

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**EFFECTOS QUE ENFRENTA LA MUJER EMBARAZADA POR LA FALTA DE UN
CONTROL PRENATAL (CASO ESPECIFICO DISTRITO DE SALUD No. 16).**



TESIS

Presentada a la Dirección de la
Escuela de Trabajo Social de la Universidad de
San Carlos de Guatemala

POR

ENILDA PATRICIA SALAZAR TREJO

Previo a conferírsele el título de
TRABAJADORA SOCIAL

En el grado académico de

LICENCIADA

GUATEMALA, OCTUBRE DEL 2,003.

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

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Rector	Dr. Luis Alfonso Leal Monterroso.
Secretario	Dr. Carlos Enrique Mazariegos Morales.

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Directora	Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida.
Secretaria	Licda. Maria del Rosario Casanova de Rosado.

CONSEJO ACADEMICO

REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada	Miriam Maldonado Batres.
Licenciada	Rosaura Gramajo de Arévalo.
Licenciada	Miriam Bojórquez de Grajeda.
Licenciado	Rudy Ramírez Díaz.

REPRESENTANTES DE LOS PROFESIONALES

Licenciado	Rómulo Teodoro Rojas Ajquí.
------------	-----------------------------

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Perito en Gerencia Admva.	Gladis Elizabeth Moreno Girón.
Bachiller en Ciencias y Letras	Mauricio Burrión González.

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora	Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida.
Secretaria	Licda. Maria del Rosario Casanova de Rosado.
Coordinadora IIETS	Licda. Belia Villeda Erazo.
Tutora – Revisora	Licda. Aracely Quiroa.
Coordinadora Área de formación	
Profesional Específica	Licda. Ana María García Noval.

“Los autores serán los responsables de las
opiniones y criterios expresados en sus obras”
Artículo 11 del Reglamento del Consejo Editorial de
la Universidad de San Carlos de Guatemala.

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS	Creador del Universo y Dador de vida, mi alfa y Omega.
SEÑOR DE ESQUIPULAS	Receptor de mis ilusiones y aprensiones.
A LA VIRGENCITA	Madrecita que ilumina mi sendero.
A MI MADRE	Perla Elizabeth Arana Trejo. (+) Despierta un momento de tu sueño eterno y comparte conmigo el resultado de nuestro esfuerzo.
A MI PADRE	Marco Tulio Salazar Ávila. Eternamente agradecida por su ejemplo e incondicional apoyo. Dios lo bendiga.
A MI HIJO	Marco Tulio, El triunfo es nuestro, Te Amo.
A MIS HERMANAS	Berta Elizabeth, Aneliz Lucrecia. Comparto con ustedes éste triunfo tan importante en mi vida.
A MIS SOBRINOS	Freddy, Perla, Andrea, Rony, Aneliz, Gabriela Con cariño, que sirva de ejemplo en su futuro.
A MIS ABUELOS	José Arana, Berta Trejo (+), Mardoqueo Salazar (+), Elisa Ávila (+), Con aprecio.
A MIS CUÑADOS	Héctor Poncio, Rony Cambara. Con respeto.
A LAS FAMILIAS	Salazar Trejo, Trejo Salazar, Arévalo Gudiel, Salazar Roche, agradecimiento por sus consejos.

A Rony Gutiérrez, Edgar Arana, Chandito, Ury Morán
Por su cariño y apoyo.

A Yolanda Mendoza y Carlos Pérez,
Por su comprensión y apoyo incondicional, Dios les
bendiga.

A MIS COMPAÑERAS DE ESTUDIO

Glenda Salazar, Elvia Marroquín, Lorena Lemus,
Ixmucané Aldana, Ligia Ovalle, Emilsa Corado, Claudia
López, Telma Sánchez, por esos momentos inolvidables.

A MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO

Luis, Nineth, Verónica, Guisela, Magdalena, Rosalinda,
Amparo, Gilberto (+), Por su compañerismo.

A MIS AMIGOS Juan Carlos Valiente, Mynor Galicia, Roberto Loaiza,
Por su ilimitada amistad.

AL DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL

AREA DE SALUD GUATEMALA

Agradecimiento por su compañerismo y virtuosa amistad.

A MIS PADRINOS

Ing. Edwin Josué Trejo Salazar.
Licda. Mirna Valle.
Dr. Haroldo Barillas Mayorga.
Licda. Olga Corona de Rivera.
Infinita gratitud por el apoyo en mi desempeño laboral.

A USTED Respetuosamente,

AGRADECIMIENTO A:

MI PATRIA GUATEMALA

Tierra bendita que me vio nacer.

LA CUNA DEL SOL, JUTIAPA.

Terruño que albergó mi infancia y juventud.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.

Por hospedar mis sueños e ilusiones profesionales y convertirlos en realidad.

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL.

Templo de formación profesional.

CENTRO DE SALUD DE MIXCO.

Por convertirse en parte de mi formación profesional y su colaboración en el desarrollo de mi estudio de investigación.

ASOCIACIÓN RENACIMIENTO

Por ampararme en mis primeros pasos profesionales.

LICDA. ARACELI QUIROA.

Por su asesoría, colaboración y paciencia en el desarrollo de mi investigación.

LICDA. REBECA MORÁN,

LICDA. BLANCA MERCEDES AROCHE,

LICDA. MIRNA VALLE,

LICDA. OLGA CORONA DE RIVERA,

Por sus consejos y absoluto apoyo en la formación y desempeño de mi vida profesional.

*“Voy a pasar por la vida una
sola vez, cualquier cosa buena
que yo pueda hacer o alguna
amabilidad que pueda hacer a
algún hermano, debo hacerlo
ahora, porque no pasaré de
nuevo por ahí”*

(Madre Teresa)

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

1.1	Realidad Socioeconómica y de Salud en Guatemala -----	07
1.1.1	Ámbito de la Economía. -----	07
1.1.2	Ámbito de la Educación. -----	09
1.1.3	Ámbito de Salud. -----	10
1.1.4	Contexto Social de la Mujer. -----	12
1.2	Situación Económica Social y Política de la Mujer guatemalteca. -----	13
1.2.1	El Machismo. -----	15
1.3	Mujer en Edad Reproductiva. -----	18
1.3.1	Definición de la Mujer. -----	18
1.3.2	Anatomía y Órganos Sexuales femeninos. -----	19
1.3.2.1	Órganos Externos. -----	19
1.3.2.2	Órganos Internos. -----	20
1.3.3	El Proceso de la Gestación. -----	22
1.3.4	Síntomas y Signos de durante la Gestación. -----	24
1.3.5	Tipos de Gestación. -----	25
1.3.6	Factores de Riesgo Durante la Gestación en la mujer-----	26
1.3.6.1	De tipo social -----	27
1.3.6.2	De tipo Físico -----	28
1.3.7	Factores de Riesgo Durante la Gestación, parto, posparto en el niño(a). -----	30
1.3.8	Control Prenatal y su importancia. -----	31

CAPITULO II

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA.

2.1. Marco Legal. -----	33
2.1.1. Constitución de la Republica. -----	33
2.1.2. Plan Nacional de Salud. -----	35
2.1.3. Ley de Desarrollo Social. -----	36
2.1.4. Políticas de acción en la Actualidad en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -----	41
2.1.5. Programas Prioritarios en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. -----	41
2.1.6. Normas de Atención al Grupo Materno Infantil 1992-1996. -----	42
2.1.7. Niveles de Atención existentes en el Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social. -----	44
2.2. Demografía del Municipio de Mixco. -----	47
2.2.1. Antecedentes Históricos. -----	47
2.2.2. Aspectos Geográficos. -----	48
2.2.3. Aspectos Económicos. -----	49
2.2.4. Aspectos Culturales. -----	50
2.2.5. Aspectos de Salud. -----	51
2.2.5.1. Programas que ofertan el distrito No. 16 Mixco. -----	60
2.2.5.2. Recursos Humanos. -----	61
2.2.5.3. Programa Materno Infantil. -----	62
2.3. Evaluación Cualitativa -cuantitativa del trabajo de campo. -----	64

CAPITULO III

TRABAJO SOCIAL

3.1	Definición del Trabajo Social. -----	89
3.2	Objetivos del Trabajo Social. -----	90
3.3	Funciones del Trabajo Social. -----	91
3.4	Principios del Trabajo Social. -----	91
3.5	Rol del Trabajador Social en los Servicios de Salud del Área de Salud Guatemala. -----	93

CAPITULO IV

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

4.1	Justificación -----	97
4.2	Objetivos -----	98
4.3	Metas -----	99
4.4	Metodología -----	100
4.5	Plan De Información, Educación y Comunicación Propuesto -----	101
4.4	Recursos -----	103
4.5	Evaluación -----	103

CONCLUSIONES.

RECOMENDACIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación surge al conocer varios casos de mujeres que fallecen durante o post parto y / o de niños que no nacen vivos, que mueren en el parto o nacen con algún padecimiento de salud surge la necesidad de contribuir en la disminución de casos de morbi-mortalidad en el grupo materno infantil por tal situación se elige investigar las causas y efectos de dicho problema y con esto poder crear una propuesta de acción para la prevención de estos casos ya que éstos fueron originados por falta de un control prenatal por personal capacitado o por la falta de dicha atención.

Las estadísticas nos reflejan que en Centroamérica, nuestro país tiene la tasa más alta de mortalidad materna (153 x 100,000 nacidos vivos), mientras que en países desarrollados la tasa únicamente es de (9 x 100,000 nacidos).

Se considera que la problemática que sufre la mujer es por la situación económica, social en la que se sufre en nuestro país, ya que la falta de un nivel educativo mínimo, limita las oportunidades de desarrollo como el acceso a un empleo formal, la participación política entre otros.

Proponiendo los siguientes objetivos:

GENERALES:

- ❖ Desarrollar una investigación en el área de salud desde el punto de vista de Trabajo Social.
- ❖ Conocer los aspectos que se desarrollan por falta de un control prenatal.
- ❖ Identificar las causa por las cuales las mujeres no acuden a los servicios de salud para tener un control médico durante su estado de gravidez.

ESPECÍFICOS:

- ❖ Determinar como la falta de un control prenatal ocasiona efectos secundarios a la mujer.
- ❖ Identificar los aspectos que ocasionan la falta de un control prenatal.
- ❖ Conocer las causa de la problemática de salud de la mujer embarazada.
- ❖ Identificar los patrones culturales que ocasionan que la mujer no acuda a los servicios de salud.
- ❖ Identificar los medio que utilizan las mujeres para conocer su estado de salud,
- ❖ Identificar las deficiencias en los servicios de salud que contribuyen a que las embarazadas no acudan a los servicios.

HIPOTESIS:

GENERALES:

- ❖ La carencia de un control prenatal ocasiona que la mujer sufra de problemas de salud, durante su periodo de gestación.
- ❖ El distrito de salud No. 16 presenta deficiencias en la prestación de servicios, lo que ocasiona que las mujeres no acudan a un control médico prenatal.

ESPECIFICAS

- ❖ La mujer puede sufrir efectos secundarios por la falta de un control prenatal.
- ❖ Los patrones culturales existentes contribuyen a que las mujeres no lleven control prenatal.
- ❖ Los servicios de salud se encuentran inaccesibles a la población por lo que no acuden las mujeres embarazadas a estos.

- ❖ Los servicios de salud no prestan la suficiente atención especializada a la mujer embarazada lo que ocasiona la poca asistencia a los servicios.

