), 30% de los embarazos ocurridos en mujeres unidas de 15-49 años no fueron deseados en el momento de la concepción. A partir de los 30 años, 35% de las mujeres con cuatro o más hijos e hijas, declara el embarazo como no deseado al momento de la concepción, y la mayoría indica no desear más hijos o hijas. A esta edad, a las mujeres unidas todavía les quedan 19 años expuestas al riesgo de un nuevo embarazo.

b) Morbilidad y mortalidad general de las mujeres

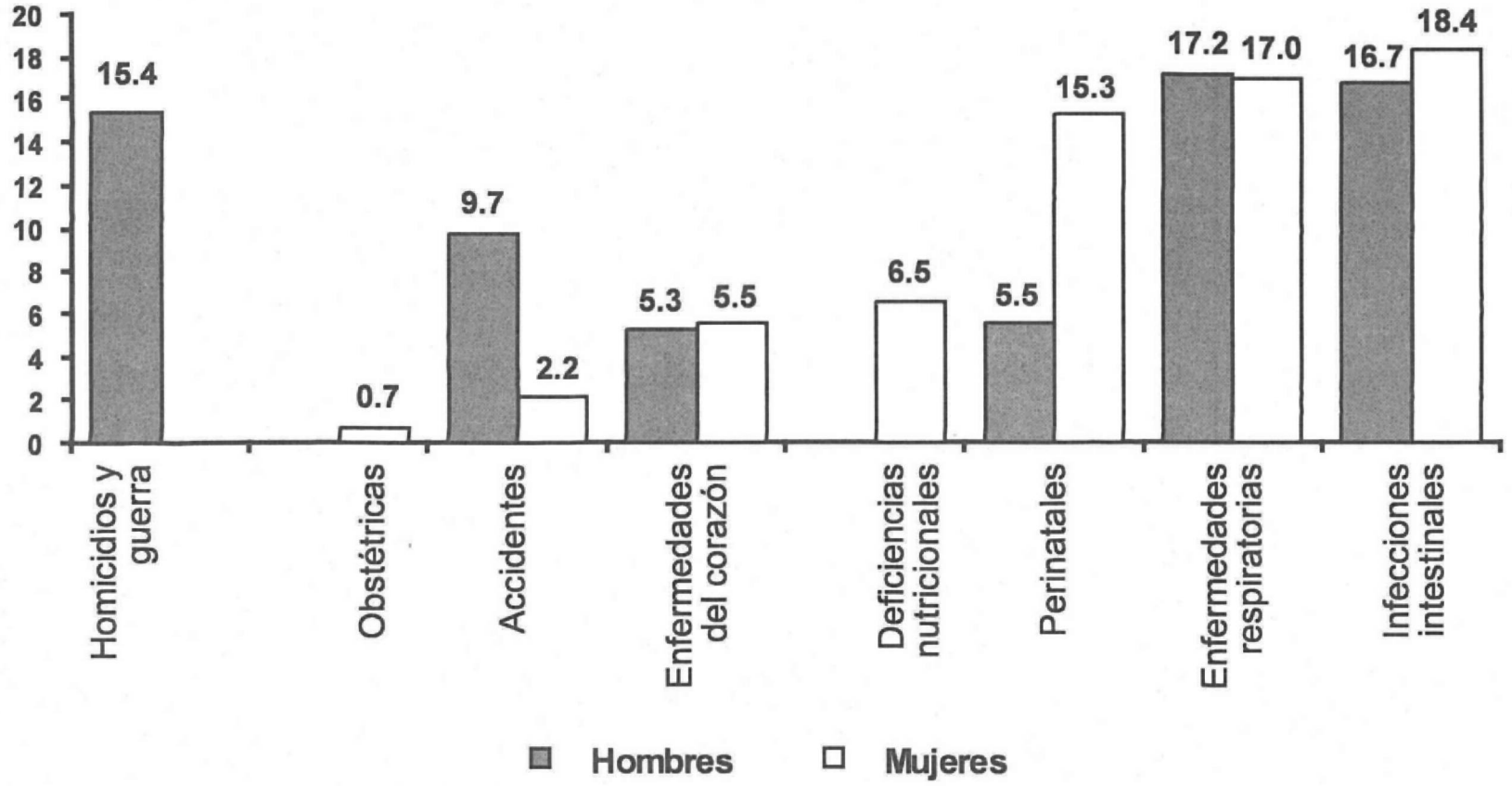
Aun cuando la elaboración de estadísticas de morbilidad es difícil por la ausencia de una demarcación precisa entre un estado mórbido o de enfermedad, un estado no mórbido o de buena salud y un sistema de registro e información completo y actualizado, las estadísticas existentes ayudan a identificar las enfermedades o dolencias más frecuentes.

Las principales causas de muerte para hombres y mujeres de todas las edades son las referidas a las infecciones intestinales y las enfermedades respiratorias. Las causas que presentan un contraste importante por género son los homicidios en los hombres y las perinatales, en las mujeres, según se muestra en el gráfico 8.

GRÁFICO 8

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN GUATEMALA

TOTAL DE CAUSAS DEFINIDAS POR SEXO PARA TODAS LAS EDADES



Fuente: *Las condiciones de salud en las Américas*. OPS, 1990.

Entre el grupo de mujeres adultas, se observa que mueren por diferentes causas dependiendo de su edad. Según los datos recopilados por OPS y presentados en la tabla 2, en 1984 la principal causa de muerte en mujeres de 15-44 años fueron las infecciones intestinales (14%), en mujeres de 45-65 años los tumores (16%), y en mujeres de 65 años o más, el mayor peso lo tienen las enfermedades del corazón (19%).

TABLA 2
DISTRIBUCIÓN DE PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE DE MUJERES EN EDADES ADULTAS
1984

	Edad			
Causas de muerte	**15-24 %**	**25-44 %**	**45-65 %**	**65+ %**
Todas las causas	100,0	100,0	100,0	100,0
Causas mal definidas	10,4	12,6	10,5	17,6
Accidentes	12,0	6,9	-	-
Infecciones intestinales	14,5	14,1	13,5	12,2
Influenza y neumonía	12,0	12,7	11,6	13,9
Enfermedades del corazón	7,3	6,2	11,2	18,7
Deficiencias nutricionales	7,6	-	9,5	9,8
Obstétricas	5,1	7,1	-	-
Tumores	-	9,8	16,0	11,8
Tuberculosis	-	4,1	-	-
Cirrosis y otras enfermedades				
crónicas del hígado	-	1,8	-	-
Trastornos mentales	-	0,7	-	-
Otras causas	31,1	24,0	27,7	16,0

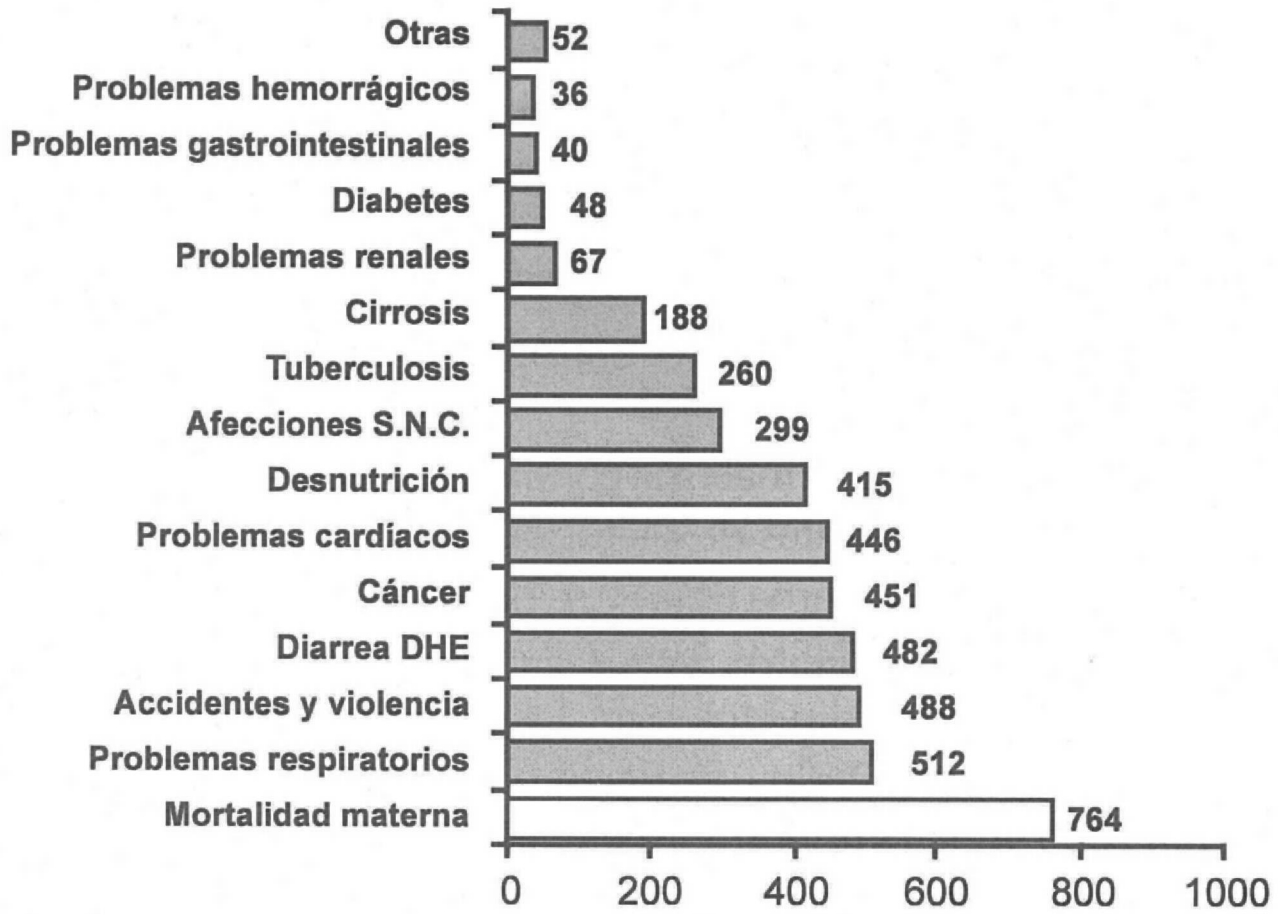
Fuente: Las Condiciones de Salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 1990.

Un estudio más reciente referido solo al grupo de mujeres en edad reproductiva, indica como la principal causa de muerte, las relacionadas con el embarazo, parto y postparto, incluyendo las complicaciones obstétricas, según se muestra en el gráfico 9. De un total de 4,548 muertes, 764 fueron muertes maternas que representan 17% del total de las muertes en este grupo. De allí se deriva la importancia de dedicar un acápite especial al tema. En orden de importancia le siguen las enfermedades respiratorias y las infecciones intestinales, los accidentes y violencia, el cáncer y la desnutrición.

NOTAS

GRÁFICO 9

NÚMERO DE MUERTES SEGÚN CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES DE EDAD FÉRTIL



Fuente: MSPAS. Guatemala, 1989.

Tanto los datos de 1984 como los de 1989, revelan que todavía existe un patrón de morbilidad y mortalidad femenina susceptible de prevención y control. Se trata de enfermedades que pueden evitarse a través de diagnóstico y tratamiento médico precoz, atención adecuada del embarazo y del parto, saneamiento ambiental y en general, mediante acciones preventivas con una relativa fácil ejecución y bajo costo.

c) Morbilidad y mortalidad materna

La mortalidad materna entendida como el número de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y postparto por cada 100,000 nacidos vivos, es un indicador del nivel de desarrollo de los países y del acceso a los servicios de salud.

Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e impredecibles durante el embarazo, parto y postparto. Estas complicaciones constituyen la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. En el ámbito mundial, más de una mujer muere cada minuto y un total de 585,000 mujeres mueren cada año debido a estas complicaciones. De esas muertes 95% ocurre en los países y regiones menos desarrolladas.

NOTAS

La mortalidad materna debe ser abordada como un problema prioritario y de manera multisectorial, ya que sus condicionantes no son únicamente biológicos, como se verá más adelante, y podrían evitarse si hubiese recursos y servicios disponibles, tanto preventivos como de atención.

Además de la mortalidad, ocurren problemas relacionados con la salud materna. Por lo menos 300 millones de mujeres, más de un cuarto del total de la población femenina de los países en desarrollo, sufren actualmente de enfermedades y lesiones de corto y largo plazo relacionadas con el embarazo y el parto.

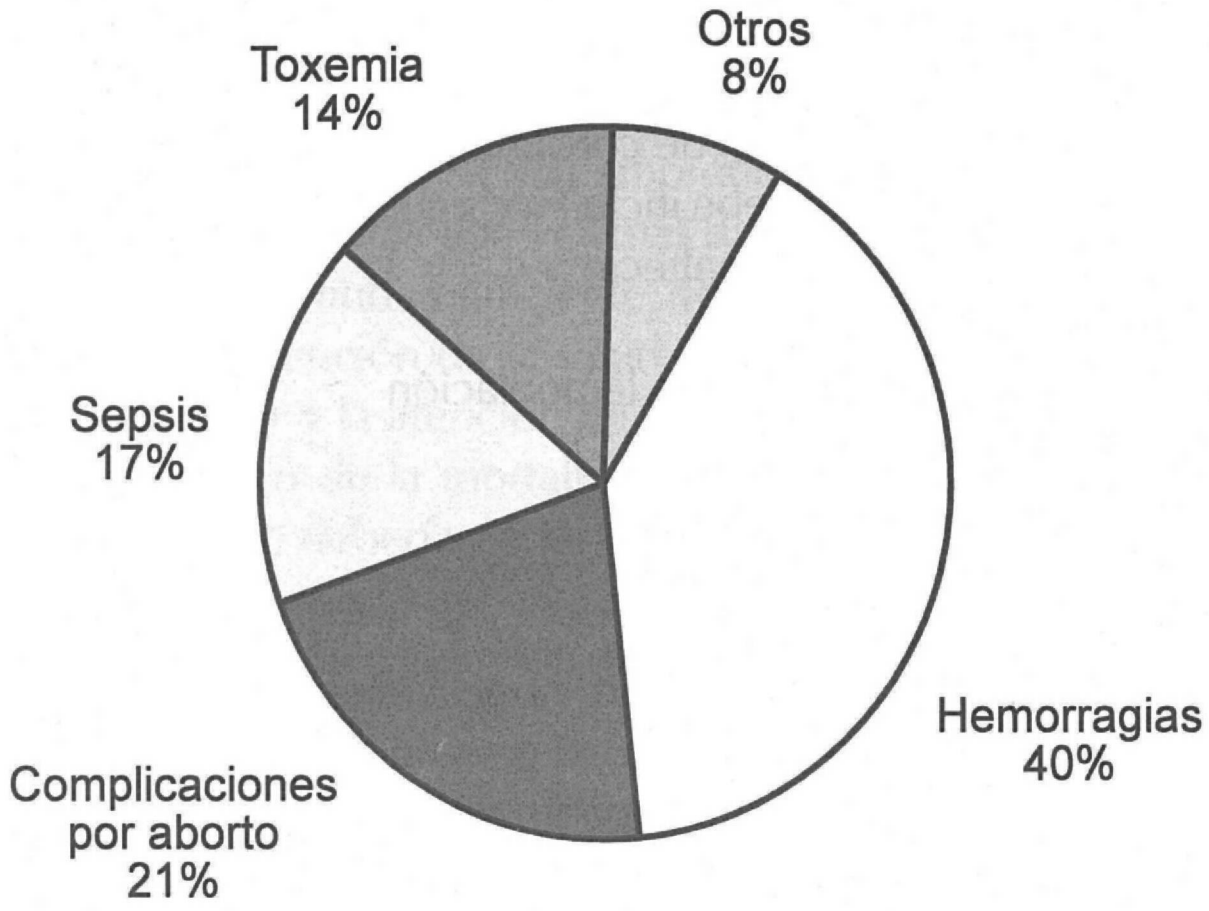
En Guatemala la mortalidad materna continúa en niveles muy elevados. Según los datos provenientes de métodos de estimación indirecta, la Razón de Mortalidad Materna (RMM) es de 190 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos (ENSMI, 1995). Sin embargo, el último estudio realizado por métodos directos para la medición de la mortalidad materna dio como resultado una RMM de 248 por 100,000 nacidos vivos (MSPAS, 1989). Es importante señalar que los resultados iniciales de ese estudio identificaron un subregistro de 44% que luego fue aplicado para la obtención de los resultados finales. Actualmente, se está desarrollando un nuevo estudio de línea de base para la mortalidad materna mediante métodos directos que se espera esté disponible a mediados de 2002.

NOTAS

Independientemente de la fuente y el año, Guatemala continúa con una de las RMM más altas de la región y las causas principales de la mortalidad materna son en orden de importancia: las hemorragias, las complicaciones por aborto, las sepsis y las toxemias (gráfico 10). Sumando las tres causas principales —hemorragias, complicaciones por el aborto y sepsis—, alrededor de 78% de las muertes maternas podría evitarse.

Los factores determinantes de la mortalidad materna, no sólo son la calidad y la disponibilidad de servicios de atención prenatal y obstétrica, sino también el estado de salud de la madre y el número de embarazos que ha tenido. Existen diferencias tremendas en la RMM en el ámbito nacional, particularmente entre la población ladina y la indígena. Asimismo, entre la población urbana y la rural, donde 28 y 75%, respectivamente, vive en condiciones de extrema pobreza.

GRÁFICO 10
CAUSAS DE LA MORTALIDAD MATERNA



Fuente: Medina H. Guatemala: MSPAS, 1989.

En Alta Verapaz, Sololá, Quiché y Petén la mortalidad materna se encuentra en niveles aún más elevados, según los datos del estudio realizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1989. Las mujeres en estos grupos poblacionales y áreas geográficas están en mayor riesgo por los nacimientos continuos, la mala nutrición y el acceso limitado a los servicios de salud. A esto hay que agregar que los papeles de género de mujeres y hombres en Guatemala, asignan la responsabilidad del embarazo únicamente a la mujer, pero ésta no cuenta con el empoderamiento necesario para una toma de decisiones oportuna, lo que aunado a la poca educación e información da como resultado, un retraso en la identificación de las señales de peligro y en la búsqueda de ayuda competente ante una complicación obstétrica.

Está comprobado que siete de cada diez muertes maternas son previsibles con adecuados servicios de salud reproductiva, incluyendo la asistencia prenatal y obstétrica, y la organización de los recursos de la comunidad para responder a las emergencias obstétricas.

NOTAS

EJERCICIO INTRATEXTO I

1. Usted ha sido seleccionado (a) para apoyar el Programa Nacional "Materno Infantil". Como primera actividad, le solicitan que elabore un cartel que será colocado en todos los Centros de Salud del país, como material de consulta y referencia para el personal de salud. Este cartel debe incluir los siguientes datos demográficos de la población guatemalteca:

   - Estructura y tamaño de la población
   - Población femenina
   - Educación de la mujer
   - Actividad económica femenina
   - Salud de la mujer:
     - Fecundidad, natalidad, nupcialidad
     - Morbilidad y mortalidad general de las mujeres
     - Morbilidad y mortalidad materna

2. Presente su ejercicio en un pliego de cartulina, papel construcción o similar. Se sugiere incluir tablas, gráficas y fotos para hacer atractiva la información. Este cartel podrá luego utilizarlo en su lugar de trabajo.

3. Con la información anterior, elabore un análisis (no más de 10 líneas) que sirva para concienciar al personal de salud sobre la situación de la mujer en el país.

4. Presente su cartel en la sesión presencial y discútalo con el grupo.

NOTAS

B. Acceso a Servicios Básicos de Atención

Durante los últimos años ha cobrado cada vez más importancia el concepto de la maternidad sin riesgo, como medida dirigida a la reducción de la mortalidad materna y de las mujeres en general. Las intervenciones en salud que se han emprendido para alcanzar estos fines han tenido en cuenta cada vez más que es esencial contar con servicios de salud en cantidad suficiente, de buena calidad y en el lugar apropiado para la atención de la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la atención de la maternidad. De acuerdo al perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Guatemala, los servicios básicos que deberían estar disponibles a toda la población son la atención prenatal, del parto y postparto, la planificación familiar, y la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

El sistema de servicios de salud públicos y privados en Guatemala, cubre alrededor de 58% de la población. Las características socioeconómicas de la población que no tiene acceso a servicios de salud, la ubican en situación de alta vulnerabilidad social y económica, y difícilmente podrán acceder a un medio diferente a la red de servicios públicos de salud. Por esta razón se hace cada vez más urgente la transformación del sector salud mejorando la eficiencia e incrementando los recursos asignados al sector para lograr mayor equidad en la atención de la salud en Guatemala.

1. Intervenciones que salvan vidas

Desde que se inició el abordaje de la mortalidad materna como un problema de salud pública, se han implementado diversas estrategias, con distintos grados de impacto:

a) Una de las primeras estrategias fue la capacitación de comadronas o parteras tradicionales para la atención del parto. Este recurso tiene muchas ventajas, por ejemplo: en la comunidad, son las más buscadas por las mujeres, utilizan tecnología apropiada, son de fácil acceso, hablan el mismo idioma de las usuarias, manejan el contexto cultural de las mujeres, etc.; pero también presentan desventajas, como limitadas habilidades técnicas que pueden retrasar el que una mujer acceda a un nivel apropiado de atención. Aunque hoy en día las comadronas desempeñan un papel importante, es necesario reevaluar el papel que juegan en el abordaje de las complicaciones del embarazo y el parto.

NOTAS

b) Otra estrategia desarrollada fue la introducción del control prenatal como una acción enfocada a detectar y prevenir los riesgos que pudiesen ocurrir durante el embarazo. Hoy en día se sabe que el control prenatal tiene tres funciones principales: evaluar y mejorar el estado nutricional, proveer inmunizaciones e implementar la atención prenatal reenfocada, que incluye:

- Educación de la mujer, comadrona y familia para el reconocimiento de las señales de alarma.

- El desarrollo de un plan de atención del parto que permita: identificar al proveedor que atenderá el parto, las acciones que seguirán en caso de señales de alarma, definir cómo se trasladará a la mujer a un centro de atención, quién cuidará a los hijos e hijas mientras la madre no está, etc.

c) La siguiente estrategia implementada consistió en la detección de mujeres en riesgo, basándose en el supuesto —ahora identificado como erróneo—, de que la mayoría de las complicaciones obstétricas que implican riesgo de muerte podían pronosticarse o prevenirse. Sin embargo, las complicaciones durante el parto como la atonía uterina o la preeclampsia no pueden prevenirse. El enfoque actual y que ha probado reducir la mortalidad materna de manera eficaz, es la presencia de un proveedor calificado durante el parto.

NOTAS

2. Atención prenatal

Entre 1987 y 1999 se han dado importantes avances en el porcentaje de mujeres que han recibido atención prenatal por parte de personal médico o de una enfermera (de 34 a 60%). Sin embargo, la brecha entre las mujeres indígenas y sin educación en comparación con las mujeres no indígenas y las que tienen un nivel educativo de secundaria o superior permanece constante. En 1999, la proporción de mujeres indígenas que recibió atención durante el embarazo es de 45.6%, situación que contrasta con el promedio nacional de 60% mencionado anteriormente (ENSMI 98-99).

Existen múltiples factores que provocan la muerte de las mujeres durante el embarazo. Las razones identificadas con mayor frecuencia las describe el "Modelo de las tres Demoras":

- *Demora en la decisión de buscar atención*: influida por la falta de información sobre los problemas y señales de advertencia de complicaciones obstétricas, por los factores sociales como la

aceptación de la mortalidad materna como parte del destino, por la baja categoría asignada a las mujeres y muchas veces la influencia familiar agudiza esta demora.

- *Demora en llegar a un centro de salud*: las mujeres de áreas rurales generalmente no tienen un medio de transporte disponible para trasladarse a un establecimiento de salud y muchas veces ni lo han considerado. Por otra parte, las condiciones de los caminos, muchas veces inexistentes para el paso de un vehículo, representan un obstáculo.

- *Demora en recibir atención*: la falta de equipo, personal médico o de proveedores calificados en los establecimientos de salud, de recursos y financiamiento, y la actitud indiferente del personal, pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte de la embarazada.

La atención prenatal es importante porque proporciona la oportunidad de detectar algunos problemas y enfermedades que podrían afectar la salud de la madre y del recién nacido. Su función principal en la reducción de la mortalidad materna es la de asegurar el desarrollo e implementación de un plan familiar y comunitario para identificar señales de alarma durante el embarazo y el parto, así como el traslado hacia donde se encuentre un proveedor de salud calificado.

3. Atención del parto

Toda mujer embarazada debería considerarse en riesgo potencial durante el trabajo de parto y el parto mismo, ya que la mayoría de las muertes maternas ocurren durante el parto y en los tres días posteriores.