Para la elaboración de la investigación social se utilizó el método deductivo (de lo general a lo específico), el cual permitió obtener una visión clara y amplia del problema en estudio. A su vez se desarrolló una revisión bibliográfica que sirvió para obtener información teórica acerca de los temas relacionados al problema.

La investigación se desarrolló con las pacientes que acuden al distrito No. 16, así como casos captados que no asisten a ningún servicio de salud. A su vez se tomo como base los embarazos esperados mensualmente que ascienden a la cantidad de 600, tomando una muestra del 17% con una varianza el 30 que se refiere a la cantidad de 100 casos investigados que fueron distribuidos en los 5 servicios de salud que conforman el distrito de salud No. 16 Municipio de Mixto.

En el contenido del informe de investigación del tema “Efectos que enfrenta la mujer embarazada por la falta de un control prenatal (caso específico distrito de salud no. 16)” se conforma en cuatro capítulos que consiste de la siguiente manera:

CAPITULO 1: Realidad Socioeconómica y de Salud en Guatemala.

En este capítulo se ha desarrollado un análisis sociocultural, económico y político del contexto guatemalteco, haciendo mayor énfasis en la situación actual de la mujer.

Así como de la mujer y su rol como ente reproductor con el fin de contar con un marco general del tema y sus posibles riesgos en la etapa específica de la gestación.

CAPITULO 2: Servicios de salud publica en Guatemala.

En este capítulo se ha recapitulado desde el marco legal el derecho y responsabilidad de la población guatemalteca de velar por su salud.

Este análisis inicia basándose en la Constitución de la República, luego se ha revisado el Plan de Salud 2,000 – 2,004, y por último la recién aprobada Ley de Desarrollo Social.

En dicho capítulo se presentan datos estadísticos que reflejan los resultados obtenidos en el trabajo de campo.

CAPITULO 3: Trabajo Social

Este capítulo presenta las generalidades de la profesión de Trabajo Social, desde el punto de vista teórico, pero a la vez se presentan funciones, atribuciones, tareas que ejecuta el profesional de Trabajo Social en el primer nivel de atención del Área de Salud Guatemala.

CAPITULO 4 Propuesta De Intervención

En respuesta a los resultados obtenidos teórico-prácticos, se ha elaborado una propuesta de intervención del profesional del Trabajo Social, conjuntamente con el personal del distrito con el fin de crear estrategias que contrarresten la morbi-mortalidad de los casos presentados por la falta de un control prenatal.

Se espera que el trabajo de investigación desarrollado sirva como un aporte y coadyuve con el cambio de actitud tanto del personal institucional, así como a las mujeres y sus familias que se encuentran en edad fértil para que acudan a los servicios de salud durante el embarazo, y prevenir cualquier anomalía que se presente tanto en la mujer como en el niño.

Así mismo se considera que dicho trabajo puede constituirse en un aporte a los profesionales del Trabajo Social, pero ante todo de beneficio a la mujer guatemalteca que ha sufrido y sigue expuesta a padecer problemas de salud por ella o su hijo, si no todo lo contrario se prevengan éstos y se promocióne la práctica de estilos de vida saludables integrales a la población en general.

CAPITULO I

1.1 REALIDAD SOCIOECONÓMICA Y DE SALUD EN GUATEMALA

El presente capítulo se desarrolla con el propósito de exponer la realidad socioeconómica y cultural en general de nuestro país; así como la delimitación de las condiciones de vida socioeconómicas y culturales de la mujer guatemalteca como habitante y específicamente como un ente reproductor, igualmente se exponen los riesgos que conlleva su etapa gestacional.

Se considera de importancia dicho análisis ya que se inicia un proceso comparativo entre la coyuntura nacional y el área geográfica del problema en estudio. A la vez se ostenta teóricamente la estructura física de la mujer y el proceso gestacional, los riesgos a los que se puede exponer en dicha etapa ya sea ella o el niño /a, antes o después del embarazo.

1.1.1 ÁMBITO DE LA ECONOMÍA.

Guatemala es un país que se ha catalogado como subdesarrollado¹ o tercermundista, ya que ha sido víctima de un crecimiento económico a nivel mundial, mientras que éste no ha podido generar su propio desarrollo, el que se define como: “una dinámica que puede sustentar un desarrollo social y político igualmente universal, transformando la sociedad en un conjunto social, que en pos del progreso técnico y del crecimiento económico infinito e integración económica social y política de toda población, son vistos como la unidad dinámica y armónica”², lo que justifica

1 “Incluye los aspectos económicos, sociales, políticos, culturales, demográficos y científicos-tecnológicos de una región, país, o área supranacional que se encuentra atrasada o por debajo de un nivel de desarrollo considerado como normal” Diccionario de Trabajo Social, Ezequiel Ander Egg. Editorial el Ateneo, México 1,980 Pág. 280

2 Max-Neff, Manfred A. Desarrollo a Escala Humana, Editorial Nordan, Comunidad Uruguay, 1,994 Pág. 148

el atraso especialmente económico de nuestro país, ya que durante años se ha caracterizado por ser dependiente y no ha logrado un progreso, originando esto diversidad de problemas sociales como bajo nivel educativo, déficit habitacional, desempleo, atención en salud deficiente e inaccesible; entre otros.

Confirmando lo anterior los datos de la ENIGFAM 1998-1999, que indica que en la actualidad la población guatemalteca un 56.7% es pobre, un 26.8% extremadamente pobre, lo que nos demuestra que únicamente el 16.5%, se puede catalogar como adinerada.

La pobreza y desigualdad social, existente se agudiza ya que los ingresos no son suficientes para por lo menos tener acceso a los alimentos de la canasta básica. Esta condición se agudiza en las áreas rurales se agrava en la población con un menor nivel educativo y más en la población maya que representa más del 50% de la misma.

“En Guatemala, la población Económicamente Activa oscila alrededor de “3.45 millones de personas, lo que representa aproximadamente el 30% de la población total del país. En contraste con este porcentaje, el desempleo se denota en un 46%”³, lo anterior refleja un 70% de la población que no cuenta con un empleo aunque si bien es cierto que se incluyen la niñez, adolescencia y adultos mayores este es un porcentaje mínimo a las necesidades con que se cuentan en el país, lo que incide directamente en el desarrollo familiar y nacional pues la productividad económica del país se recarga en 1 persona por 3 más que no generan ingresos al hogar.

En conclusión se puede mencionar que Guatemala se ha caracterizado por su dependencia internacional lo cual implica que el desarrollo económico (especialmente), es una gran limitante para competir con economías avanzadas,

3 GLOBAL INFOGROU, En cifras: Guatemala. S.e. Volumen I, No. 11 Guatemala 1,999 Pág. 69

ampliándose más con el proceso de globalización, que se inserta en nuestro país y para lo cual no se encuentra coyuntural y físicamente establecido.

1.1.2 ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN.

Con relación al aspecto educativo de nuestro país, se cuenta con suficientes datos para tomar en cuenta como que Guatemala se encuentra ocupando el segundo lugar de analfabetismo después de Haití en Latinoamérica, lo que porcentualmente nos indica que un 30.7%⁴ de la población no sabe leer ni escribir, como puede verse en el siguiente cuadro :

SEXO Y EDUCACION

CARACTERISTICAS	ALFABETA	ANALFABETA
HOMBRES	36.9	11.6
MUJERES	32.4	19.1
TOTALES	69.3	30.7

Fuente: URL, INE, SEGEPLAN Perfil de la pobreza en Guatemala, Pág. 86

Aunque un 69.3% de la población es alfabetada, esto no constituye que son personas profesionales o preparadas para un mejor presente o futuro, ya que los indicadores demuestran que en la actualidad existe un promedio de escolaridad de 5.8% (de 15 a 24 años)⁵, mientras que un 48%⁶ de niños se encuentran destinados a pertenecer a la lista de analfabetas del país.

4 URL, INE, SEGEPLAN, perfil de la pobreza en Guatemala, Pág. 86

5 PNUD Guatemala una agenda para el desarrollo humano, Inf. de Desarrollo Humano 2,003, Guatemala 2,003 Pág. 226

6 Ibid. Pág. 226

Así mismo vale la pena hacer mención que únicamente el “32.8% de los guatemaltecos terminan la educación primaria, del cual un 34.6 % ingresa a la secundaria, y solamente el 2% de este último ingresa a la universidad”⁷.

En conclusión se puede señalar que dicho contexto educativo no es más que el deterioro fraccionado que ha venido sufriendo a causa de la falta de políticas sociales que velen por el bienestar del país, de lo contrario cada vez más van generando mayor pobreza, que no permiten disponer de los mínimos recursos económicos para satisfacer las necesidades vitales como: alimentación, vivienda, salud, educación vestuario, entre otras.

Podemos deducir que un país con políticas públicas educativas con visión del bienestar y desarrollo para la población, contribuirán a que exista un pueblo que tenga un presente y futuro con mucho desarrollo social, cultural y económico pues la perspectiva de sus habitantes corresponderá a velar por un progreso integral del país, en respuesta a la misma satisfacción económica personal que gocen.

1.1.3 ÁMBITO DE SALUD.

El contexto de salud en Guatemala, se puede definir como desalentador ya que si se hace una comparación en el plano internacional, los indicadores de salud de nuestro país son insatisfactorios como se irán dando a conocer a continuación.

La expectativa de vida para los guatemaltecos es de 64 años generalmente, pero para la población rural se reduce a 50 años⁸. La tasa promedio anual del crecimiento demográfico en el país es de 2.9%⁹; la tasa de fecundidad es de 4.4¹⁰

7 PNUD, Informe Sobre Desarrollo Humano. 1,996, Guatemala 1,996 Pág. 154

8 Estrategias de reducción de la pobreza en camino de la paz, gobierno de la República, Guatemala 2,001 Pág. 50

9 Guatemala una agenda para el desarrollo humano, Informe de Desarrollo Humano 2,003, Pág. xvi

10 Ibíd. Pág. 269

hijos por mujer para el año 2,002, lo que demuestra que cada mujer esta procreando de 4 a 5 hijos lo que por motivos de salud y económicos no es recomendable porque afecta con un desgaste físico, mental y social, que influye directamente en el poder adquisitivo de la población, como ya se mencionó que dependiendo del ingreso económico familiar así mismo serán las oportunidades para un desarrollo en salud integral.

Según el World Development Report 2,000 – 2,001 del Banco Mundial en 1998 la mortalidad de menores de 5 años en Guatemala era la más alta de Centroamérica. En 1,999, la mortalidad infantil fue de 49 niños por 1,000 nacidos vivos, y la mortalidad de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) fue de 190 mujeres por cada 100,000 nacimientos¹¹. Aunque los informes reportados son impresionantes también cabe mencionar que según el Informe de Desarrollo Humano 2,003 nos presentan los indicadores del año 2,002, que la mortalidad infantil es de 44 por 1,000 nacidos vivos, y que la mortalidad materna es de 153 muertes maternas por 100,000 nacimientos; lo que manifiesta un avance en menor grado que no es lo ideal pero si indica un progreso paliativo a la situación actual.

Con relación a la mortalidad general nacional se encuentran las Infecciones Respiratorias Agudas y las Diarreas.

Como ya se hizo mención la situación de salud es realmente preocupante no solo por el nivel de pobreza, sino por la falta de respuesta a las necesidades reales de las políticas públicas de salud, ya que estas fueron creadas de manera idealista y sin basarse en un diagnostico situacional de salud del país, con apoyo directo del recurso humano de nivel operativo del primero y segundo nivel de atención, que es recurso idóneo por estar ligado con la población y conocer más de cerca las necesidades sentidas.

11 Estrategias de reducción de la pobreza en camino de la paz, Gobierno de la República, Guatemala 2,001 Pág. 27

Dicha problemática no solo es sentida por la población guatemalteca sino también a nivel internacional como lo es expresado en el Documento Los Contrastes del Desarrollo Humano en el cual textualmente dice "la reducida cobertura del sistema de salud pública, ya que el 60% de los guatemaltecos carecen de la prestación de servicios, problema que se agudiza aún más en el área rural, dado que para llegar al puesto de salud más cercano se requiere recorrer como mínimo un promedio de 12 kilómetros; Incide también, en la insuficiente infraestructura y equipo, a lo que debe añadirse que solo el 60% del equipo funciona satisfactoriamente, el 25% lo hace en forma irregular y el 15% no sirve del todo; así como el 37% de los centros de salud muestra deterioro en su funcionamiento y el 28% no se encuentra en operación"¹².

Lo anterior nos demuestra nuevamente que la población no tiene acceso inmediato a los servicios públicos de salud, y menos a los servicios privados ya que si se encuentran más cercanos los costos son elevados y no ofrecen en su mayoría un servicio completo y de calidad, lo cual repercute en el tipo de vida y productividad de la población. Contribuyendo a ésta también la falta del recurso material y humano pues con relación a este último cuando un empleado se retira su plaza generalmente es congelada.

1.1.4 CONTEXTO SOCIAL DE LA MUJER

Para analizar el contexto social de la mujer iniciaremos citando la acepción de sociedad según el sociólogo Paúl Horton la cual dice "Grupo humano relativamente independiente que se perpetua a sí mismo, que ocupa un territorio particular, que comparte una cultura y que efectúa la mayor parte de sus actividades dentro de ese grupo"¹³. Lo anterior nos indica la influencia que existe en la vida del ser humano y

1212 PNUD, Informe Sobre Desarrollo Humano. 1,996, Guatemala 1,996 Pág. 53

13 Sociología Paúl B. Horton, Chesler L. Hunt Pág. 80

su contexto social ya que éste interviene en los hábitos, roles, creencias etc. que desarrollen como grupo, lo cual se convierte en un patrón transmitido de generación a generación y rechazando las modalidades que un grupo o una persona cambien generando un rechazo a éstos.

Parte importante de relevar es el contexto de la mujer guatemalteca ya que ésta pertenece a uno de los grupos más afectados por ser invisibilizada, marginada, explotada y considerarse un ser frágil e inferior. Dicho análisis se considera de suma importancia ya que se establece una plataforma de diversos puntos de vista que contribuirá con el proceso del estudio que se elabora.

1.2 SITUACIÓN ECONÓMICA, SOCIAL Y POLÍTICA DE LA MUJER GUATEMALTECA.

En el transcurso del tiempo el rol de la mujer ha evolucionado, pues se han generado cambios en su vida, ya que en la antigüedad existió el momento en el cual fue utilizada únicamente como un objeto material, sexual y de trabajo, por medio de la explotación, pero en el transcurso del tiempo se lograron cambios cualitativos que generaron beneficios sociales para la organización femenina, como por ejemplo la igualdad y equidad de derechos y responsabilidades, mayor acceso a la educación, empleo, participación ciudadana, entre otros.

A pesar de los cambios logrados aún se puede evidenciar rasgos culturales que limitan el total desarrollo de la mujer, ya que todavía se conocen de los clásicos casos que el varón va a la escuela porque en un futuro tendrá mayor necesidad de oportunidades de trabajo por ser el responsable de la manutención de su familia. Mientras que la mujer debe quedarse en casa para aprehender sus quehaceres y servir en un futuro a su familia, y en los casos extremos y ahora ya más clásicos se tienen aquellos en los que también la mujer contribuye económicamente a

sostenimiento del hogar o se convierte en “jefa de hogar¹⁴” lo que constituye en el “triple rol”¹⁵ que ésta desarrolla “invisibilizando a la mujer”¹⁶ socialmente.

Pero a pesar de esta explotación y discriminación, en la actualidad existen indicadores de la representación y desarrollo que la mujer ha alcanzado en el transcurso del tiempo.

Según el Informe de Desarrollo Humano 2,001 nos presenta que la mujer tiene participación en la Población Económicamente Activa con un 35.4% distribuido de la siguiente manera:

RAMA DE ACTIVIDAD	PORCENTAJE
Agricultura	6.1
Industria	7
Construcción	0.1
Comercio	12.4
Transporte, Comunicaciones	0.6
Servicios Financieros	0.4
Otros	8.8

Fuente: Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo, 2001 Pág. A74

14 Persona responsable del sostenimiento económico de la familia y de la toma de decisiones dentro de la misma. Esta institución ha ido modificándose y cada vez se hace más común los hogares en donde la responsabilidad económica recae sobre la mujer como consecuencia de viudez, divorcio migración temporal o definitiva de los compañeros de hogar en busca de trabajo. Vocabulario Referido a Genero Grupo consultivo en género GCGEMA Guatemala 1996 Pág. 10

15 La participación femenina tanto en funciones productivas como reproductivas y de gestión comunal a la vez. Tradicionalmente este término se ha aplicado para visualizar la carga laboral de la mujer por su participación en los tres roles. Vocabulario Referido a Genero Grupo consultivo en género GCGEMA Guatemala 1996 Pág. 10

16 El trabajo de la mujer es invisible porque sus actividades reproductivas (que requieren de tiempo y esfuerzo) no se valorizan momentáneamente. Vocabulario Referido a Genero Grupo consultivo en género GCGEMA Guatemala 1996 Pág. 10

Lo anterior indica que poco a poco la mujer se ha incorporado al sector laboral, pero a su vez la mayor parte de mujeres siguen ejerciendo el rol como encargadas de su hogar y así no es tomada en cuenta como ente generador económico de la familia por el trabajo informal que desarrolla, ya que como se observa en el cuadro anterior la mujer se desenvuelve en un sector informal como lo es la agricultura y comercio con un 18.9% o sea un 53.26% de la Población Económicamente Activa femenina.

En alusión a la participación política de la mujer se iniciará por indicar que según el censo del año 1,994 el 50.8 % de la población guatemalteca son mujeres pero que del total de personas inscritas en el padrón electoral el 60% son hombres y el 40% mujeres, lo que se contradice pues a pesar de ser una mayoría el sector femenino siempre prevalece que el hombre es el privilegiado en la toma de decisiones y participación de cargos por elección, ya que la participación de la mujer es muy reducida.

En conclusión se puede definir que los patrones culturales de nuestra sociedad prevalecen ya que los roles que se siguen inculcando de generación tras generación, corresponden a que la mujer debe desarrollar los quehaceres del hogar, no debe salir de la casa, debe jugar con muñecas, debe ser fiel al hombre, ya que de lo contrario lo deshonra; en el caso del hombre es de la calle y para la calle y así acostumbrarse a trabajar, debe ser atendido por la mujer, puede tener varias parejas ya que con esto demuestra más su hombría; proliferando de esta manera la falta de paternidad responsable, la que definimos como "Capacidad de los hombres para engendrar hijos(as) y el compromiso de crearlos(as), brindándoles una vida de atención, mantenimiento, protección, educación, guía y dedicación que se requiere para educarlos como hombres y mujeres. Se considera que la sociedad ha excluido a los hombres de decisiones y actividades reproductivas tan importantes como la

orientación, formación y relajación directa de los hijos / as las cuales han sido asignadas sólo a mujeres.”¹⁷

Lo lamentable de lo descrito anteriormente es que la misma mujer se ha encargado de transmitir a sus hijos e hijas este patrón de crianza, fortaleciendo así el machismo.

1.2.1 EL MACHISMO

Se considera que éste tema es de suma importancia ya que es parte fundamental no solo del estudio que se desarrolla sino por ser un capítulo de nuestra sociedad como pasado y futuro.

Iniciaremos definiendo el machismo desde dos puntos de vista; Primero como “La expresión del hombre muy “macho”, valiente, agresivo, mujeriego, dominante con un sentimiento de superioridad sobre la mujer, a las que sitúa en condición de inferioridad, fundamentalmente por su sexo. Se puede interpretar el machismo como un fenómeno de orden socio-cultural, porque está en íntima relación con a) la estructuración de la cultura y b) las relaciones sociales de producción”¹⁸.

De lo cual se puede deducir que el machismo es un patrón cultural que se ha venido heredando generación tras generación por medio de actitudes de crianza.

La ideología machista promueve un fenómeno de superioridad del hombre y este es reconocido y aceptado por el sector femenino el que es el directamente afectado, especialmente las mujeres de baja escolaridad, ya que por las pocas oportunidades de desarrollo personal y familiar poseen un nivel educativo y de pobreza. Por lo cual no se consideran aptas para ser personas independientes

17 Vocabulario Referido a Genero Grupo consultivo en género GCGEMA Guatemala 1996 Pág. 11

18 Vocabulario Referido a Genero Grupo consultivo en género GCGEMA Guatemala 1996 Pág. 12

económica y socialmente, por lo cual optan por seguir dependiendo de su esposo. A su vez también se presentan los casos que a pesar de poseer un nivel educativo más alto, padecen el mismo caso aunque aquí la dependencia probablemente es más emocional y social, siempre influye el factor cultural, el que no acepta que una mujer pueda separarse de una pareja sino todo lo contrario alaban aquellas que a pesar de un padecimiento físico, psicológico emanado por su cónyuge sigue lidiando con este estereotipo de vida, lo cual nos revela que éste fenómeno es causante del atraso económico sociocultural de la sociedad guatemalteca.

La socialización del machismo es inculcado por los mismos padres y madres a hijos pues les imponen pensamientos y roles conductuales a cada sexo con ideología “machista dependiente”, lo que se percibe como material por los roles desarrollados por cada padre en el hogar.

Entre los roles sobresalientes de los padres se pueden mencionar que el hombre es el responsable de dar seguridad de diversa índole a la mujer (especialmente económica y moral) mientras que la mujer es la encargada de cuidar a los niños y el hogar.

Por otro lado también es importante mencionar el rol sexual en la pareja, pues culturalmente la mujer es tomada como un “objeto sexual” tanto por el hombre como por los medio de comunicación por medio de la publicidad que la visualiza como un género sexualizado, pero en realidad debe comportarse como excelente madre, casta y fiel esposa.

Lo que la alinea a dejar a un lado sus sentimientos y pensamientos, basarse y expresarse en los estereotipos que la sociedad le impone por sus patrones culturales.

A manera de conclusión presentamos un cuadro donde se generalizan las características de cada uno de los sexos lo cual culturalmente se va trasladando de padres a hijos.

CARACTERÍSTICAS DEL HOMBRE	CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER
Debe mantener económicamente a su familia.	Depende económicamente del marido.
Permanece más tiempo fuera del hogar.	Hogareña, maternal y sacrificada.
No realiza tareas hogareñas.	Preferentemente no debe trabajar fuera del hogar.
Es conquistador, seductor y polígamo.	Debe ser “pura” y “fiel” al esposo o conviviente.
Es independiente, dominante y protector.	Es frágil y sexualmente es configurada como objeto mercantil.
Participa más en la política y en liderazgo.	No participa directamente en lo político ni en liderazgo comunal.
	Es marginada, reprimida y humillada por el sexo masculino.