Por tratarse de un procedimiento de intervención fisiológica, podría considerarse que el parto es fácil de atender con una capacitación y práctica básica. Sin embargo, cuando se presentan complicaciones, el acceso a un proveedor calificado es clave para salvar la vida de la mujer y el neonato. Si el proveedor de salud conoce y es consciente de esta situación, hay más probabilidad de que esté preparado para atender las complicaciones sin demora.

Por esta razón, aumentar la cobertura de la atención del parto por personal médico o proveedor calificado es tan importante para reducir la mortalidad materna. Todo proveedor calificado debería tener la capacidad de identificar y atender las complicaciones realizando intervenciones esenciales y si es necesaria la referencia, preparar a la paciente de manera adecuada para su traslado a los niveles apropiados

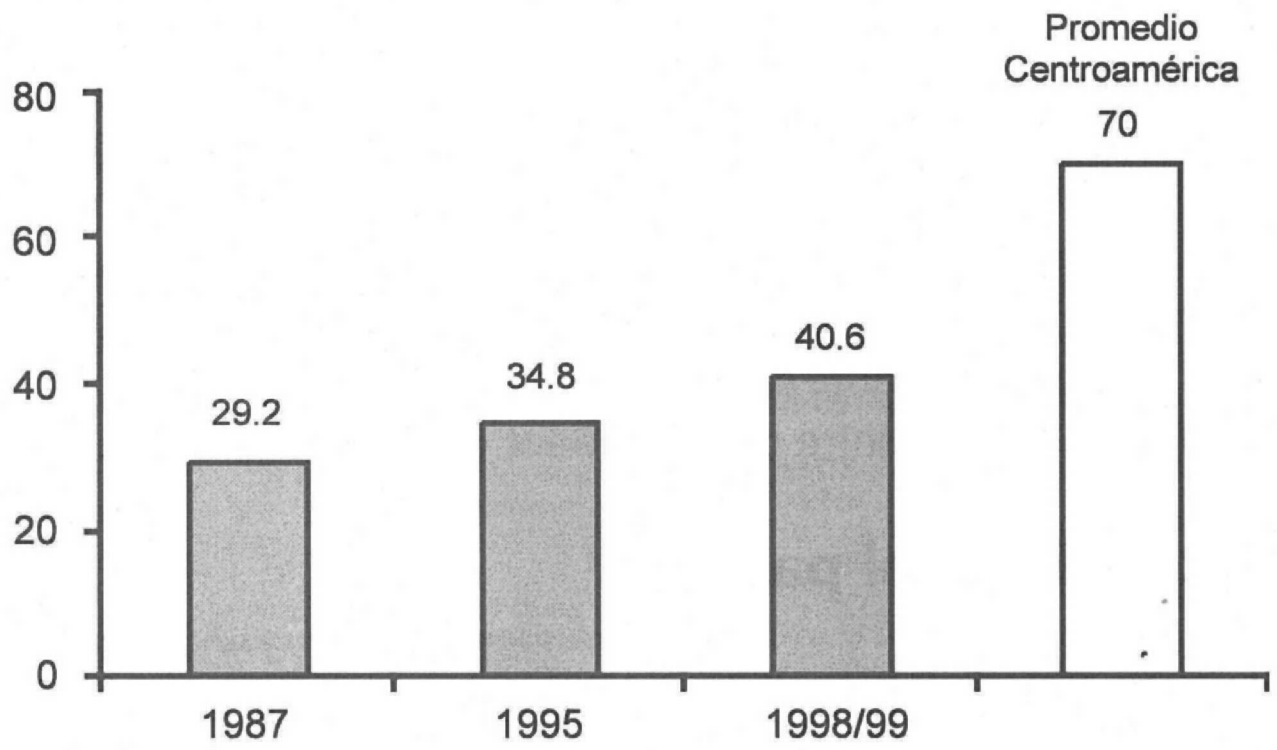
NOTAS

de atención. Idealmente un centro de atención de partos, debería estar en capacidad de realizar intervenciones quirúrgicas de emergencia, además de tener medicamentos disponibles y fácil acceso al banco de sangre.

Entre 1987 y 1998-1999, la cobertura de la atención del parto por parte de personal médico o enfermeras, aumentó relativamente poco, de 29 a 41%, según se muestra en el gráfico 11. En Latinoamérica y el Caribe, el porcentaje promedio de partos atendidos por personal calificado es de 80% y para Centroamérica de 70%, lo cual implica que Guatemala todavía enfrenta grandes retos en este campo.

GRÁFICO 11

PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL MÉDICO O ENFERMERAS



Fuentes: *Encuesta nacional de salud* 1987, 1995, 1998-99. MSPAS/INCAP/INE/UNICEF/USAID/FNUAP.

NOTAS

Experiencias en otros países dan cuenta del impacto que tiene en la mortalidad materna el acceso a personal calificado para la atención del parto. Con la implementación de esta intervención en Sri Lanka, se logró en 1985 una cobertura en la atención del parto de 85% y se redujo la razón de mortalidad materna (RMM) de 1,600 a 95 muertes por cada 100,000 nacidos vivos en el período comprendido entre 1940 y 1985 (gráfico 12). Esto permite concluir que es necesario aumentar no sólo la cobertura sino también las habilidades y competencias de los proveedores de salud para reducir la mortalidad materna.

aceptación de la mortalidad materna como parte del destino, por la baja categoría asignada a las mujeres y muchas veces la influencia familiar agudiza esta demora.

- *Demora en llegar a un centro de salud*: las mujeres de áreas rurales generalmente no tienen un medio de transporte disponible para trasladarse a un establecimiento de salud y muchas veces ni lo han considerado. Por otra parte, las condiciones de los caminos, muchas veces inexistentes para el paso de un vehículo, representan un obstáculo.

- *Demora en recibir atención*: la falta de equipo, personal médico o de proveedores calificados en los establecimientos de salud, de recursos y financiamiento, y la actitud indiferente del personal, pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte de la embarazada.

La atención prenatal es importante porque proporciona la oportunidad de detectar algunos problemas y enfermedades que podrían afectar la salud de la madre y del recién nacido. Su función principal en la reducción de la mortalidad materna es la de asegurar el desarrollo e implementación de un plan familiar y comunitario para identificar señales de alarma durante el embarazo y el parto, así como el traslado hacia donde se encuentre un proveedor de salud calificado.

3. Atención del parto

Toda mujer embarazada debería considerarse en riesgo potencial durante el trabajo de parto y el parto mismo, ya que la mayoría de las muertes maternas ocurren durante el parto y en los tres días posteriores.

Por tratarse de un procedimiento de intervención fisiológica, podría considerarse que el parto es fácil de atender con una capacitación y práctica básica. Sin embargo, cuando se presentan complicaciones, el acceso a un proveedor calificado es clave para salvar la vida de la mujer y el neonato. Si el proveedor de salud conoce y es consciente de esta situación, hay más probabilidad de que esté preparado para atender las complicaciones sin demora.

Por esta razón, aumentar la cobertura de la atención del parto por personal médico o proveedor calificado es tan importante para reducir la mortalidad materna. Todo proveedor calificado debería tener la capacidad de identificar y atender las complicaciones realizando intervenciones esenciales y si es necesaria la referencia, preparar a la paciente de manera adecuada para su traslado a los niveles apropiados

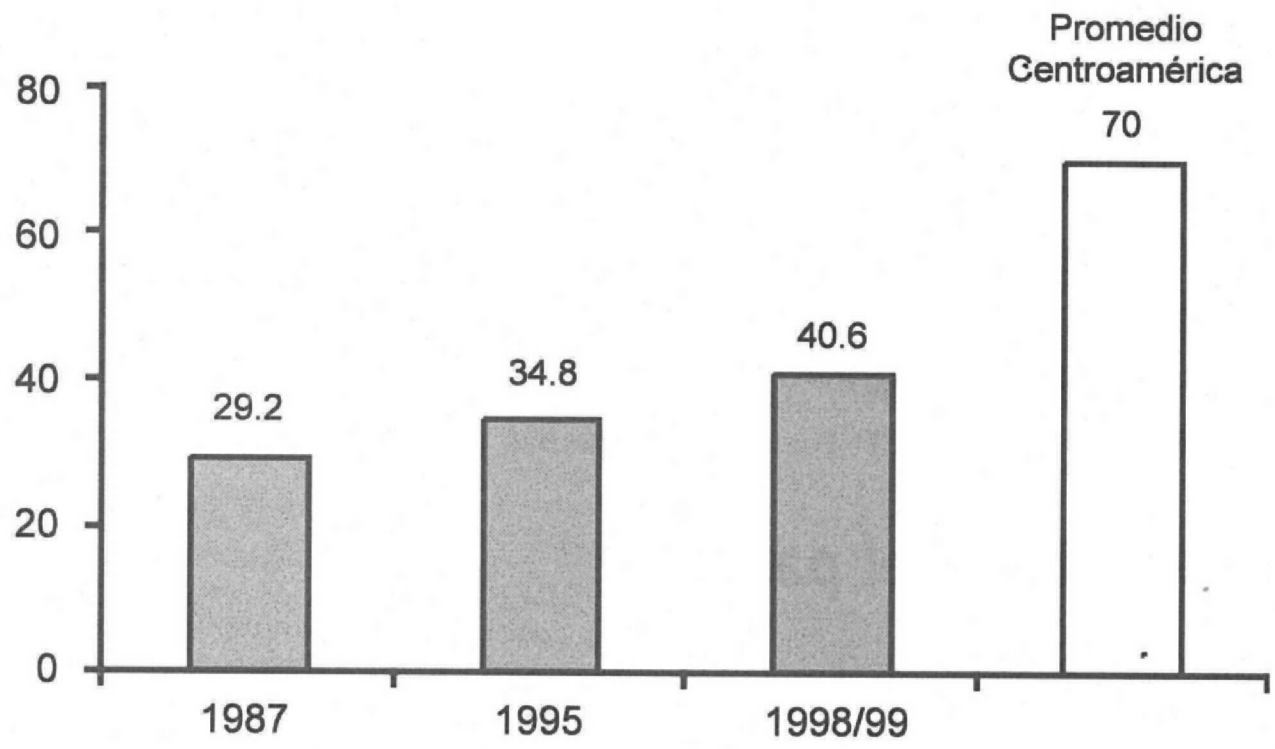
NOTAS

de atención. Idealmente un centro de atención de partos, debería estar en capacidad de realizar intervenciones quirúrgicas de emergencia, además de tener medicamentos disponibles y fácil acceso al banco de sangre.

Entre 1987 y 1998-1999, la cobertura de la atención del parto por parte de personal médico o enfermeras, aumentó relativamente poco, de 29 a 41%, según se muestra en el gráfico 11. En Latinoamérica y el Caribe, el porcentaje promedio de partos atendidos por personal calificado es de 80% y para Centroamérica de 70%, lo cual implica que Guatemala todavía enfrenta grandes retos en este campo.

GRÁFICO 11

PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL MÉDICO O ENFERMERAS

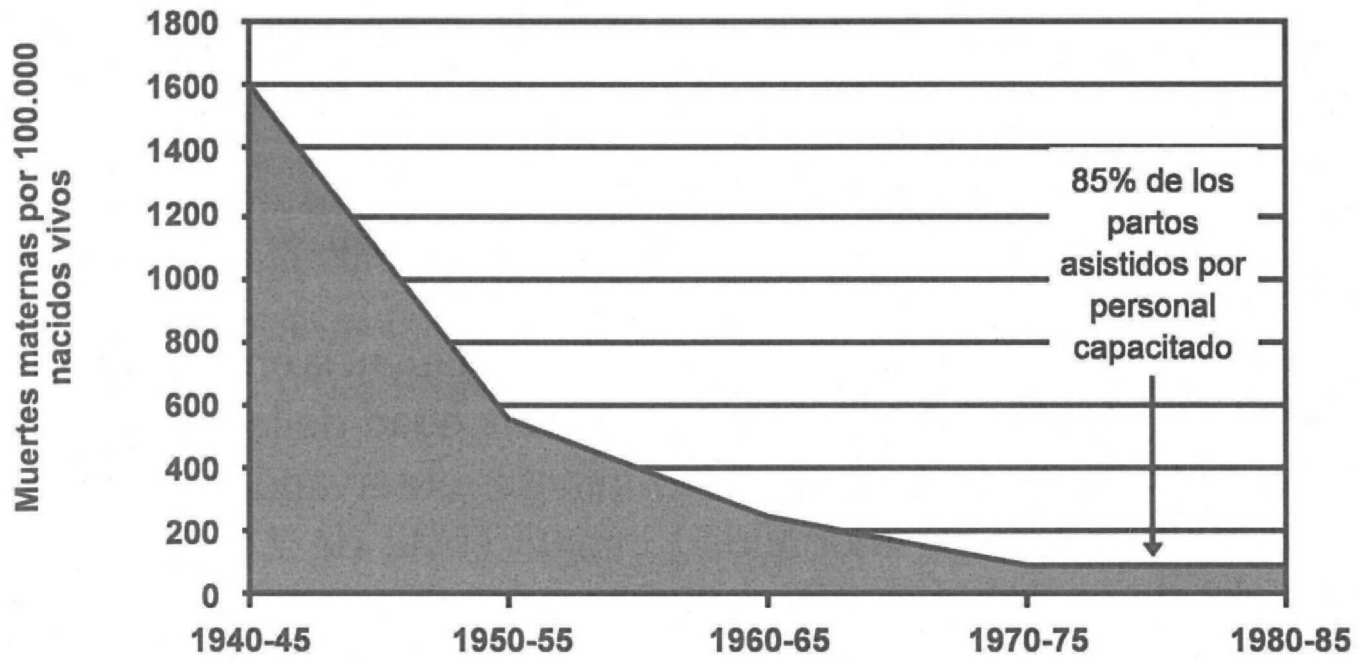


Fuentes: *Encuesta nacional de salud* 1987, 1995, 1998-99. MSPAS/INCAP/INE/UNICEF/USAID/FNUAP.