1.3 MUJER EN EDAD REPRODUCTIVA.

1.3.1 DEFINICIÓN DE MUJER.

Al definir a la mujer nos estamos refiriendo al ser humano de sexo femenino, que se diferencia del hombre especialmente por sus órganos genitales¹⁹, así como por la docilidad, sensibilidad y flexibilidad que ésta demuestra, aunque esta definición va dirigida especialmente a la ideología tradicionalista en la que se le ha enmarcado normalmente en nuestro contexto.

Según el Diccionario de la Lengua Española se puede definir a la mujer como “Persona del sexo femenino” y al referirse a lo femenino “Ser dotado de órganos para ser fecundados” la cual siempre nos va encaminando al aspecto reproductor o sea que la mujer es la asignada para la reproducción humana y por ende a la crianza y cuidado de los hijos dentro de un hogar (integrado²⁰ o desintegrado²¹).

Por la misma dinámica social en la cual nos hemos desenvuelto se ha ubicado a la mujer en el espacio que se utiliza como un objeto de placer o como la reproductora de la especie, aunque en nuestro país el total de la población femenina ocupa un 53%, no se les proporciona un espacio igual y equitativo dentro del contexto nacional.

La mujer en la actualidad se desenvuelve al igual que el hombre en labores de índole social, económica, cultural tanto dentro como fuera del hogar, aunque en la mayoría de los casos su participación es en el sector informal.

19 “Órganos de la reproducción. Dic. De Medicina de Blakiston, México 1,983 Pág.599

20 Hogar es donde se compone de padre, madre e hijos.

21 Hogar en el cual hace falta el padre o madre, por cualquier causa.

En lo siguiente se ha estructurado a la mujer dentro del contexto reproductivo del ser humano y los efectos que conlleva el proceso de la gestación²² tanto para ella como para el niño/a.

1.3.2 ANATOMÍA Y ÓRGANOS SEXUALES FEMENINOS

Se considera que de los aspectos prioritarios que deben tomarse en cuenta es el aparato²³ reproductor²⁴ femenino el cual se encuentra distribuido de la siguiente manera:

1.3.2.1 ÓRGANOS EXTERNOS

Al referirnos a éstos primeramente encontramos la VULVA la cual se comprende de otros órganos como:

DOS PARES DE LABIOS los cuales cubren y protegen la apertura vaginal y la apertura urinaria.

EL CLÍTORIS: el que se localiza en la unión de los labios, tiene la forma de un botón.

EL HIMEN: membrana fina que cubre parcialmente la apertura vaginal y normalmente sangra y se desprende con la primera relación sexual o con un golpe brusco (en casos especiales).

22“Embarazo, preñez. Periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto y/o aborto” Plan Nacional de Atención 1,992 – 1,996 Normas de atención de salud materno infantil. MSPAS Guatemala Pág. 174

23 “El sistema o grupo de órganos o partes de órganos que realizan determinada función, un mecanismo” Dic. De Medicina de Blakiston , México 1,983 Pág.113

24 “Capacidad de los organismos para producir otros de la misma clase” Dic. De Medicina de Blakiston, México 1,983 Pág.1137

LAS MAMAS O SENOS: Están formadas por un tejido de grasa que sostiene a la glándula, internamente tiene la apariencia de una coliflor y produce secreciones como el calostro²⁵ y la leche.

LA VAGINA: Es un tubo elástico que va desde los órganos genitales externos hasta el útero. Este conducto permite la salida de la menstruación²⁶, relaciones sexuales y el nacimiento del niño/a durante el parto.

1.3.2.2 ÓRGANOS INTERNOS

Los órganos sexuales internos se distribuyen de la siguiente manera:

EL ÚTERO O MATRIZ: Este es un órgano hueco como la forma de una pera el cual se sitúa en el bajo vientre. Su función es anidar el feto²⁷, sus paredes son gruesas y musculosas de manera que pueden distenderse grandemente durante el embarazo y producen las contracciones del parto.

El útero tiene la cavidad que se cubre por la mucosa llamada endometrio, esta es la encargada de nutrir al feto, o producir la menstruación cuando no hay embarazo.

25 "Primera leche secretada por las glándulas mamarias de la madre después del nacimiento del producto. Es laxante y ayuda a la expulsión del meconio. Contiene cantidades mayores de lactalbúmina y lacto proteína que la leche que se secreta más tarde." Dic. De Medicina de Blakiston , México 1,983 Pág.208

26 "Descarga periódica del líquido sanguíneo del útero que ocurre durante el periodo de la madurez desde la pubertad hasta la menopausia" Dic. De Medicina de Blakiston. , México 1,983 Pág.828

27 "En los seres humanos: organismo en desarrollo dentro del útero, desde el comienzo de la novena semana después de la fertilización, hasta la cuadragésima semana de gestación intrauterina mente o hasta el nacimiento" Dic. De Medicina de Blakiston, México 1,983 Pág.545.

El útero tiene una pequeña abertura hacia la vagina llamada cuello del útero o cervix el cual se mantiene cerrado durante el embarazo para evitar un aborto²⁸ o entrada de microbios al feto.

TROMPAS DE FALOPIO: Estos son dos tubos muy estrechos y huecos que comunican a los ovarios con el útero, su función es para transportar al óvulo maduro que se desprende cada mes del ovario. Si en este momento existe una relación sexual y un espermatozoide²⁹ se une con un óvulo³⁰ se produce la fecundación³¹ en alguna de las trompas de Falopio.

LOS OVARIOS: Estos son dos glándulas con una forma de almendra que está ubicado en el bajo vientre de la mujer, uno a cada lado. Las funciones primordiales de estos son la producción de óvulos y la producción de las hormonas femeninas.

PRODUCCIÓN DE ÓVULOS

Cuando nace una niña ya tiene aproximadamente 4000,000 óvulos sin madurar los cuales en su etapa de pubertad³² empiezan a madurar, cada 28 días aproximadamente se da la ovulación³³.

28 "Producto de la concepción prematuramente expulsado" Dic. De Medicina de Blakiston , México 1,983 Pág.4

29 "Célula germinal masculina madura". Dic. De Medicina de Blakiston , México 1,983 Pág. 490

30 "Célula germinal femenina; célula capaz de desarrollarse para formar un nuevo miembro de la misma especie". Dic. De Medicina de Blakiston , México 1,983 Pág. 957

31 Fertilización. Dic. De Medicina de Blakiston , México 1,983

32 "Periodo en el que los órganos generadores se vuelven capaces de ejercer la función de la reproducción, en el niño se manifiesta por un cambio en la voz y emisión de semen; en la niña por la aparición de las menstruaciones" Dic. Blakinson , México 1,983 Pág. 1085

33 Cada mes un óvulo inmaduro se desarrolla y se acerca se aproxima al ovario y sale.

PRODUCCIÓN DE LAS HORMONAS FEMENINAS.

Están son las llamadas estrógenos³⁴ y progesterona³⁵, son de suma importancia y circulan por la sangre, son las responsables de la aparición de los caracteres sexuales secundarios durante la etapa de la pubertad, así mismo también intervienen en el ciclo menstrual y en el embarazo.

Como se ha mencionado los órganos tanto internos como externos de la mujer, son los responsables directos del proceso de la gestación.

El ciclo menstrual es un cambio bastante representativo en el desarrollo de la mujer el cual viene a demostrar el cambio de niña a mujer, por lo cual se considera de suma importancia ampliarlo.

EL CICLO MENSTRUAL:

Este se define como el intervalo o periodo que existe entre las menstruaciones. La menstruación es aquella cuando un óvulo ha madurado en el ovario y al mismo tiempo el endometrio prepara una especie de colchoncito con sustancias nutritivas y de sangre con el fin de anidar el óvulo y así desarrollar un embarazo.

Al transcurrir aproximadamente 14 días después de la menstruación se inicia la ovulación y este es captado por algunas de las trompas de Falopio, se desliza hacia el útero, en aproximadamente 3 o 4 días, siendo estos los días fértiles de la mujer el cual es fecundado por un espermatozoide si se tienen relaciones sexuales en este periodo.

34 "Sustancia que posee la actividad biológica de las hormonas productoras de esto, ya sea en forma natural o sintética" Dic. Blakinson, México 1,983 Pág. 514

35 "Hormona esteroidea secretada por el cuerpo amarillo. Es esencial para la anidación del óvulo y para la conservación del embarazo; el cese de su secreción, al final del ciclo menstrual determina en gran parte el inicio de la menstruación" Dic. Blakinson , México 1,983 Pág. 1061

Si ha existido la fecundación este óvulo se anida en el endometrio³⁶ y se lleva a cabo el proceso de la gestación, caso contrario, si no hubo fecundación el colchoncito que se formó en el endometrio se desaparece en el periodo de 14 días convirtiéndose en la menstruación o regla; dicho proceso se repite cada mes cuando no existe un embarazo o gestación.

1.3.3 EL PROCESO DE LA GESTACIÓN.

Primeramente definiremos a la gestación³⁷ como el “Proceso durante el cual se desarrolla el embrión³⁸ y el feto³⁹ de los mamíferos vivíparos en el interior de la madre dicho proceso en la mujer tiene normalmente un periodo de duración de 280 días, 40 semanas o 9 meses. El lapso de la gestación o embarazo es el siguiente:

Este proceso da inicio al momento de tener una relación sexual durante los días fértiles de la mujer, el óvulo madura se une con un espermatozoide y se fecunda, los cuales ya son uno y se transportan hacia el endometrio, para anidarse y dar seguimiento a la creación del embrión.

El crecimiento del embrión primeramente se desarrolla la cabeza con el cerebro, la columna vertebral, con el sistema nervioso, todo esto conjuntamente con los órganos vitales como el corazón, pulmones, intestinos, ojos, oídos y esqueleto; el embrión mide aproximadamente 1 centímetro.

36 “Revestimiento interno, mucoso del útero” Dic. Blakinson , México 1,983 Pág. 444.

37 Dic. de Blakiston , México 1,983 Pág. 174.

38 Producto de la concepción desde el momento de la fertilización hasta el final de la octava semana” Dic. De Medicina de Blakiston, México 1,983 Pág. 436

39 “En los seres humanos: organismo en desarrollo dentro del útero, desde el comienzo de la novena semana después de la fertilización, hasta la cuadragésima semana de gestación intrauterina, o hasta el nacimiento. Dic. De Medicina de Blakiston, México 1,983 Pág. 545.

Al finalizar el tercer mes el embrión mide 7.5 centímetros y pesa 30 gramos ya todo sus órganos se encuentran formados, aunque todavía no se ha definido el sexo.

El feto se desarrolla en la bolsa amniótica que contiene el líquido amniótico que protege al feto, le permite moverse y lo mantiene a temperatura constante. La placenta permite el intercambio de oxígeno y nutrientes hacia el feto, así mismo fabrica hormonas necesarias durante el embarazo.

Durante el segundo trimestre la madre va notando diversos cambios significativos como que ya se perciben movimientos del niño/a, el abdomen va incrementado y se escuchan los latidos del corazón (Con un equipo especial).

Durante el último trimestre el feto sigue creciendo y madurando, se va formando una capa de grasa de la piel y adquiere más fuerza y peso. Aproximadamente mide de 40 a 50 centímetros, y su peso es de 3 a 8 libras.