NOTAS

Experiencias en otros países dan cuenta del impacto que tiene en la mortalidad materna el acceso a personal calificado para la atención del parto. Con la implementación de esta intervención en Sri Lanka, se logró en 1985 una cobertura en la atención del parto de 85% y se redujo la razón de mortalidad materna (RMM) de 1,600 a 95 muertes por cada 100,000 nacidos vivos en el período comprendido entre 1940 y 1985 (gráfico 12). Esto permite concluir que es necesario aumentar no sólo la cobertura sino también las habilidades y competencias de los proveedores de salud para reducir la mortalidad materna.

GRÁFICO 12
REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA
SRI LANKA 1940-1985



Enfoque actual para la reducción de la mortalidad materna

Fuente: Reproline, 2002.

4. Atención postparto

La atención postparto juega un papel importante en la identificación de complicaciones tardías, como procesos infecciosos y hemorragias para su atención inmediata. Estas complicaciones podrían ser prevenidas con una adecuada atención que asegure un parto limpio y completo.

Otro papel fundamental de la atención del postparto es el asesoramiento a la madre sobre la lactancia materna exclusiva, cuidados del recién nacido, detección de signos de peligro, cuidados ginecológicos y obstétricos, información sobre la alimentación adecuada de la madre y el establecimiento del vínculo con los servicios de planificación familiar.

Estos temas se tocarán en detalle en otras Unidades del Diplomado correspondientes a estos tópicos.

5. Servicios de planificación familiar

En la reducción de la mortalidad materna, la planificación familiar juega un papel especial, ya que se han identificado tres condiciones en la mujer que la predisponen a tener una mayor morbilidad y mortalidad materna, estas son:

NOTAS

- Embarazos muy tempranos (antes de los 20 años) o muy tardíos (después de los 35 años).

- Espacio intergenésico (tiempo entre uno y otro embarazo) de menos de dos años, aunque la literatura reciente indica que lo ideal son tres años.

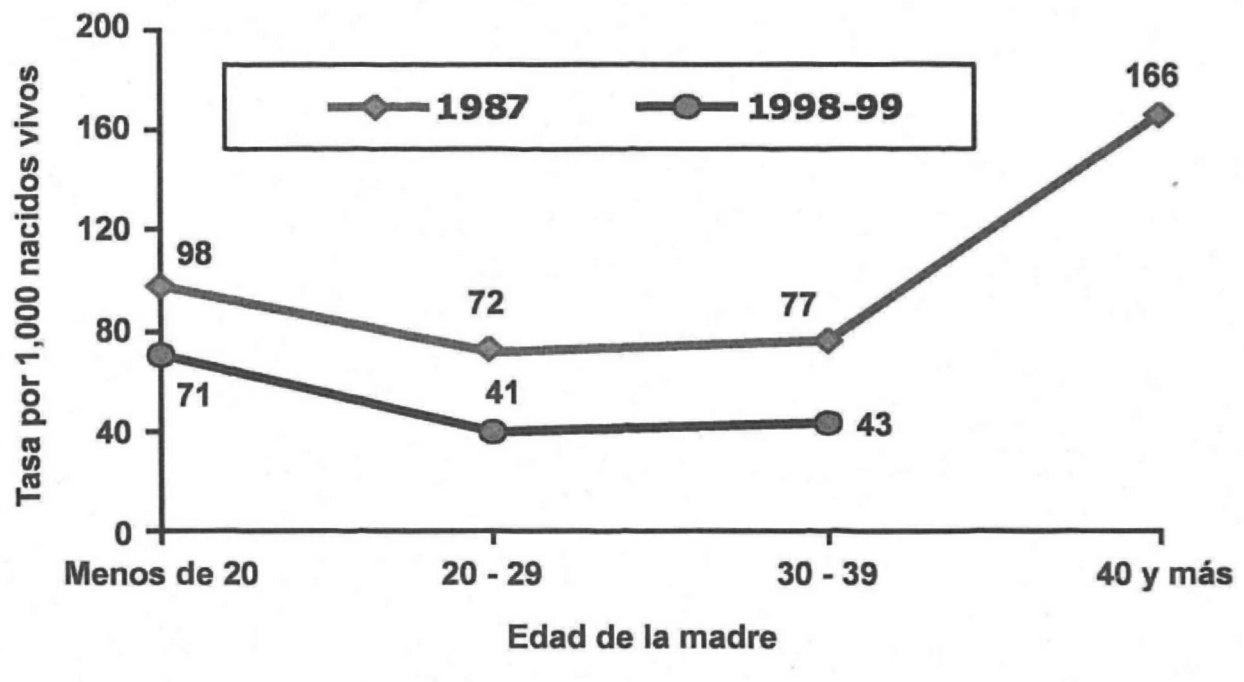
- Número elevado de hijos (por arriba de cuatro).

Estas condiciones ejercen también una fuerte influencia en la mortalidad infantil. En el gráfico 13 se muestra cómo la edad de la madre es un factor importante en la mortalidad infantil, observándose que para 1998-1999 la tasa de mortalidad infantil (TMI) de 71 muertes de menores de un año por cada 1,000 nacidos vivos está asociada con mujeres menores de 20 años, bajando a 41 y 43 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en mujeres entre los 20 y 39 años. La edad de la madre que representa menos riesgo para ella y su niño es entre los 20 y 34 años.

NOTAS

GRÁFICO 13

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN LA EDAD DE LA MADRE



Fuente: *Encuesta nacional de salud materno infantil* 1987, 1998-99. Guatemala: INE/INCAP/MSPAS/USAID/FNUAP/UNICEF.

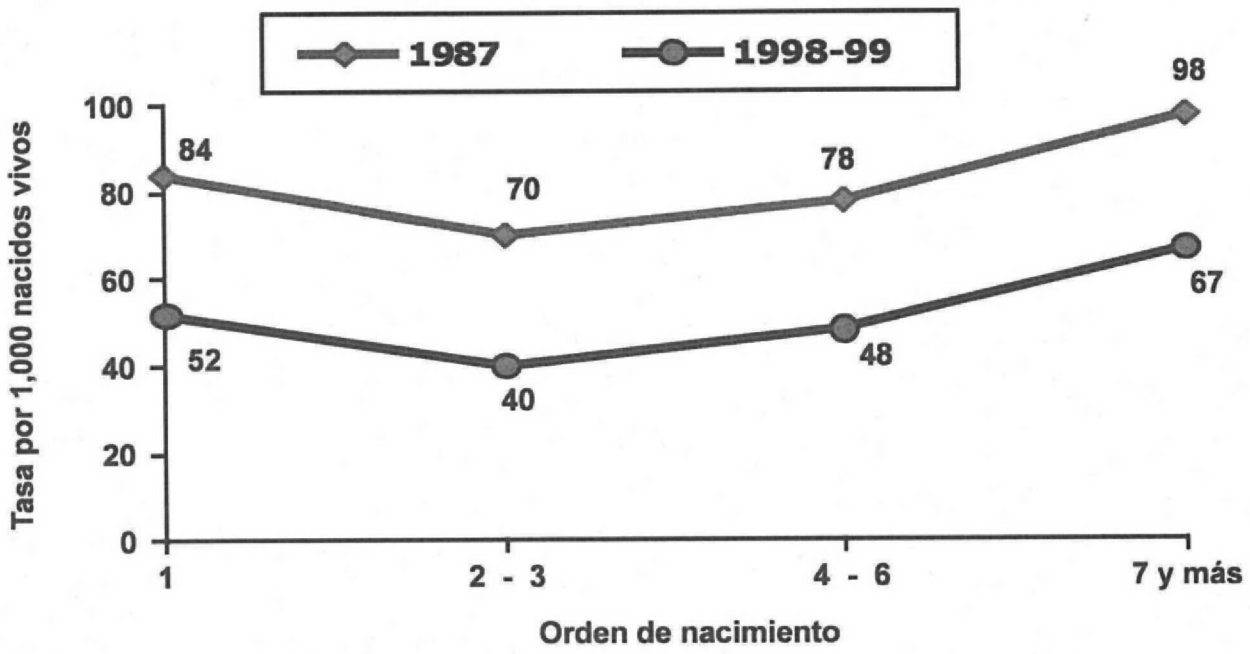
Las causas por las cuales el riesgo de muerte infantil es mayor entre madres muy jóvenes son múltiples. En general las mujeres adolescentes o muy jóvenes están menos preparadas biológica, emocional social y económicamente para enfrentar la maternidad y el cuidado del recién nacido.

Por otro lado, las madres de edad más avanzada, particularmente aquellas que tuvieron su primer embarazo muy jóvenes y que han tenido muchos hijos e hijas, tienen menos aptitud para soportar las tensiones del embarazo, el parto y la lactancia.

Otro de los factores que incrementan el riesgo de mortalidad materna es el número de hijos e hijas que una mujer ha tenido. De acuerdo con las estimaciones de la Encuesta de Salud Materno Infantil, la TMI es más elevada en las familias numerosas, aumenta a partir del cuarto nacimiento y se incrementa aún más con el séptimo (Gráfico 14).

GRÁFICO 14

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN EL ORDEN DEL NACIMIENTO



Fuente: *Encuesta nacional de salud materno infantil* 1987, 1998-99. Guatemala: INE/INCAP/MSPAS/USAID/FNUAP/UNICEF.

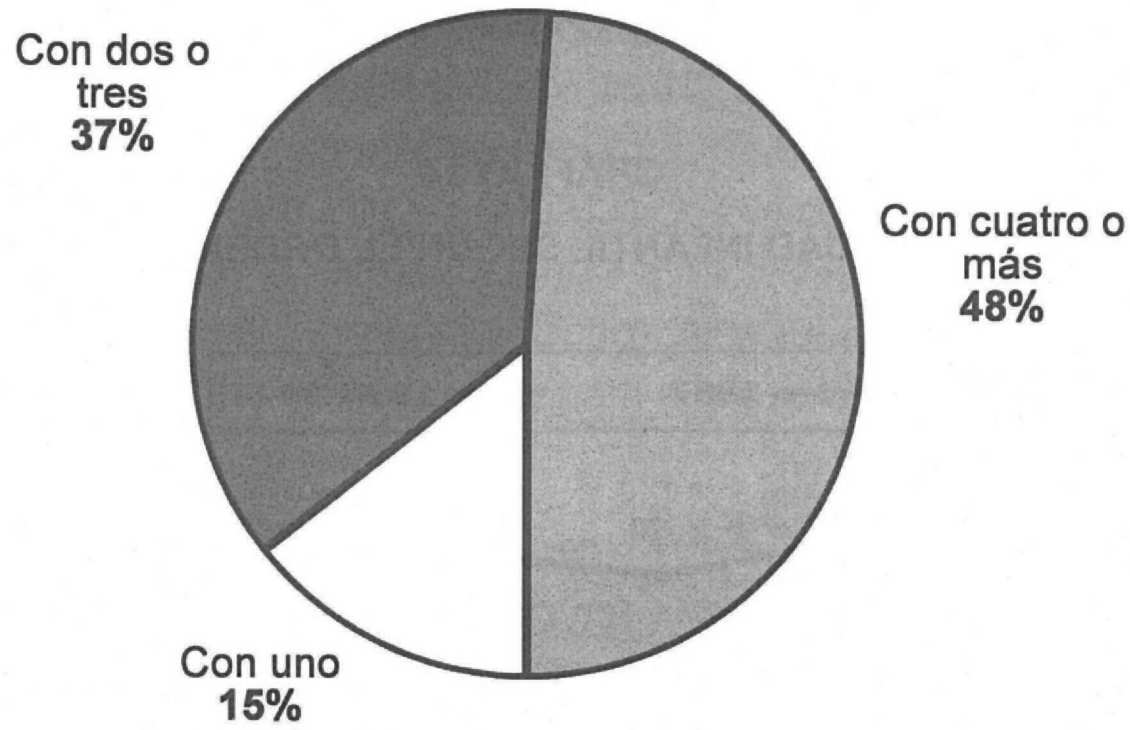
Las mujeres que han tenido muchos hijos e hijas han sufrido un mayor desgaste físico y nutricional y con cada embarazo se exponen a más riesgos de salud. La distribución de madres por número de nacimientos indica que hay un alto porcentaje de niños, niñas y mujeres en Guatemala que tienen alto riesgo de salud. Casi la mitad de los nacimientos ocurre en mujeres que ya han tenido cuatro o más hijos e hijas (gráfico 15).

Los niños que han nacido con menos de dos años de diferencia con respecto a su hermano o hermana corren mayor riesgo de morir. Según las estimaciones de la Encuesta de Salud Materno Infantil para 1998-1999, la TMI es más alta cuando los intervalos son menores de dos años, estimándose en 70 muertes de menores de un año por cada

NOTAS

1,000 nacidos vivos. Esta tasa baja rápidamente casi hasta la mitad cuando entre los embarazos hay intervalos de dos a cuatro años, descendiendo a 39 y hasta 33 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos, respectivamente.

GRÁFICO 15
PORCENTAJE DE MADRES SEGÚN NÚMERO DE NACIMIENTOS
1998-1999



Fuente: *Encuesta nacional de salud* 1998-99.
Guatemala: MSPAS/INCAP/INE/UNICEF/USAID/FNUAP.

Los embarazos muy seguidos constituyen un riesgo universal para la salud de las madres y sus niños y niñas. Los intervalos cortos se relacionan con una mayor probabilidad de que el embarazo resulte en niños y niñas de bajo peso al nacer, los cuales están más expuestos a enfermedades y por consiguiente, es menos probable que sobrevivan. Finalmente, también tienen consecuencias lamentables para la madre, ya que la dejan menos preparada física, emocional y nutricionalmente para un próximo embarazo.

La planificación familiar constituye un medio eficaz y económico para prevenir los embarazos de alto riesgo y muchas de las muertes maternas causadas por estos. Ayuda a la mujer a tener hijos e hijas en las edades de menor riesgo, tanto para la madre como para el niño o niña. El uso de anticonceptivos también brinda protección contra algunas infecciones de transmisión sexual (ITS) y ciertos tipos de cáncer, protege contra trastornos a la salud, tales como la anemia, sangrados y cólicos intensos, y para la mayoría de las mujeres en edad reproductiva, los beneficios de la planificación familiar son mayores que los riesgos asociados y los efectos secundarios.

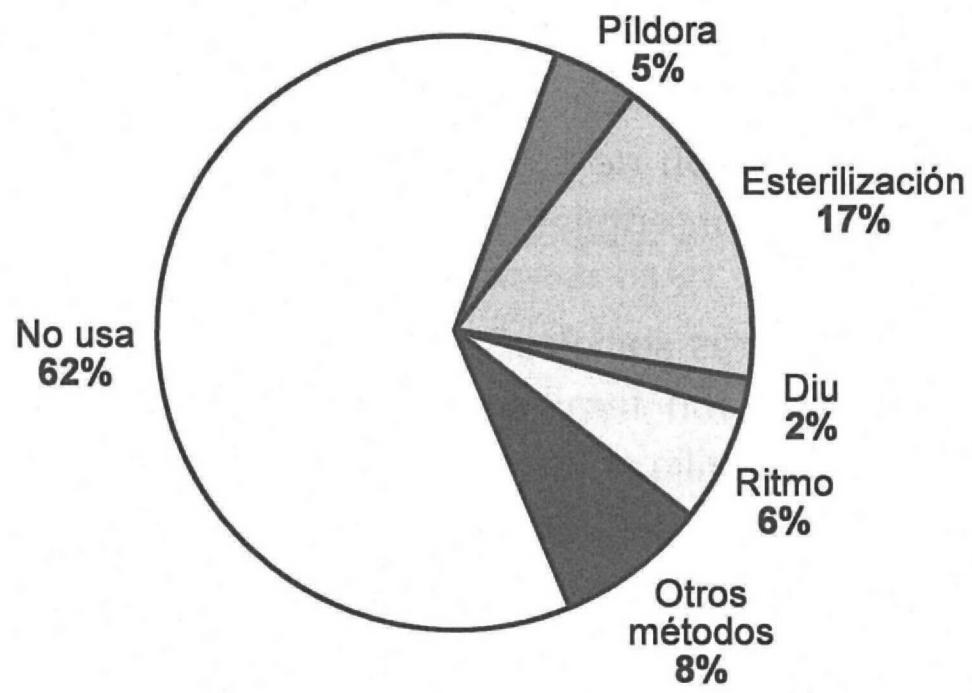
NOTAS

La práctica de la planificación familiar permite a las parejas posponer el primer nacimiento, espaciar los embarazos de manera adecuada y evitar aquellos de alto riesgo, así como lograr el tamaño de familia deseado.

En Guatemala muchas mujeres en edad reproductiva desean y necesitan tener acceso a la planificación familiar para espaciar sus embarazos o limitar el tamaño de su familia al número deseado. El porcentaje actual de uso de métodos es superior al observado hace doce años, aumentando de 23 a 38% entre 1987 y 1998-1999. Este aumento en la práctica de la planificación familiar refleja también una marcada preferencia por parte de las mujeres hacia los métodos modernos, entre los que se encuentran los anticonceptivos orales e inyectables, el dispositivo intrauterino (DIU) y la esterilización quirúrgica voluntaria (gráfico 16).

GRÁFICO 16

USO DE MÉTODOS ENTRE MUJERES UNIDAS EN EDAD REPRODUCTIVA



Fuentes: *Encuesta nacional de salud* 1987, 1995, 1998-99.
Guatemala: MSPAS/INCAP/INE/UNICEF/USAID/FNUAP.

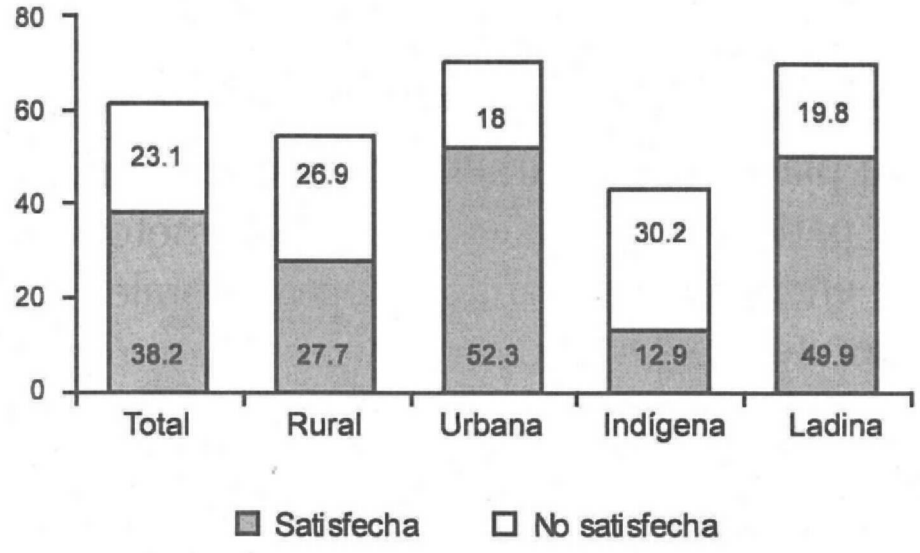
No obstante este aumento, todavía no se logra satisfacer las necesidades en materia de anticoncepción. Se estima que 60% de las mujeres en unión y en edad reproductiva desea posponer su próximo embarazo o dejar de tener más hijos. Sin embargo, de éstas sólo 38% está usando un método de planificación familiar, indicando que existe una alta demanda insatisfecha y que casi la mitad de las mujeres que desean hacerlo no pueden por razones diversas como no tener acceso a estos servicios, desconocer los diferentes métodos, mitos y tabúes en relación con los anticonceptivos, falta de apoyo de la pareja, entre

NOTAS

otros. El indicador de demanda insatisfecha se incrementa para las mujeres indígenas y las que viven en el área rural, según se presenta en el gráfico 17.

GRÁFICO 17

DEMANDA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL



Fuentes: *Encuesta nacional de salud* 1998-99.
Guatemala: MSPAS/INCAP/INE/UNICEF/USAID/FNUAP.

NOTAS

El uso de métodos de planificación familiar en Guatemala es aún bajo en relación con la región de Latinoamérica y El Caribe, donde son pocos los países con porcentajes de uso de métodos inferiores a 50%.

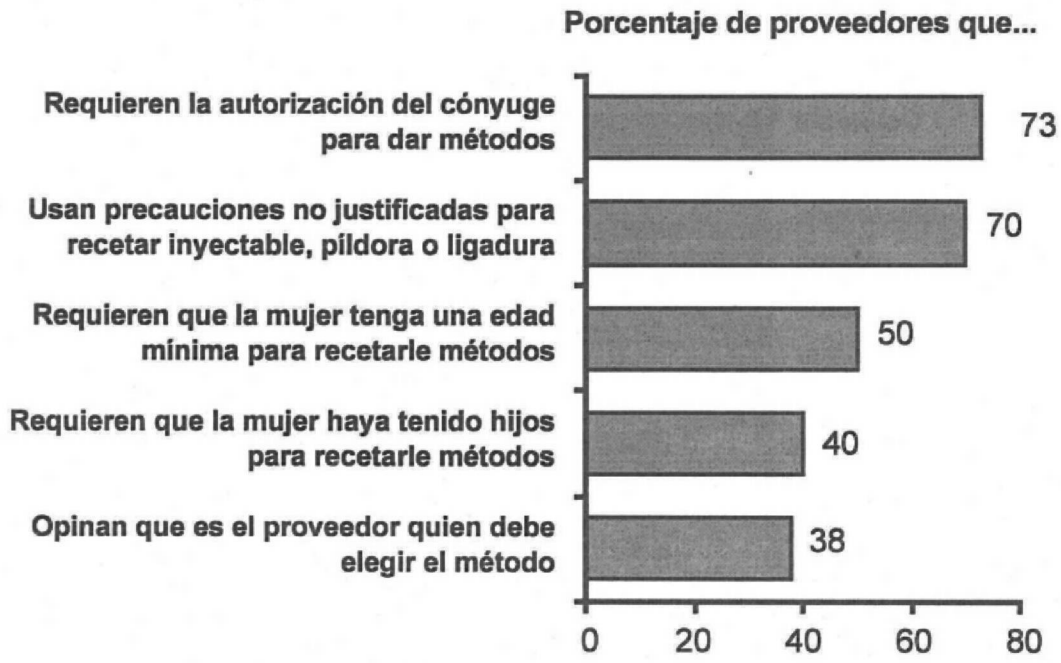
Además de las barreras sociales, económicas y geográficas para el acceso a la planificación familiar en Guatemala, las personas que desean planificar su familia enfrentan barreras en los servicios de salud, llamadas barreras médicas e institucionales a la planificación familiar. Se entienden como barreras médicas e institucionales los procedimientos, prácticas y políticas innecesarias basadas, al menos o en parte, en un razonamiento médico o administrativo, y que resultan en un obstáculo para acceder a los servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos. Las barreras son ejercidas no sólo por personal médico, sino también por una amplia variedad de individuos dentro y fuera del marco de la prestación de servicios. Una barrera se forma cuando sin existir una justificación médica, no se entrega un método de planificación familiar a la mujer.

Un estudio realizado en 1999 (MSPAS, POLICY) mostró que muchos proveedores de servicios de salud consideraban necesario que la mujer tuviera una edad mínima o haber tenido cierto número de hijos

para prescribirle métodos de planificación familiar. Algunos desconocían o interpretaban en forma inapropiada las precauciones que deben tenerse en cuenta para recetar, cambiar o suspender algunos métodos. Otros requerían la autorización de la pareja para que la mujer pudiera usar algunos métodos anticonceptivos (gráfico 18).

GRÁFICO 18

BARRERAS MÉDICAS PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN GUATEMALA



Fuente: *Estudio de barreras médicas en institucionales a la planificación familiar.* Guatemala: POLICY, MASPAS, IGSS, APROFAM, USAID, 1999.