A partir del séptimo mes el feto ya escucha y siente por tal causa se recomienda comunicarse por medio de diálogos, cantos o caricias.

Al partir del noveno mes de la 37 a 42 semanas se inicia el proceso del parto por el cual el feto nace. Si varía el tiempo de alumbramiento esto implica que existe alguna anomalía ya que puede ser un nacimiento prematuro o tardío.

1.3.4 SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LA GESTACIÓN.

De los signos que se pueden mencionar que son los más comunes en la mujer en estado de gestación son:

- ❖ Ausencia de la menstruación.
- ❖ Náuseas y vómitos generalmente por la mañana durante los primeros 3 meses.

- ❖ Cansancio más frecuente.
- ❖ Más sueño que de costumbre.
- ❖ Las mamas crecen y se hacen más sensibles ya que se están preparando para la producción de leche. Y se empieza a producir el calostro⁴⁰.
- ❖ Cambio de apetito (aumento o disminución, antojos).
- ❖ Mucha saliva en la boca.
- ❖ Cambios de carácter que pueden ser de alegría hasta la tristeza.
- ❖ Pueden aparecer manchas oscuras en la cara y a veces una línea del ombligo al pubis⁴¹.
- ❖ Ansias por orinar más seguido.

1.3.5 TIPOS DE GESTACIÓN.

Dentro de los tipos de embarazo o gestación se pueden detallar.

❖ *EMBARAZO ABDOMINAL:*

Es el desarrollo del embrión dentro de la cavidad abdominal.

❖ *EMBARAZO ECTOPICO:*

El que se desarrolla fuera de la cavidad uterina, este debe ser suspendido por ser fuera de lo normal y representa peligro para la madre.

❖ *EMBARAZO FALSO:*

Alteración patológica capaz de simular un embarazo. Seudo ciosis.

❖ *EMBARAZO GÁSTRICO:*

Conjunto de síntomas debido a las alteraciones en el normal desarrollo de las funciones digestivas.

40 "Primera leche secretada por las glándulas mamarias de la madre, después del nacimiento del producto. Es laxante y ayuda a la expulsión del meconio". Dic. Blakinson , México 1,983 Pág. 208.

41 Porción anterior del hueso coxal o iliaco. Plan Nacional de Atención 1,992 – 1,996 Normas de atención de salud materno infantil. MSPAS Guatemala Pág. 177.

❖ *EMBARAZO GEMELAR:*

Es en el que se originaran dos individuos.

❖ *EMBARAZO HISTÉRICO:*

Signos o síntomas de embarazo normal producidos por mujeres histéricas que no están en cinta, son falsos embarazos.

❖ *EMBARAZO AMPOLLAR:*

Gestación en la porción externa de la trompa uterina.

❖ *EMBARAZO CERVICAL:*

Entidad rara en la que como resultado de la atrofia de la membrana residual, el óvulo fertilizado se implanta en el conducto cervical, donde se desarrolla hasta el útero lo expulsa.

❖ *EMBARAZO CORNUAL:*

Gestación que se lleva a cabo en uno de los cuernos de un útero bicornio.

❖ *EMBARAZO EXTRAUTERINO:*

Desarrollo del óvulo fertilizado fuera de la cavidad uterina.

❖ *EMBARAZO INTERTICAL:*

Gestación en la porción uterina de un oviducto.

❖ *EMBARAZO MOLAR:*

Gestación en la cual el óvulo se convierte en una masa tumoral carnosa. (mola).

❖ *EMBARAZO MÚLTIPLE:*

Gestación con dos o más fetos dentro de un útero.

❖ *EMBARAZO TUBARICO:*

Gestación que ocurre dentro de un oviducto turbal.

❖ *EMBARAZO TOBOLIGAMENTOSO:*

Gestación que se origina en una trompa uterina, con extensión hacia el ligamento ancho.

❖ *EMBARAZO TUBOOVARICO:*

Gestación que se implanta en una trompa uterina y se extiende hacia el ovario.

❖ *EMBARAZO ÚTERO ABDOMINAL:*

Gestación con un feto en el útero y el otro dentro de la cavidad peritoneal.

❖ *EMBARAZO TUBARIO:*

Gestación con un feto en el útero y otro en un oviducto.

❖ *EMBARAZO ÚTERO OVÁRICO:*

Gestación con un feto en el útero y el otro en el ovario.

1.3.6 FACTORES DE RIESGO DE LA GESTACIÓN EN LA MUJER

En el grupo materno-infantil⁴² se puede hacer una excepción al hablar de los cambios físicos ya que de una manera popular se ha pensado que la gestación⁴³ es una enfermedad, pero en la realidad este es un proceso de cambios internos en el cuerpo de una mujer donde se va creando un nuevo ser humano, este es un proceso tan normal que lógicamente debe llevar un control pues dependiendo de las circunstancias de cada mujer así serán los riesgos o enfermedades que perjudiquen la normalidad de su embarazo o en el desarrollo del nuevo ser.

Según las normas de atención de la salud materno-infantil, estipulan que toda mujer en gestación debe llevar un control prenatal,⁴⁴ aunque estas son generalizadas para todas las mujeres embarazadas, pero por las necesidades de nuestro país se debe priorizar aquellos grupos con criterio de riesgo.

42 "Es el grupo de población constituido por el niño menor de 5 años, madres embarazadas y lactantes así como toda mujer en edad reproductiva de 14 a 49 años Plan Nacional de Atención 1,992 – 1,996 Normas de atención de salud materno infantil. MSPAS Guatemala Pág. 177.

43 "Embarazo, Preñez. Periodo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el parto y/o aborto. Plan Nacional de Atención 1,992 – 1,996 Normas de atención de salud materno infantil. MSPAS Guatemala Pág. 174.

44 "El contacto y evaluación programada de gestante por el equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y contribuir a una adecuada preparación para el parto y atención del niño" Plan Nacional de Atención 1,992 – 1,996 Normas de atención de salud materno infantil. MSPAS Guatemala Pág. 9

1.3.6.1 DE TIPO SOCIAL

Desde el punto de vista social se pueden mencionar como factores de riesgo:

- ❖ Pobreza y extrema pobreza.
- ❖ Analfabetismo.
- ❖ Desempleo.
- ❖ Drogadicción.
- ❖ Alcoholismo.
- ❖ Prostitución.
- ❖ Violencia Intra y Extra familiar,
- ❖ Tabaquismo.
- ❖ Entre Otros.

Los mencionados aspectos son muy importantes aunque la situación socioeconómica de nuestro país es delicada ya que la mayor parte de la población sufre de pobreza ó extrema pobreza lo cual implica que pueden existir varios de los factores en un solo caso, ya que para ejemplificar con el indicador de analfabetismo este nos demuestra que solo en la mujer un 53% de la población guatemalteca presentan dicho problema lo cual se vuelve una causa directa como limitante del desarrollo socioeconómico de los hogares, ya que sin mayor preparación la visión de los individuos se enmarca en un círculo de problemas sociales que forman parte de causa-efecto-causa.

1.3.6.2 DE TIPO FISICO

Así mismo podemos delimitar también los factores físicos o biológicos que puede enfrentar la mujer durante su periodo de gestación.

Podemos mencionar que se dividen de la siguiente manera:

POR CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE:

- ❖ Menores de 18 o mayores de 35 años.
- ❖ Bajo o excesivo peso.
- ❖ Talla menor de 150 cms.
- ❖ Menor de 2 años entre cada embarazo o parto.

POR ANTECEDENTES MÉDICOS:

- ❖ Hipertensión arterial
- ❖ Infección urinaria
- ❖ Glomérulo⁴⁵ nefritis⁴⁶
- ❖ Síndrome nefrítico⁴⁷
- ❖ Diabetes Mellitus
- ❖ Enfermedades de la Tiroides
- ❖ Retraso Mental
- ❖ Psicosis
- ❖ Neurosis
- ❖ Epilepsia
- ❖ Infecciones de Transmisión Sexual
- ❖ Tuberculosis
- ❖ Paludismo
- ❖ SIDA
- ❖ Hepatitis

POR ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

- ❖ Multiparidad (más de 5 hijos)
- ❖ Cesárea anterior.
- ❖ Trabajo de parto Prolongado (más de 12 horas).
- ❖ Embarazo Prolongado (más de 42 semanas).

45 "Masa pequeña redondeada". Dic. De Blakinston, México 1,983 Pág. 610

46 "Inflamación del riñón". Dic. De Blakinston México 1,983 Pág. 887.

47 Relativo o que afecta al riñón. Dic. De Blakinston México 1,983 Pág. 887

- ❖ Aborto
- ❖ Recién nacido anterior con traumatismo durante el parto o anomalías congénitas, prematuridad y/o bajo peso.
- ❖ Muerte de recién nacido anterior durante la primera semana.

POR ESTADOS MORBOSOS CON EL EMBARAZO: (Actual o Anterior)

- ❖ Toxemias⁴⁸
- ❖ Hemorragia Vaginal
- ❖ Embarazo múltiple.
- ❖ Situación transversal o presentación podálica⁴⁹.
- ❖ Polihidramnios⁵⁰ u oligodramnios⁵¹.
- ❖ Hemoglobina menor de 8 gramos, hematocrito menor de 24.
- ❖ Falta de ausencia de movimiento fetal después de 22 semanas.
- ❖ Rechazo al embarazo.
- ❖ Embarazo no deseado (Violación, Madre Soltera en algunos casos).

48 Contaminación de la sangre por productos venenosos, ya sea los producidos por las células corporales o los que sueltan del metabolismo de los microorganismos, Dic. De Blakinston México 1,983 Pág. 1288.

49 "Relativo a los pies". Dic. De Blakinston México 1,983 Pág. 1033

50 "Volumen excesivo de líquido amniótico". Dic. De Blakinston México 1,983 Pág. 1037.

51 "Deficiencia de líquido amniótico". Dic. De Blakinston México 1,983 Pág. 934.

1.3.7.FACTORES DE RIESGO DURANTE LA GESTACIÓN (PARTO, POSTPARTO) EN EL NIÑO(A).

Así como la madre está expuesta a factores de riesgo de diversa índole también el neonato⁵² está expuesto a riesgos como lo son:

POR FACTORES QUE SUGIEREN SUFRIMIENTO FETAL:

- ❖ Manchas de meconio⁵³ en la presentación de la cabeza.
- ❖ Frecuencia cardiaca fetal persistente menor de 120 x y mayor de 160.

PROBLEMAS MATERNOS

- ❖ Toxemia
- ❖ Incompatibilidad feto materno de grupo RH.
- ❖ Retardo del crecimiento uterino.
- ❖ Toroplasmosis.
- ❖ Diabetes.
- ❖ Placenta previa.

OTROS FACTORES

- ❖ Polidramnios u oligohidramnios.
- ❖ Trabajo de parto prolongado o irregular.
- ❖ Anestesia general.
- ❖ Operación Cesárea.
- ❖ Parto con maniobras

52 Periodo comprendido desde el nacimiento hasta los 27 días de vida. Plan Nacional de Atención 1,992 – 1,996 Normas de atención de salud materno infantil. MSPAS Guatemala Pág. 176

53 “Masa pastosa de color verdosa, formada de moco, celular epiteliales descamadas, bilis, lanudo y cervix caseosa que se reúne en el intestino del feto”. Dic. De Blakinston México 1,983 Pág. 814.

1.3.8.CONTROL PRENATAL Y SU IMPORTANCIA.