Muchas veces estas barreras se originan en conocimientos erróneos sobre los riesgos y beneficios de la planificación familiar. Sin embargo, muchas de estas prácticas y actitudes que constituyen barreras se están superando mediante procesos de capacitación y actualización científica en metodología anticonceptiva. También se están actualizando las normas de atención, los contenidos técnicos y eliminando ciertos requisitos que están obsoletos y no presentan una justificación médica, por ejemplo, la autorización del cónyuge.

6. Prevención y atención del VIH/SIDA

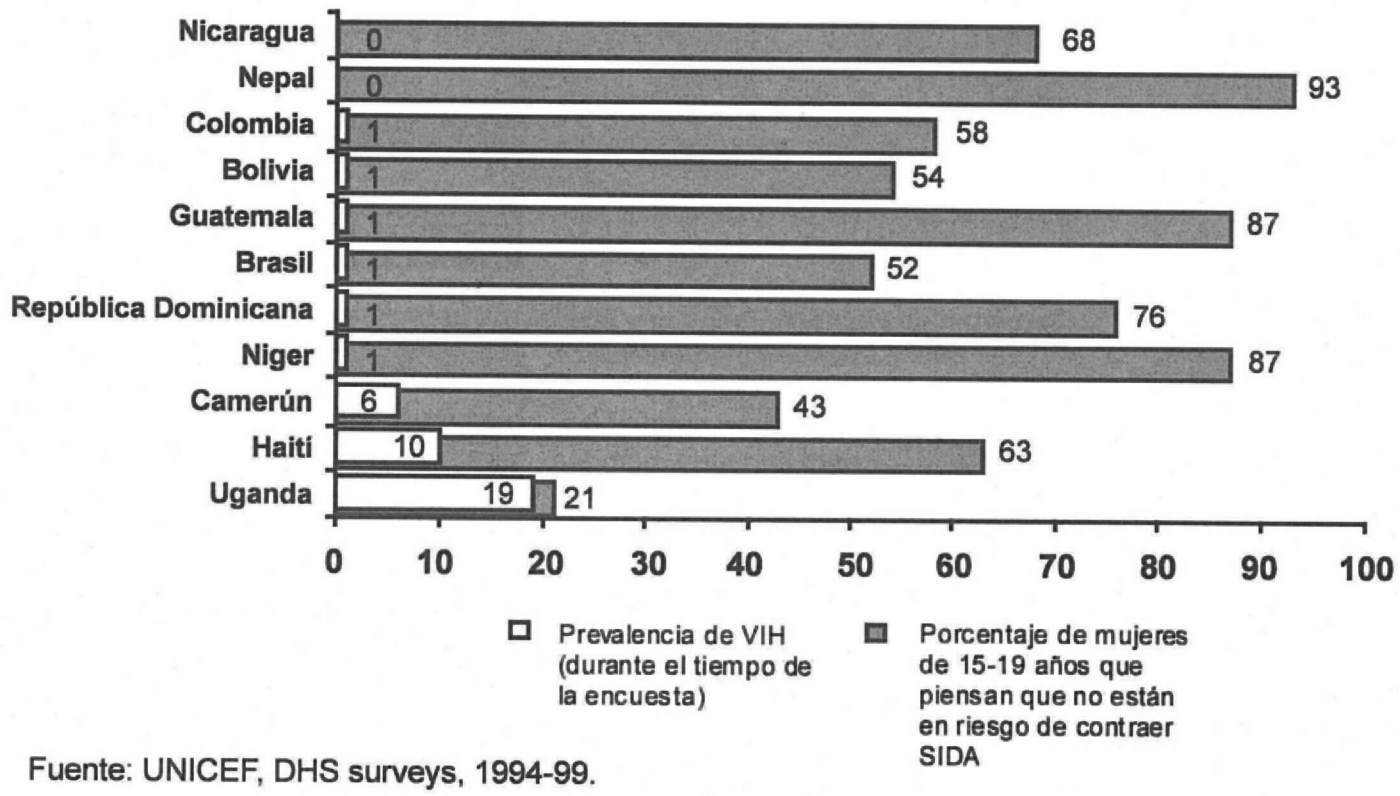
La vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA es alta, esto se debe principalmente a factores de tipo social y cultural. Las mujeres jóvenes son más vulnerables debido a su condición de dependencia social y económica. Pero en general, las mujeres se ven afectadas por la cultura del machismo que alienta al hombre a tener múltiples parejas, ser agresivos, rehusar el uso del condón, las expectativas de sumisión por parte de la mujer y la consiguiente dominación del hombre.

NOTAS

Un estudio realizado entre jóvenes sexualmente activas de 15 a 19 años mostró que en Guatemala 87% de ellas piensa que no está en riesgo de contraer el SIDA (gráfico 19). Cuando por el contrario las observaciones internacionales para países como Guatemala y con características similares indican que la epidemia se está "feminizando" y afectando en mayor medida a las poblaciones jóvenes.

GRÁFICO 19

PORCENTAJE DE MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS (15-19) AÑOS QUE PERCIBEN NO ESTAR EN RIESGO DE CONTRAER SIDA



Fuente: UNICEF, DHS surveys, 1994-99.

Estudios de vigilancia epidemiológica entre poblaciones con comportamiento que conllevan un riesgo mayor de infectar o ser infectado por ITS/VIH/SIDA, como son las trabajadoras comerciales del sexo, los hombres que tienen sexo con hombres y los hombres que tienen sexo tanto con hombres como con mujeres, indican que la relación de casos de SIDA hombre/mujer estimado para 1986 (6.5 hombres por 1 mujer) ha variado y para 1998-2000 se estima en una relación de dos hombres por cada mujer (Programa Nacional de SIDA/ MSPAS). Es preocupante la velocidad en que la epidemia se está propagando en las mujeres, atribuida a su alta vulnerabilidad social.

La principal vía de infección por el VIH para la mujer son las relaciones sexuales, 90% de las mujeres infectadas han contraído el virus por relaciones heterosexuales y en la mayoría de los casos, estas mujeres tenían relaciones sexuales solo con su esposo o pareja estable. Estas estadísticas permiten concluir que gran parte de las infecciones en mujeres son resultado directo del comportamiento de la pareja. La falta de poder de negociación con la pareja para utilizar un condón durante la relación sexual es un factor de género determinante que trae severas consecuencias para la vida de las mujeres.

NOTAS

7. Prevención y atención del aborto

En América Latina más de 12.6 millones de mujeres están teniendo hijos y un estimado de cuatro millones de mujeres experimentan un aborto inducido (Family Planning Perspective, 1995). La situación del aborto en Guatemala no es diferente, más de 10% de los ingresos a salas de Ginecología y Obstetricia son por complicaciones de aborto (MSPAS, año?) y como se indicó anteriormente, las complicaciones del aborto son la segunda causa de muerte (24%) después de las hemorragias (39%).

Otro estudio sobre riesgo reproductivo efectuado por el Ministerio de Salud y Asistencia Social en Guatemala (1995), documentó que el mayor número de casos de aborto se encuentra en mujeres entre los 15 y 24 años de edad y que existe una alta incidencia de repetición de abortos, reportando que de las 586 mujeres entrevistadas, 446 (76%) habían tenido por lo menos un aborto previo a su ingreso.

El aborto representa un problema serio para la salud pública y debe ser atendido como tal, porque muchas mujeres están muriendo por esta causa. El aborto es un indicador clave de la necesidad no satisfecha de planificación familiar, que como se indicó, es de alrededor de 50% entre las mujeres que no desean tener más hijos o desean postergarlos para el futuro. Adicionalmente, se ha demostrado que la educación (que incluya educación en salud sexual y reproductiva) juega un papel importante en la prevención de los miles de abortos que ocurren al año.

Las hemorragias y complicaciones postaborto deben ser atendidas de inmediato, por lo que se hace indispensable que las mujeres que han tenido un aborto —especialmente en condiciones de riesgo— tengan acceso a la atención médica, aún ante la presencia de restricciones de diversa índole.

En la última Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) se reconoció que el aborto es un importante problema de salud pública en el mundo y se exhortó a los gobiernos a reducir los embarazos no deseados y a prevenir los abortos mediante un mayor acceso a los servicios de planificación familiar. Además, se reconoció como una acción de salud pública, que las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas del aborto, independientemente de la condición legal del mismo o de consideraciones morales.

NOTAS

NOTAS

La prevención y atención del aborto en la reducción de la mortalidad materna, requiere que las instituciones y los proveedores de la atención en salud lo perciban como un problema de salud pública y comprendan que viene acompañado de una multiplicidad de causas, pero principalmente relacionadas con la equidad de género, la violencia contra la mujer y el acceso a los servicios de planificación familiar. Las mujeres que han sido abusadas sexualmente, forzadas por su pareja a tener una relación sexual durante su período fértil aún conociendo el riesgo de embarazo, las que no desean tener hijos o hijas o quieren postergarlos pero no tienen información y acceso a la planificación familiar, las que consideran que no podrían enfrentar un nuevo embarazo por razones económicas, sociales o de abandono de la pareja, las que no pueden o no tienen valor para decir a su pareja o la familia que no desean otro embarazo o son rechazadas cuando lo hacen, las que conocen que serán cargadas de culpa por su pareja o la familia en caso de un nuevo embarazo, o las muy jóvenes con poca experiencia pero principalmente carentes de información sobre sexualidad humana y salud reproductiva, son las que en su mayoría cumplen el perfil potencial para experimentar un aborto. A ellas se suman las mujeres que por razones de salud no pueden enfrentar un próximo embarazo.

La atención postaborto (Greenslade, et al, 1994) debería incluir:

- Servicios de tratamiento de urgencia para complicaciones del aborto espontáneo o del aborto realizado en condiciones de riesgo, con calidad, lo que incluye respeto, consideración y empatía.

- Consejería y servicios de planificación familiar postaborto y servicios para prevenir embarazos no deseados.

- Vínculos entre los servicios de tratamiento de urgencia del aborto y la atención integral de la salud reproductiva.

8. Prevención y atención de la violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer o violencia basada en género (VBG), es la forma más difundida de abuso de los derechos humanos en todo el mundo. Una de cada tres mujeres en el planeta es víctima de violencia doméstica, es forzada a tener relaciones sexuales o sufre abuso psicológico durante su vida.

Guatemala tiene pocas estadísticas sobre cómo afecta este tipo de violencia a las niñas y mujeres en edad reproductiva. En 1993, en un estudio de vigilancia epidemiológica en la región metropolitana de Guatemala que tenía como objetivo identificar la causa de muerte ocurrida en mujeres entre los 10 y 49 años, se encontró que la segunda causa era la relacionada a daño o violencia (12%). Además, se observó que los grupos etarios más afectados fueron las adolescentes (15 a 19 años) y las mujeres de 40 a 49 años. Este estudio solamente identificó muertes en mujeres en edad reproductiva, y evidenció que la violencia contra la mujer es un problema serio.

La violencia basada en género abarca el infanticidio femenino, el incesto, la violación, el acoso sexual, el abuso y prostitución de menores; pero también algunas otras prácticas que en Guatemala son muy comunes, como es el matrimonio forzado a edad temprana y el embarazo en adolescentes. Este último se incluye dado que recientemente se ha discutido cómo la falta de información y acceso a servicios de planificación familiar, constituyen un alto riesgo para los adolescentes.