Según Las normas de atención al grupo materno-infantil nos define como control prenatal “El contacto y evaluación programada de la gestante por el equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y contribuir a una adecuada preparación para el parto y la atención del niño”. Se concluye que durante este control se puede llegar a conocer en un momento adecuado cualquier tipo de dificultad en el embarazo que perjudique la salud de la madre o el niño/a.

Entre los objetivos más importantes del control prenatal podemos mencionar:

- ❖ La detección de enfermedades maternas.
- ❖ La prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- ❖ La prevención del tétano neonatal.
- ❖ La vigilancia del crecimiento y de la vida fetal.
- ❖ La disminución de las molestias asociadas al embarazo.
- ❖ La preparación psicofísica para el parto.
- ❖ La importancia del control postnatal.

Para que dicho control pueda satisfacer realmente es necesario tomar en cuenta los siguientes requisitos:

Precocidad: Que se inicie el control preferiblemente durante el primer trimestre de embarazo.

Periodicidad: Que se desarrollen mínimo 5 consultas prenatales.

Integralidad: El contenido debe garantizar el cumplimiento de acciones de fomento, protección recuperación y rehabilitación de la salud.

Todo este proceso minimiza los factores de riesgo que puedan contribuir con alguna alteración anormal durante el embarazo, pero a su vez y de igual manera también es importante señalar que el control post natal coadyuvará a cualquier

anomalía que se pudiera haber desarrollado durante la gestación, parto o puerperio”⁵⁴.

La información que se proporciona es de suma importancia ya que se ha desarrollado con literatura específica del ámbito guatemalteco, y especialmente sobre la mujer de nuestro país, lo cual crea una perspectiva amplia y sobre todo real del contexto sociocultural y económico, y ante todo del rol en que la mujer se encuentra inmersa como mujer, madre, esposa, trabajadora desde el punto de vista de la teoría; así mismo se ha desarrollado un análisis sobre la mujer como ente reproductor y el proceso de gravidez, los riesgos que pueden contraer ella o su hijo/a, lo cual es trascendental para salvaguardar la vida de madre e hijo.

Otro factor importante que se desarrolla es el machismo como sujeto cultural que impera en las costumbres y formación de generación a generación, que se convierte en causal directo de la discriminación e invisibilización que día con día se va promoviendo a la mujer, y en la mayoría de los casos por la misma mujer hacia sus hijos/as.

Aunque la mujer no se encuentra desamparada, es lastimoso que ésta no conozca los derechos dirigidos a ella especialmente, por lo cual se incrementa la explotación y discriminación como ser humano; por lo cual se considera de suma importancia hacer una referencia general sobre leyes y/o decretos que la amparan como integrante primordial del grupo materno infantil. Por lo mismo en el capítulo siguiente se ha hecho una selección de aspectos legales que sirven de reseña para la socialización de dicho marco legal.

54 “Periodo que sigue al alumbramiento, dura 40 días “Normas de Atención al grupo materno-infantil 1992-1996” Pág. 176

CAPITULO II

2.1 SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN GUATEMALA.

2.1.1 MARCO LEGAL.

2.1.1.1 CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA

Se considera de suma importancia iniciar este capítulo definiendo la salud como el “Estado de equilibrio entre organismo y el ambiente que mantiene las características estructurales y funcionales del organismo dentro de los límites normales para la forma de vida en particular de su ciclo de vida”⁵⁵, todo lo anterior nos demuestra que se tiene que ubicar como un buen estado de la salud y estar equilibradamente no solo de una manera física sino que también emocional, mental o socialmente, ya que esto tiene que ver de una manera directa. Ya que no solo podemos padecer de una enfermedad”⁵⁶, por padecimiento físico, si no que también por padecer de diversidad de problemas personales o sociales.

El proceso de salud-enfermedad son aquellos cambios por los que el estado físico, emocional ha variado en un individuo de una forma negativa.

Este proceso es tan normal en el ser humano ya que toda persona está expuesta a estos cambios, los cuales pueden variar de niveles normales a los anormales o preocupantes, que se refieren específicamente a aquellas enfermedades degenerativas.

Al desarrollar un análisis legal con relación a los servicios de salud pública en Guatemala no podemos iniciar si no basándonos en la Carta Magna la cual es la

55 Definición del Diccionario de Medicina de Blakiston México 1,983 Pág. 1168.

56 “Fracaso de los mecanismos adaptadores de un organismo para contrarrestar adecuadamente los estímulos o tensiones a los somático, el cual tiene como resultado un trastorno de la función o de la estructura de cualquier parte, órgano o sistema del cuerpo” Diccionario de Medicina Blakiston México 1,983 Pág. 446

principal ley de nuestro país, la que estipula a la salud como un derecho según el artículo 93 de la Constitución de la República de Guatemala que textualmente dice: “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”⁵⁷.

Por tal circunstancia y para el bienestar de la población nacional el estado guatemalteco ha creado un ministerio que se encargue específicamente de las acciones preventivas y curativas de la salud, basándose en el artículo 94 de la Constitución de la República que dice “Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. 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.”⁵⁸ Este párrafo nos indica claramente el objetivo y funcionamiento de la institución que se ha creado la cual tiene la obligación y responsabilidad de velar por el beneficio de la población guatemalteca en aspectos de salud, por la creación de diversos programas que se ejecuten de acuerdo a las prioridades de nuestro contexto y así ofertar realmente un servicio de calidad, eficaz y eficiente.

Como ya se mencionó al referirse en los aspectos legales se ha encontrado suficiente material ya que la salud es una de las necesidades prioritarias en nuestro medio y se han creado manuales, normas y leyes que velen por el bienestar, aunque en la práctica se observa bastante deficiencia en éstas y más en la ejecución de las mismas, dado que se han creado con una visión futurista si no que solamente se ha ido paleando las necesidades sentidas y no responden en su totalidad al incremento de morbilidad, mortalidad y fiscalización del bienestar en salud.

57 Constitución de la Republica de Guatemala, Guatemala 1985, s/P.

58 Ibíd.

2.1.2 PLAN NACIONAL DE SALUD.

En la actualidad se tiene como base el Plan Nacional de Salud 2,000 - 2,004 lo que expone con relación al grupo materno infantil lo siguiente:

Se considera de suma importancia el analizar los puntos específicos del Plan Nacional de Salud plantea con lo relacionado a la atención del grupo materno-infantil ya que esto será una fundamentación legal que contribuirá en la atención que se debe prestar a nivel público a éstos.

Marco Constitucional y Legal:

El Plan Nacional de Salud 2,000 - 2,004 se enmarca en su planificación en los instrumentos jurídicos que se detallan a continuación:

Constitución Política De La República:

La Constitución Política de la República establece en su artículo 94 velar por la salud de todos los habitantes, procurándoles el más completo bienestar físico, mental y social, para lo que se desarrollaran acciones de prevención y rehabilitación de la salud, así como las acciones complementarias pertinentes a través de sus intenciones.

Código De Salud:

El artículo 4 del Decreto 90-97 del Congreso de la República, en su último párrafo establece que el Ministerio de Salud, dentro del marco de subsidiariedad, solidaria y equidad, garantizará la prestación de servicios gratuitos a aquellas personas y sus familiares cuyos ingresos no le permitan pagar parte o totalidad de los servicios de salud recibidos.

Acuerdos De Paz:

En los Acuerdos de Paz en los últimos rubros relacionados con el grupo materno-infantil especifica:

Objetivos:

- a) Mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca, especialmente el grupo materno-infantil, los pueblos indígenas y la población migrante.
- b) Reducir la mortalidad infantil y materna en un 50% del índice observado en 1995.

Lo que se mencionó es la base legal la que sirvió de respaldo de las diferentes acciones que se planificaron ejecutar durante el periodo de gobierno comprendido del 2,000 al 2,004.

2.1.3 LEY DE DESARROLLO SOCIAL.

Es de importancia mencionar que a consecuencia de dichos Acuerdos de Paz y del compromiso desarrollado se da origen a la Ley de Desarrollo Social de Guatemala la que fue creada por El Congreso De La República De Guatemala según el Decreto Número 42-2001, la cual será presentada con una visión específica a lo relacionado con el área de salud así como al grupo con gran dificultad de sobrevivencia como lo es el grupo materno infantil y al que va dirigida la presente investigación.

Esta ley fue autorizada en el mes de octubre del año 2,001, la cual tiene como objetivo ampliar algunos derechos y oportunidades que no han sido contemplados a cabalidad en la Constitución de la República de Guatemala.

A continuación se desarrollarán aquellos temas relacionados al tema estudio.

Se ha analizado lo relacionado lo referente al grupo materno-infantil y se puede enunciar lo siguiente:

SECCIÓN I:

CAPITULO I DISPOSICIONES PRELIMINARES

ARTICULO 1. OBJETO

La presente Ley tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los procedimientos legales y de políticas públicas para llevar a cabo la promoción, planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones gubernativas y del estado, encaminadas al desarrollo de la persona humana en los aspectos social, familiar, humano y su entorno, con énfasis en los grupos de especial atención.”⁵⁹

ARTICULO 10. OBLIGACIÓN DEL ESTADO:

El estado, por conducto del Organismo Ejecutivo, es responsable de la planificación, coordinación, ejecución y seguimiento de las acciones gubernativas encaminadas al desarrollo nacional, social, familiar y humano, fundamentados en principios de justicia social estipulados en la Constitución Política de la República. Por lo anterior, el Organismo Ejecutivo deberá planear, coordinar, ejecutar y en su caso promover las medidas para:

- ❖ Reducir las tasas de mortalidad con énfasis en el grupo materno-infantil.
- ❖ Alcanzar la plena integración y participación de la mujer al proceso de desarrollo económico, social, político y cultural.
- ❖ Integrar los grupos en situación de vulnerabilidad y marginados al proceso de desarrollo social.

⁵⁹ Ley de desarrollo Social, Guatemala Decreto 42-2001 FNUAP 2,001.

ARTICULO 15. PATERNIDAD Y MATERNIDAD RESPONSABLE:

La política de Desarrollo Social y Población considerará, promoverá e impulsará planes, programas y acciones para garantizar el ejercicio libre y pleno de la paternidad y maternidad responsable, entendidas estas como el derecho básico e inalienable de las personas a decidir libremente y de manera informada veraz y ética, el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, el momento para tenerlos, así como el deber de padres y madres en la educación y atención adecuada de las necesidades para su desarrollo integral: para tal efecto, el estado fortalecerá la salud pública, la asistencia social y la educación gratuita.

ARTICULO 16. SECTORES DE ESPECIAL ATENCIÓN:

Para efectos de la presente ley, se consideran como grupos o sectores que merecen especial atención en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de la Política de Desarrollo Social y población a los siguientes:

La Política de Desarrollo Social y población incluirá medidas y acciones destinadas a atender las necesidades y demandas de las mujeres en todo su ciclo de vida, y para lograr el desarrollo integral; promoverá condiciones de equidad respecto al hombre, así como para erradicar y sancionar todo tipo de violencia, abuso y discriminación individual y colectiva contra las mujeres, observando los convenios y tratados internacionales ratificados por Guatemala.

Dentro de la Política de Desarrollo Social y población se consideraran disposiciones y previsiones para crear y fomentar la prestación y servicios públicos y privados para dar la atención de vulnerabilidad y, de esta forma, promover su acceso al desarrollo social.

SECCIÓN II:

POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL Y POBLACIÓN EN MATERIA DE SALUD

ARTICULO 24. PROTECCIÓN A LA SALUD

Todas las personas tienen derecho a la protección integral de la salud y él deber de participar en la promoción y de defensa de la salud propia, así como la de su familia y de su comunidad. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el I.G.S.S, atenderá las necesidades de salud de la población y rehabilitación de la salud mediante la prestación de servicios integrados, respetando, cuando clínicamente proceden prácticas de medicina tradicional e indígena.

ARTICULO 26. PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA:

Sin perjuicio de las atribuciones y obligaciones que dispongan otras leyes y de conformidad con lo que establezca la Política Nacional de Desarrollo Social y Población, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, que sea participativo, sin discriminación e incluyente, y que tome en cuenta las características, necesarias y demandadas de mujeres y hombres. El programa de Salud Reproductiva deberá cumplir y apegarse a las siguientes disposiciones:

- ❖ OBJETO: El programa de Salud Reproductiva tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil haciendo accesibles los servicios de Salud Reproductiva a mujeres y educando sobre el mismo.
- ❖ SERVICIOS: Los servicios de Salud Reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública, por lo que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el I.G.S.S por medio de sus dependencias, hospitales, Centros de Salud, Puestos de Salud y demás unidades administrativas y de atención al público, están obligados a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención

del cáncer cervico, uterino y el de mama, atención a la menopausia y climaterio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de próstata, diagnóstico y tratamiento de infertilidad y esterilidad, diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones de Transmisión sexual (ITS), del virus de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y atención a la población en edad adolescente.

- ❖ **MATERNIDAD RESPONSABLE:** La vida y la salud de las madres e hijos son un deber público por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional. Se promoverá, apoyará y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil.

Como nos demuestra lo anterior existe respaldo legal suficiente para poder desarrollar las acciones que se ejecuten en el bienestar de la salud de la población guatemalteca, y específicamente al grupo materno – infantil.

El proceso de acciones que se ejecutan en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se basa en la planificación que se elabora cada 4 años, lo que corresponde específicamente a cambio políticas del gobierno en turno, lo cual directamente perjudica el desarrollo de acciones que se ejecutan en las instituciones de salud, afectando a la población beneficiaria de los servicios ya que frecuentemente se modifican especialmente los presupuestos y se deben dejar inconclusos los programas.

2.1.4 POLÍTICAS DE ACCIÓN EN LA ACTUALIDAD.

Según el Plan Nacional de Salud 2,000 – 2,004 refiere que las estrategias que se llevarán a cabo en dicho periodo, que van encaminadas al grupo materno-infantil pueden mencionarse:

POLÍTICAS DE SALUD	LÍNEAS DE ACCIÓN
Salud Integral de los Grupos Familiares	Atención integral a la mujer. Atención a niños y niñas. Atención a Adolescentes. Paternidad responsable. Promoción de la Lactancia Materna

2.1.5 PROGRAMAS PRIORITARIOS

El Plan Nacional de Salud se fundamenta en 20 programas prioritarios, pero los que se relacionan al grupo materno-infantil de manera directa e indirecta se encuentran:

- ❖ Atención materna perinatal.
- ❖ Atención a niños, niñas y adolescentes.
- ❖ Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS).
- ❖ Enfermedades Inmunoprevenibles.
- ❖ Tuberculosis.
- ❖ Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- ❖ VIH-SIDA.
- ❖ Seguridad Alimentaria Nutricional.
- ❖ Enfermedades Degenerativas (Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, diabetes).
- ❖ Salud Mental.

2.1.6 NORMAS DE ATENCIÓN AL GRUPO MATERNO INFANTIL 1,992-1,996.

Así mismo es de utilidad mencionar que durante el periodo 1992- 1996 se elaboro por los gobernantes en turno el Plan Nacional de Salud Materno Infantil a lo que va dirigido el estudio que se elaborará.

A continuación se presenta de manera concreta el Plan Nacional de Salud Materno Infantil.

Este manual se creó en el año de 1,992, por la necesidad existente de una atención al grupo materno infantil de calidad y oportuna, a continuación se da a conocer de una manera sintetizada los objetivos y prioridades de este.

NORMAS DE ATENCIÓN MATERNO INFANTIL:

El manual incorpora un enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Se trata de un método que se emplea para medir las necesidades de atención de grupos específicos.

Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para el mejor funcionamiento y calidad de los servicios. Si bien intenta mejorar la atención de todos, presta mayor atención a quienes lo requieren. Es por lo tanto un enfoque que privilegia la atención de quienes tienen mayores riesgos biológicos y sociales.

CAPITULO I

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER:

Este capitulo se refiere, fundamentalmente, a los principales riesgos de salud de la mujer por la condición de su sexo, tales como el cáncer de mama y el del cuello

uterino y la normalización del manejo de eventos que, siendo fisiológicos, comportan riesgos adicionales tales como el embarazo, parto y puerperio. Así mismo, parte importante de este capítulo está dedicado a las principales recomendaciones y normas para contribuir a que se haga realidad el derecho constitucional de la pareja de tener el número de hijos y en la oportunidad que decida. Ello incluye el conocimiento del riesgo reproductivo, la planificación familiar y el manejo de infertilidad.

CONTROL PRENATAL:

Se entiende por control prenatal el contacto y evaluación programada de la gestante por el equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y contribuir a una adecuada preparación para el parto y la atención del niño.

ATENCIÓN DEL PARTO:

El médico y/o enfermera (Centro de salud tipo A y consultorios del I.G.S.S) atenderán partos de la madre que asiste por demanda espontánea o referida por comadrona, EPS y/o por personal de salud de puestos y centro de salud de otro tipo.

ATENCIÓN DEL PUERPERIO:

Puerperio Inmediato (Primeras 24 horas).

Puerperio Mediato (Dos a siete días post parto),

Puerperio Tardío (de 8 a 40 días post parto).

Salud reproductiva, Planificación Familiar e infertilidad,

Detección precoz del cáncer cervicouterino y cáncer de mama.

CAPITULO II

ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

En este capítulo se describen las normas y procedimientos para la atención Integral del niño en sus distintas edades, incluyendo secciones sobre:

- ❖ Crecimiento y Desarrollo.
- ❖ Lactancia Materna.
- ❖ Manejo y prevención de los problemas de morbilidad más frecuentes:
 - o Infecciones Respiratorias Agudas.
 - o Programa ampliado de inmunizaciones.
 - o Control de enfermedades diarreicas.
 - o Recomendaciones para la prevención del cólera.
 - o Control de la tuberculosis.
 - o Salud Bucal.

ATENCIÓN NEONATAL:

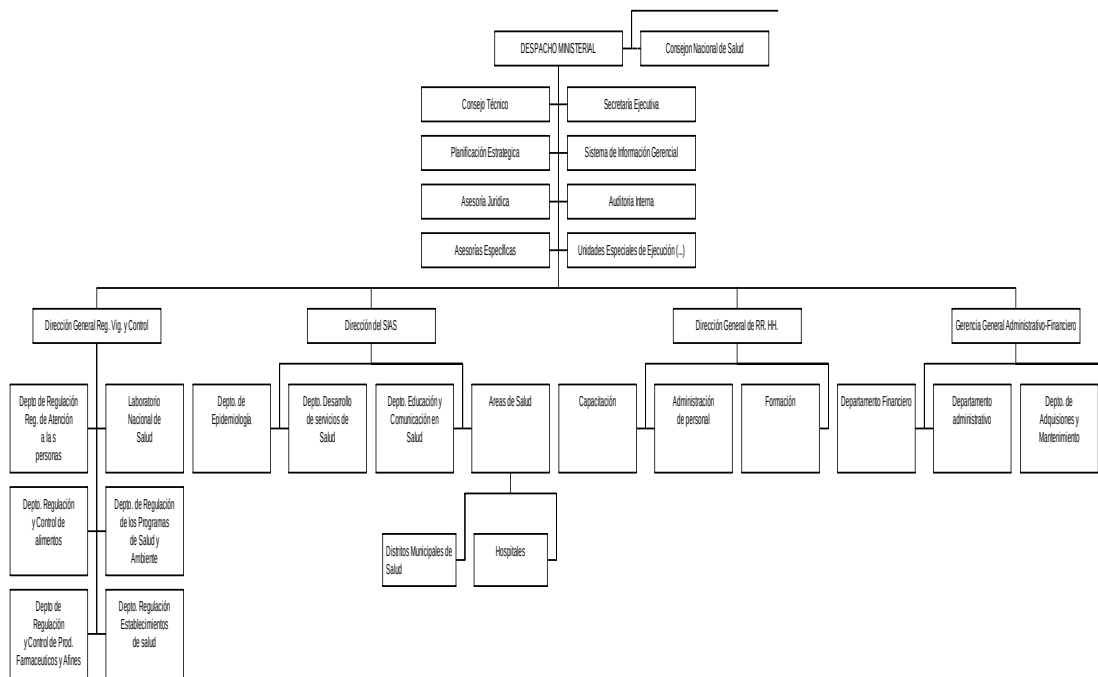
El médico/a y/o personal de enfermería responsable de la asistencia del parto y atención inmediata del neonato, deberá conocer y saber interpretar los factores que permitan identificar un neonato en riesgo.

2.1.7 NIVELES DE ATENCIÓN EXISTENTES.

Con relación a la estructura organizativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, considera importante presentarlo ya que por la misma estructura se han delimitado en varios niveles de atención.

Primeramente se presentará al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social diagramadamente de una manera general el cual se representa.

ORGANIGRAMA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL



En conclusión podemos definir los niveles de atención en tres, los cuales son los siguientes:

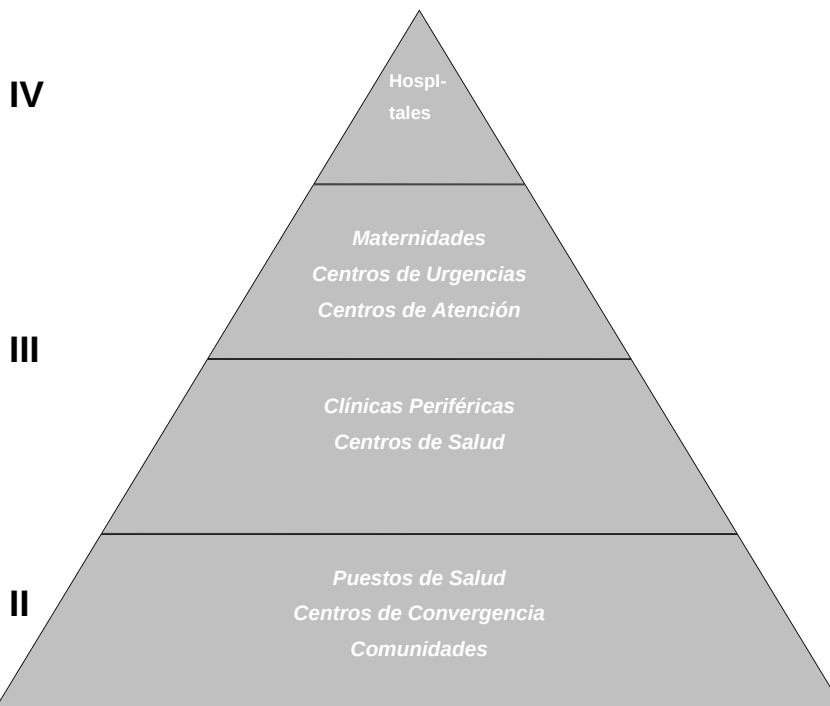
“PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: Es el nivel de atención mínimo simplificado que se ofrece a la población dentro de la comunidad. Se encuentra en este nivel de atención los servicios comunitarios de la Unidad Mínima de Salud y los Centros de Convergencia Popular y los Puestos de Salud que representan el primer contacto del Ministerio de Salud con la población.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN: Es el nivel de atención intermedio que se ofrece a la población a través de los Centros de Salud Tipo B, Tipo A, y maternidades Cantonales.