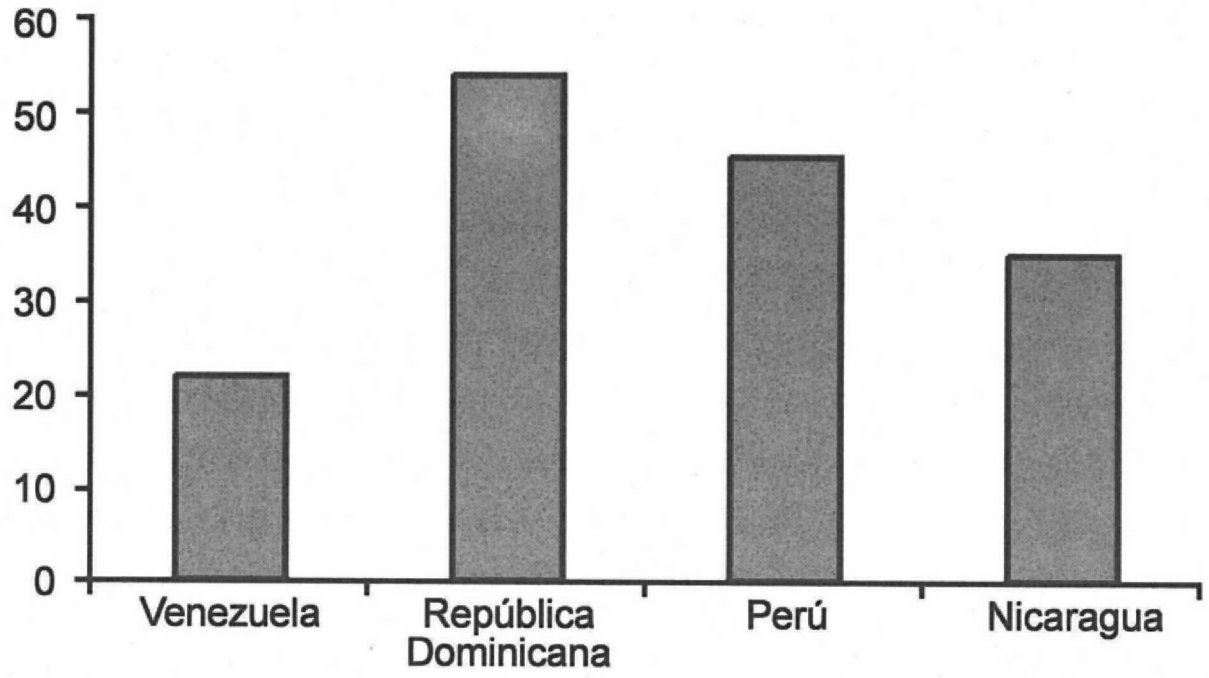
La violencia basada en género tiene repercusiones adversas e irreversibles para la salud reproductiva de las mujeres, por ejemplo: el embarazo no deseado, complicaciones durante el embarazo, el aborto espontáneo, aborto en condiciones de riesgo, ITS/VIH y muerte materna. A esto hay que agregar otros problemas psicológicos y de salud, por ejemplo: baja autoestima, disfunción sexual, dolor crónico, discapacidad, abuso de drogas, depresión y suicidio. Entre los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia hay mayor probabilidades de bajo peso al nacer en el recién nacido o la recién nacida, desnutrición, problemas de comportamiento y una mayor tasa de mortalidad.

La violencia se presenta como una complicación del embarazo más frecuente que la hipertensión, la diabetes o cualquier otra complicación seria (gráfico 20). La violencia durante el embarazo es un ataque dirigido que pone en peligro dos vidas. Se ha documentado que mientras que en la violencia doméstica los ataques están dirigidos hacia la cabeza y extremidades, durante el período prenatal la agresión se da más frecuentemente dirigida hacia el pecho, el abdomen y los genitales. Adicionalmente, se reporta que la violencia durante el embarazo llega a ser cuatro veces más probable si el mismo era imprevisto o no deseado.

NOTAS

GRÁFICO 20

INCIDENCIA DE VIOLENCIA EN CONTRA DE MUJERES ESTANDO EMBARAZADAS



Fuente: Boletín IPPF/RHO "Basta", 2001.

NOTAS

La violencia hacia las mujeres ha sido manejada tradicionalmente como un asunto privado y por lo tanto ignorada por los tomadores de decisión y quienes aplican las leyes. Guatemala ha firmado la Declaración de Naciones Unidas (1993) sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, así como la Convención de Belem do Para, sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. En el ámbito del país, Guatemala cuenta con la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar (Decreto 97-96 del Congreso de la República); sin embargo, es poco lo que en materia de protección y prevención se hace para evitar que las mujeres sigan siendo maltratadas.

Para afrontar el tema de la violencia basada en género, debe primero que nada establecerse que la violencia, ya sea en privado o público es un delito, que debe perseguirse como cualquier otro y aplicar la ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar. Adicionalmente, se debe trabajar con las mujeres y los hombres para que cambien la creencia de que la violencia es un hecho natural y que no puede evitarse. Es necesario elevar la autoestima de las mujeres y proveerles de recursos (psicológicos, informativos y técnicos) para aumentar su poder de decisión y que demanden el derecho a vivir sin violencia.

Finalmente, pero no menos importante, es necesario que los proveedores del sistema de salud cumplan su papel de manera integral: atender con empatía y consideración cada caso que reciban y documentar adecuadamente en los registros médicos los diagnósticos y los signos de violencia, para que el mismo pueda servir a la mujer de prueba para la denuncia respectiva.

NOTAS

EJERCICIO INTRATEXTO 2

1. Realice una investigación en la institución de salud en la que labora o en alguna institución cercana comparando las prácticas reales de la institución, respecto a atención en salud de la mujer con las recomendaciones estudiadas en este capítulo.

2. De acuerdo a los resultados de la investigación elabore las recomendaciones pertinentes para mejorar la calidad de la atención a la mujer.

3. Discuta los hallazgos en la sesión presencial.

Tema	Principales intervenciones recomendadas en la unidad	Prácticas reales
Atención prenatal, del parto y postparto		
Servicio de planificación familiar		
Prevención de las ITS/VIH/SIDA		
Prevención y atención del aborto		
Prevención y atención de la violencia contra la mujer		

C. ESTRATEGIAS Y ACCIONES PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA

Las intervenciones en salud que se han emprendido para reducir la morbilidad y mortalidad maternas deben ir mucho más allá de la atención de la salud en los establecimientos de salud. La morbilidad femenina en general y las complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto no tienen un origen único de carácter biológico. La violencia física y psicológica a la que son sometidas muchas mujeres, la desnutrición y la falta de acceso a los servicios básicos, tienen sus raíces más fuertes en la iniquidad de género, ciertas prácticas culturales, la condición social y el poco poder económico de las mujeres y sus familias. De manera que la respuesta a esta problemática debe ser integral y abordar además de las causas biológicas, otras relacionadas con las condiciones de vida.

El desarrollo de los recursos humanos, la asignación presupuestaria, la extensión de cobertura, la igualdad y la equidad entre los sexos y la satisfacción de las necesidades básicas y de salud de la población, en particular la salud sexual y reproductiva, son indispensables para movilizar un apoyo sostenido individual, familiar, social e institucional para la reducción de la mortalidad materna. En este sentido, las estrategias intersectoriales más urgentes en Guatemala para reducir la morbilidad y mortalidad materna y en general de las mujeres, se abordan a continuación.

NOTAS

1. Atención en salud

El Código de Salud en su Artículo 41 reafirma la obligación del Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de desarrollar acciones tendientes a promover la salud de la mujer, la niñez y el grupo familiar con un enfoque integral, incluyendo aspectos de la salud reproductiva. Sobre esta base legal y el conocimiento de las principales causas biológicas de mortalidad materna se plantea el conjunto de servicios básicos para una maternidad sin riesgo.

- Cuidado prenatal y asesoría durante el embarazo para educar a las familias y las mujeres sobre cómo mantenerse saludables, cómo prepararse para el parto, y para prevenir, identificar y tratar los problemas existentes de manera oportuna.

- Atención calificada durante el parto y postparto, a cargo de personas en capacidad de atender un parto normal, detectar y tratar complicaciones en forma oportuna, y para referir o trasladar a la mujer a unidades de salud de más alto nivel cuando sea necesario.

- Atención neonatal esencial basada en la evidencia científica y en el desarrollo de competencias en el personal de salud, para aumentar las probabilidades de sobrevivencia del neonato y evitar que la mujer acorte el período intergenésico recomendado y tenga un nuevo embarazo ante la muerte prematura de su hijo o hija.

- Abordar las complicaciones por aborto como un problema de salud pública y prestar atención calificada a los casos de complicaciones por aborto inducido por las propias mujeres o que se efectúan en malas condiciones.

- Planificación familiar antes y después del embarazo, incluyendo información, consejería y disponibilidad de métodos anticonceptivos adecuados para todas las personas y parejas, incluyendo adolescentes y mujeres solteras, como medio para prevenir los embarazos a edades tempranas, garantizar el derecho de las personas a tener el número de hijos e hijas deseados y contribuir a reducir el número de abortos mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia que prevengan embarazos no deseados.

- Servicios y educación en salud sexual y reproductiva durante todo el ciclo reproductivo y desde la adolescencia para ayudar a las personas y parejas a tomar decisiones apropiadas y satisfacer sus necesidades en todos los aspectos relativos a la sexualidad, reproducción y anticoncepción.

- Servicios de información y consejería para promover las responsabilidades y participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva. Alentar a los hombres a que se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo, ejerciendo una paternidad responsable, previniendo las ITS/VIH/SIDA y contribuyendo al ingreso familiar y al bienestar de los niños y niñas.

NOTAS

NOTAS

2. Desarrollo social y económico con equidad

El derecho al desarrollo integral está garantizado por la Constitución Política de la República en su Artículo 3. Toda persona en condiciones de igualdad tiene derecho a participar en la creación de los medios y recibir los beneficios del desarrollo, y el Estado está obligado a desarrollar políticas y programas que garanticen ese acceso al desarrollo. Sobre esta base legal y el conocimiento de las principales causas psicosociales que agudizan y son causa indirecta de la mortalidad materna, se plantea lo siguiente:

- Promover las condiciones de equidad entre hombres y mujeres es fundamental para mejorar las condiciones y empoderamiento de la mujer. El tomar la decisión para acudir a un centro de salud ante una emergencia obstétrica no puede esperar al hombre, tampoco la decisión de protegerse para evitar el contagio con ITS/ VIH/ SIDA. La sensibilización a mujeres y hombres debe incluir aspectos de sexualidad humana, derechos humanos, participación ciudadana, equidad y participación de la mujer, así como la dinámica con su ambiente, su vida social, política y económica, para que su vida sexual, familiar y social pueda realizarse de forma libre, responsable y de manera satisfactoria.

- Asegurar que todas las mujeres reciban la educación necesaria para desarrollar su autonomía, satisfacer sus necesidades humanas básicas, ejercer y exigir sus derechos humanos. Además la educación amplía las posibilidades de las personas para vivir con mayor plenitud y les dota de conocimientos, destrezas y habilidades generales para aumentar sus dotes productivas, lo que deriva en resultados favorables en el ámbito personal, social y económico.

- Asegurar que la población en general, tenga mayor acceso a la educación como medio básico para generar un ingreso, disminuir las desigualdades y superar la pobreza. Aunque la educación no asegura un ingreso, sí es un elemento necesario para acceder a más y mejores oportunidades de trabajo.

3. Políticas, planes y programas nacionales

La Constitución Política de la República de Guatemala garantiza la protección de la maternidad y velará en forma especial por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella se derivan (Artículo 52). También establece en sus Artículos 93, 94 y 95, que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna; que el Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes y desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes, a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social a todos los habitantes.

El Código de Salud, Decreto 90-97, en sus Artículos 4, 6 y 17 ratifica:

a) la obligación del Estado de velar por la salud de los habitantes, manteniendo los principios de equidad, solidaridad y subsidiaridad;

b) que todos los habitantes tienen derecho a ser informados sobre la salud, la enfermedad y los servicios a los cuales tienen derecho;

c) el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene como función ejercer la rectoría, formular políticas nacionales y dictar las medidas que tiendan a preservar y proteger la salud de los habitantes, y a procurar a la población la satisfacción de sus necesidades en salud.

Sobre esta base legal, el reconocimiento de que la mortalidad materna es resultado de procesos biológicos, sociales y culturales, pero que el acceso a los servicios de salud juega un papel fundamental, se plantea como urgente lo siguiente:

- Institucionalizar el Programa Nacional de Salud Reproductiva realizando todos los procedimientos legales requeridos para asegurar su permanencia y sostenibilidad programática y financiera.

- Fortalecer el recurso humano, asegurar los recursos financieros, involucrar a mujeres y hombres como principales beneficiarios de los programas, en el diseño de los mismos y establecer un sistema de información completo y actualizado que permita conocer el impacto de las acciones realizadas.

NOTAS

- Integrar a las familias y comunidades como parte activa de la atención en salud, participando en el diseño e implementación de programas y en la logística de la resolución de las emergencias obstétricas.

- Asegurar la provisión del conjunto de servicios básicos para una maternidad sin riesgo a través del Programa de Extensión de Cobertura que impulsa la Reforma del Sector Salud.

- Garantizar la implementación de la Ley de Desarrollo Social, principalmente lo referido a los ejes de salud, educación y reducción de la pobreza, que busca proteger la maternidad y asegurar una calidad de vida mejor para las mujeres y sus familias a través de la esfera de la salud reproductiva.

- Abogar por la aprobación de la Política de Desarrollo Social y Población que operacionaliza las obligaciones del Estado contenidas en la Ley de Desarrollo Social en el ámbito de salud y otros sectores de desarrollo, a fin de asegurar entre otras cosas, la asignación presupuestaria en los diferentes Ministerios que garanticen la implementación de la Estrategia Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna.

NOTAS

- Garantizar la toma de decisiones políticas y operativas sobre información veraz, oportuna y actualizada, considerando como eje principal las necesidades del cliente, especialmente en relación con los programas de salud reproductiva, y procurando servicios más eficientes y efectivos.

- Incorporar plenamente a las mujeres en el proceso de formulación de políticas en todos los aspectos de la vida comunitaria, social, económica, política y cultural, como formuladoras activas de las decisiones y como participantes y beneficiarias activas para que las políticas, planes y programas tengan una visión compartida de género.

- Elaborar un plan nacional para la reducción de la mortalidad materna que integre a todos los sectores del Estado y de la sociedad civil en los diferentes niveles: local, regional y nacional, a fin de lograr reducir la mortalidad materna a partir de la integración de esfuerzos y recursos.

EJERCICIO INTRATEXTO 3

Adjunto a esta unidad se le entregó un ejemplar de la Ley de Desarrollo Social de Guatemala que le servirá de base para completar este ejercicio en el cuadro que aparece en la página siguiente.

1. Identifique y lea los artículos de Ley que se le indican en la primera columna.

2. En la segunda columna escriba cómo interpreta usted este artículo de acuerdo con su experiencia.

3. En la tercera columna escriba cuál cree usted que sería el impacto del cumplimiento de este artículo de Ley en la reducción de la mortalidad materna e infantil.

4. Discuta el resultado de este análisis en la sesión presencial.

NOTAS

Artículos	Interpretación	Impacto de su cumplimiento en la reducción de la mortalidad materna e infantil
1 Capítulo I		
2 Capítulo I		
3 Capítulo II		
4 Capítulo II		

Artículos	Interpretación	Impacto de su cumplimiento en la reducción de la mortalidad materna e infantil
5 Capítulo II		
6 Capítulo II		
25, Sección II Capítulo V		
26, Sección II Capítulo V		

En este punto le recomendamos que regrese a los objetivos de aprendizaje y los vuelva a leer detenidamente…
¿Cree que los alcanzó?

Este análisis le permitirá autoevaluarse y definir si hay temas que debe volver a repasar. Si considera que alcanzó los objetivos propuestos, usted está listo para resolver su hoja de autoevaluación.

NOTAS

IV. HOJA DE EVALUACIÓN

Instrucciones

Para obtener los créditos correspondientes a esta unidad, usted debe asistir a la sesión presencial de ésta de acuerdo al calendario y entregar la hoja de respuestas ese día.

Recuerde que la autoevaluación es un ejercicio para que usted refuerce su aprendizaje. Por lo tanto, lea cuidadosamente cada una de las preguntas sin marcar las respuestas. Si usted no conoce las respuestas en varias de ellas, regrese nuevamente a estudiar la unidad. Si no es éste su caso, siga adelante.

Sección A

Consta de 10 preguntas de selección múltiple. Solamente hay una respuesta correcta para cada pregunta. Marque la literal correspondiente en la hoja de respuestas. (5 puntos cada una).

1. ¿Qué porcentaje total de la población guatemalteca está representado por mujeres?

   a) 49.5%
   b) 52.5%
   c) 39.9%
   d) 60.0%
   e) 40.0%

2. La variable que mejor refleja las brechas existentes entre hombres y mujeres, población rural y urbana, y entre población ladina e indígena es:

   a) Económica
   b) Religiosa
   c) Educativa
   d) Moral
   e) Ninguna de las anteriores

3. Para 1999, la participación de la mujer en la población total económicamente activa, según el INE fue de:

   a) 35.2%
   b) 29.0%
   c) 18.0%
   d) 60.9%
   e) 51.0%

NOTAS

4. La Tasa Global de Fecundidad (TGF) para las mujeres guatemaltecas, en 10 años, ha disminuido en un promedio de 5.6 a:

   a) 5
   b) 4
   c) 3
   d) 2
   e) 1

5. Cuando se cuenta con organización de los recursos de la comunidad para responder a las emergencias obstétricas, adecuados servicios de salud reproductiva y asistencia prenatal y obstétrica calificada, ¿qué cantidad de muertes maternas son previsibles?

   a) 9 de cada 10
   b) 7 de cada 10
   c) 5 de cada 10
   d) 3 de cada 10
   e) 6 de cada 10

NOTAS

6. Hoy en día se sabe que el control prenatal tiene las siguientes funciones principales:

   a) Evaluar y mejorar -si es el caso-, el estado nutricional
   b) Proveer inmunizaciones
   c) Implementar la atención prenatal reenfocada
   d) Todas las anteriores
   e) Ninguna de las anteriores

7. La atención del postparto juega un papel importante en:

   a) Complicaciones tardías como procesos infecciosos y hemorragias para su atención inmediata
   b) Asesoramiento a la madre sobre la lactancia materna exclusiva
   c) Información sobre su adecuada alimentación
   d) Establecimiento del vínculo con los servicios de planificación familiar
   e) Todo lo anterior

8. El espacio intergenésico indicado por la literatura reciente es de:

   a) 9 meses
   b) 1 año
   c) 2 años
   d) 3 años
   e) 5 años

9. En Guatemala, ¿qué porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años de edad, con vida sexualmente activa, piensan que no están en riesgo de contraer SIDA?

   a) 87%
   b) 100%
   c) 60%
   d) 40%
   e) 75%

10. ¿En qué rango de edad, se encuentran las mujeres guatemaltecas que presentan el mayor número de casos de aborto, según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala?

    a) 14 y 19 años
    b) 15 y 24 años
    c) 20 y 29 años
    d) 30 y 36 años
    e) 40 años o más

NOTAS

NOTAS

Sección B

Consta de seis preguntas abiertas, las cuales deberán ser respondidas en forma precisa. (1 punto cada respuesta correcta = 20 puntos).

1. ¿Cuáles son las demoras que con mayor frecuencia se identifican como factores que provocan la muerte de las mujeres durante el embarazo?

   a) _____

   b) _____

   c) _____

2. Indique cuáles son las principales condiciones que predisponen a la mujer a una mayor morbilidad y mortalidad materna:

   a) _____

   b) _____

   c) _____

   d) _____

3. El uso de métodos de planificación familiar en Guatemala es aún bajo en relación con la región de Latinoamérica y el Caribe, debido a múltiples barreras que debe enfrentar la mujer guatemalteca que desea acceder a un método de planificación. Nombre las barreras médicas identificadas:

   a) _____

   b) _____

   c) _____

   d) _____

   e) _____

4. Según el documento, la atención postaborto debería incluir prioritariamente:

   a) _____

   b) _____

   c) _____

5. La violencia basada en género tiene repercusiones adversas e irreversibles para la salud de las mujeres en edad reproductiva. Enumere las discutidas en el documento:

   a) _____

   b) _____

   c) _____

   d) _____

6. El intervalo de edad materna que representa menor riesgo para la madre y el niño o la niña es entre:

   a) _____

NOTAS

MÓDULO I
UNIDAD 1
Situación de la Salud de la Mujer: Estrategias para la Disminución de la Mortalidad Materna

Punteo Obtenido

Nombre y Apellidos Completos: _____

_____ No. de Colegiado: _____

Lugar de Trabajo: _____

_____ Tel.: _____

Nombre del Facilitador: _____

_____ Departamento: _____

HOJA DE RESPUESTAS

Sección A

1. ☐
2. ☐
3. ☐
4. ☐
5. ☐
6. ☐
7. ☐
8. ☐
9. ☐
10. ☐

Sección B

1. a) _____
   b) _____
   c) _____
2. a) _____
   b) _____
   c) _____
   d) _____
3. a) _____
   b) _____
   c) _____
   d) _____
   e) _____
4. a) _____
   b) _____
   c) _____
5. a) _____
   b) _____
   c) _____
   d) _____
6. a) _____

MÓDULO I
UNIDAD 1
Situación de la Salud de la Mujer: Estrategias para la Disminución de la Mortalidad Materna

Punteo Obtenido

Nombre y Apellidos Completos: _____

_____ No. de Colegiado: _____

Lugar de Trabajo: _____

_____ Tel.: _____

Nombre del Facilitador: _____

_____ Departamento: _____

HOJA DE RESPUESTAS

Sección A

1. ❑
2. ❑
3. ❑
4. ❑
5. ❑
6. ❑
7. ❑
8. ❑
9. ❑
10. ❑

Sección B

1. a) _____
   b) _____
   c) _____
2. a) _____
   b) _____
   c) _____
   d) _____
3. a) _____
   b) _____
   c) _____
   d) _____
   e) _____
4. a) _____
   b) _____
   c) _____
5. a) _____
   b) _____
   c) _____
   d) _____
6. a) _____

VIII. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DE REFERENCIA

1. *Barreras médicas e institucionales para la prestación de servicios de planificación familiar en Guatemala*. Guatemala: MSPAS/IGSS/POLICY/USAID; 2000.

2. Battering and pregnancy. *Midwifery Today* 1998; 19.

3. Bewley C. Coping with domestic violence during pregnancy. *Nursing Standard* 1994; 8.

4. Boletín IPPF/RHO. *Basta*. 2001.

5. *Código de Salud. Decreto 90-97*. Guatemala: Congreso de la República; 1997.

6. *Conferencia internacional sobre población y desarrollo*. El Cairo: CIPD/NNUU; 1994.

7. *Constitución Política de la República de Guatemala. Reformada por Acuerdo Legislativo 18-93*. Guatemala: Congreso de la República; 1993.

8. *Diccionario demográfico multilingüe*. 2da. ed. Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población. México: CELADE; 1994.

9. Gobierno de la República de Guatemala. *Ley de desarrollo social. Decreto No.42-2001*. Guatemala: Congreso de la Republica de Guatemala; 2001.

10. Guatemala, Comisión Nacional de Alfabetización. *Informe preliminar*. Guatemala: CONALFA; 1998.

11. Guatemala, Ministerio de Educación Pública. *Memoria anual*. Guatemala: MINEDUC; 2000.

12. *Guatemala: encuesta de ingresos y gastos familiares (ENIGFAM 1998-1999)*. Guatemala: INE; 1999

13. *Guatemala: encuesta nacional de salud materno infantil 1987*. Guatemala: MSPAS/ INCAP/USAID/UNICEF/OPS/DHS/AVSC; 1989.

14. *Guatemala: encuesta nacional de salud materno infantil 1995*. Guatemala: INE/ MSPAS/USAID/UNICEF/DHS; 1995.

15. *Guatemala: encuesta nacional de salud materno infantil 1998-1999*. Guatemala: INE/ MSPAS/USAID/UNICEF/FNUAP/DHS; 1999.

16. *Guatemala: estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. Guatemala: INE/ CELADE; 1997.

17. *Guía rápida de población*. Washington, DC: Population Referecne Bureau, Inc; 1991.

NOTAS

18. Heise L. Reproductive freedom and violence against women: What are the Intersections? *J Law Med Ethics* 1993; 27.

19. *HIV prevalence in women attending antenatal care clinics in major urban areas*. ¿País?: UNICEF, DHS Surveys, 1994-99; 1999.

20. *Índice de riesgo reproductivo*. Population Action International; 2001.

21. Informe de PAI de 2001. Estados Unidos: Population Action International; 2001

22. Kestler E. *Mortalidad de la mujer en edad reproductiva en Guatemala*. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud/CIESAR; 1993.

23. *Male-female differences in mortality in the developed world*. Germany: Max Planck Institute for Demographic Research; 1999.

24. Medina H. *Estudio de la mortalidad materna en Guatemala*. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 1989.

25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Conocimientos sobre riesgo reproductivo y planificación familiar de las mujeres con complicaciones de aborto y postlegrado*. Guatemala: MSPAS; 1995.

26. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Programa nacional de Salud reproductiva*. Guatemala, MSPAS; 2001.

27. Organización Panamerica de la Salud. *Perfil epidemiológico de la salud del hombre en la región de las Américas*. Washington DC: Organización Panamerica de la Salud; 1999.

28. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990. (Publicación Científica 524).

29. Organización Panamericana de la Salud. *Perfil del sistema de servicios de salud*. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud; 1999.

30. *Planificación familiar y atención de la maternidad. Beneficios para la salud materna e infantil*. Guatemala: MSPAS/POLICY/USAID; 2002.

31. Remez LC. Confrontando la realidad del aborto en América Latina. *Fam Plan Perspect* 1995; 21(1):32-36.

32. Tuljapurkar S, Boe C. *Mortality patterns by age group*. Cientific Paper. California: MV Research; 1999.

33. *World population sheet 2001*. Washington, DC: Population Reference Bureau; 2001.

NOTAS