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: Es el nivel de atención de mediana y alta complejidad que utiliza tecnología avanzada para la atención de la población. Está representado por Clínicas Periféricas con sus Centros de Urgencias y Maternidades de 24 horas, los Hospitales de distrito de área de región, de referencia nacional o especializados.”⁶⁰

Esto nos demuestra que el primer y segundo nivel de atención se encuentra directamente relacionado con la comunidad y son los encargados de desarrollar acciones preventivas y educativas más que curativas.

Así mismo se presenta a continuación el modelo funcional del Área de Salud Guatemala.



60 Glosario de Términos de uso común en Salud Pública, S/N, Guatemala 2,000.

Este modelo fue creado directamente para el Área de Salud Guatemala, aunque los primeros niveles representados ya en su funcionalidad representan un distrito de salud completo que se subdivide en Centro de Salud con sus Puestos de Salud o Clínica Periférica y sus Puestos de Salud.

En relación a lo anterior y en función de la delimitación geográfica de la investigación se considera de importancia indagar sobre los aspectos más relevantes de dicha espacio territorial, por lo cual se presenta a continuación la información más sobresaliente del municipio de Mixco.

2.2 DEMOGRAFÍA DEL MUNICIPIO DE MIXCO.

Se considera de importancia el detallar información generalizada sobre el municipio de Mixco, ya que se delimitaran aspectos únicos de la población, que son desde su tipo de vida hasta costumbres que han sido transmitidas de generación a generación, y pueden ser causantes de las actitudes de la población.

Se selecciono una serie de datos relevantes pero significativos que contribuirán en el desarrollo del estudio realizado.

2.2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Alrededor del año de 1,525 Don Pedro de Alvarado con apoyo de los habitantes de Chinautla, destruyen Mixco (ahora llamado Mixco Viejo), el cual estaba localizado en el municipio de San Martín Jilotepeque, Chimaltenango, obligando trasladar a sus habitantes a la ubicación actual de la Villa de Mixco conocida como Santo Domingo Mixco.

Su etimología podría ser del náhuatl MIXCONCO lugar cubierto de nubes, por sus condiciones atmosféricas. O del Poqoman MIXCU pueblo de loza pintada, por la gran fama que ha tenido de lo que se elaboraba localmente.

La descendencia de la población es Pocoman de origen prehispánico, el idioma predominante es el castellano, pero debido a que su población es mayoritaria procede de los departamentos de Chimaltenango y Sacatepequez, su segundo idioma es el Cackchiquel; el Pocoman, el idioma materno que viene de sus antepasados y es hablado por número reducido de la población indígena.

2.2.2 ASPECTOS GEOGRÁFICOS

La villa de mixco se encuentra ubicada en el departamento de Guatemala, a 17 kilómetros de la ciudad capital, con una extensión de 99 kilómetros cuadrados, y una altura sobre el nivel del mar de 1,730 y con un clima templado.

Sus colindancias son al Norte con San Pedro Sacatepequez (Guatemala); al este con Chinautla y Guatemala (Guatemala); al sur con Villa Nueva (Guatemala); y al oeste con San Lucas Sacatepequez y Santiago Sacatepequez (Guatemala).

Su división política –administrativa está ha distribuido en 1 villa, colonias, condominios, aldeas, caseríos. Ubicadas en áreas urbana, rural, urbano marginal, distribuidas en 11 zonas.

La villa de Mixco cuenta con servicios públicos como lo son Iglesias católicas y evangélicas en su mayoría, así como con servicio de buses que lo comunican con la capital, aldeas y sus diferentes zonas, con escuelas públicas y privadas, academias de diversa índole, agua potable en la mayoría de las comunidades, energía eléctrica, correos, telégrafos, teléfonos, Centros de Salud, Puestos de Salud, Clínica Periférica.

2.2.3 ASPECTOS ECONÓMICOS.

En el municipio de Mixco se ha caracterizado por contar con diversidad de establecimientos comerciales (tiendas, restaurantes, carnicerías, abarroterías, centros comerciales, gasolineras, hoteles, establecimientos educativos privados, librerías, sanatorios, veterinarias, farmacias), además cuenta con varios mercados con estructura formal, así como diversidad de informales, los cuales sirven de fuente de empleo a personas originarias del municipio así como a vendedores ambulantes de otros lugares del país.

2.2.4 ASPECTOS CULTURALES

La población no ha perdido sus costumbres folklóricas aún estando tan cerca de la ciudad capital. Sus cofradías se revisten de gran colorido en sus celebraciones dedicadas a los santos.

El baile de los moros, la quema del torito, juegos pirotécnicos, el baile de disfraces y el atuendo tradicional de las capitanías, son la atracción de este municipio.

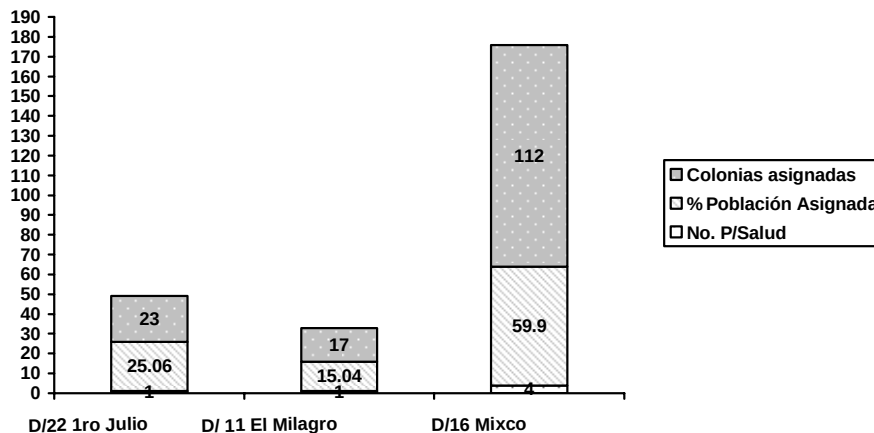
Los platos de comida típica son los chicharrones con el sello del gusto del pueblo de Mixco, así como el caldo colorado, que se hace especialmente para las fiestas patronales, y no puede faltar el chocolate.

Se celebran dos fiestas patronales la de la Virgen de morenos la última semana de enero y la del Santo Domingo el 4 de agosto.

2.2.5 ASPECTOS DE SALUD

El municipio de Mixco cuenta con tres distritos de salud, los que se distribuyen de la siguiente manera:

DIAGRAMA No. 1
DISTRITOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE MIXCO

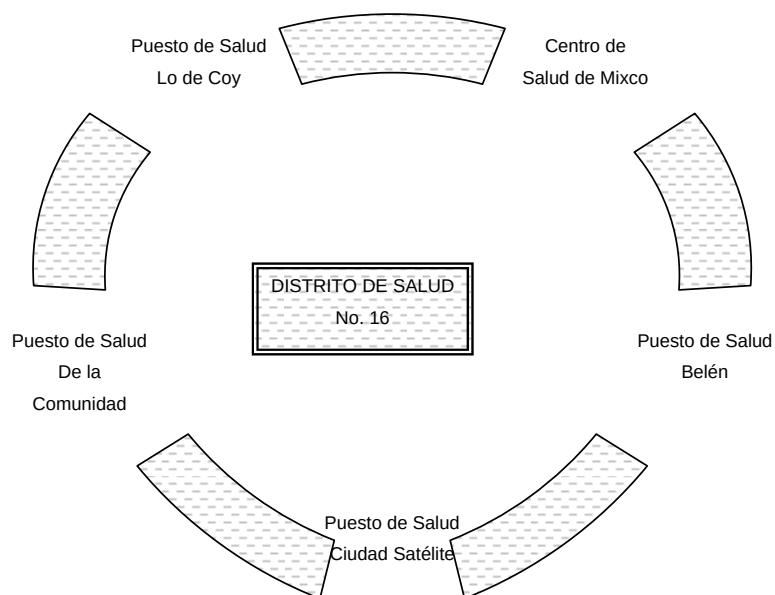


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

La gráfica nos demuestra la distribución de los servicios de salud en el municipio de Mixco, así mismo nos presenta la cantidad de colonias con su respectiva población lo cual presenta que un 59.90% de la población total del municipio se ha asignado al distrito no. 16 Mixco, por lo cual le corresponde la mayor parte de colonias y población, pero no así con la cantidad de servicios necesarios para la atención eficaz y eficiente de la población.

El distrito 16 asimismo se distribuye de la siguiente manera:

DIAGRAMA No.2
SERVICIOS DE SALUD DISTRITO # 16 MUNICIPIO DE MIXCO.



Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

Como se puede identificar este distrito cuenta en la actualidad con 5 servicios de salud para atender una población de 303,245 lo que es poco para la extensa población que tienen que atender, ya que según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, un servicio de salud debe orientarse a 50,000 habitantes y estos datos nos indican que para el año 2,002 cada servicio del distrito 16 tiene asignada más de 100,000 habitantes, lo que duplica la población a la cual tiene capacidad.

Según datos reportados en la memoria anual del 2,002 el distrito de salud no. 16 presento los siguientes indicadores de morbilidad y mortalidad:

DIAGRAMA No. 3
PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD INFANTIL
DISTRITO # 16 MIXCO AÑO 2,002.

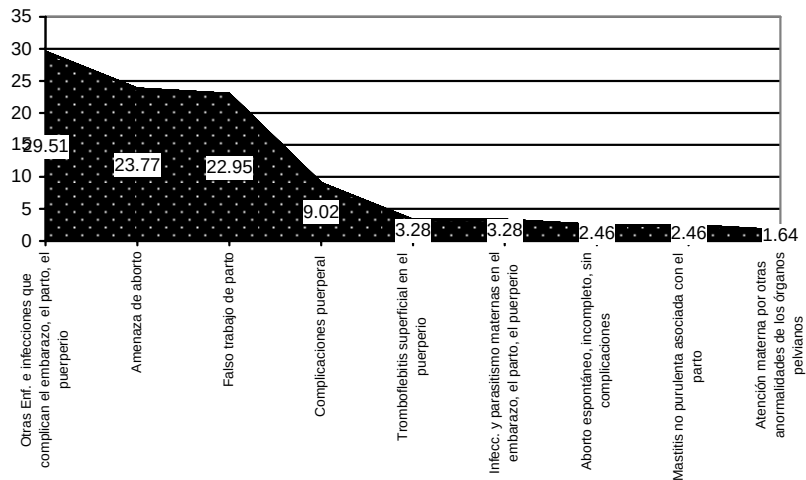
ENFERMEDAD	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
Rinofaringitis Aguda (resfrío común) catarro	1092	29.56
Diarreas	423	11.45
Neumonías y Bronconeumonías	353	9.56
Amigdalitis aguda no especificada	268	7.26
Dermatitis alérgica de contacto de causa no especificada	184	4.98
Faringitis aguda no especificada	165	4.47
Dermatitis no especificada	152	4.11
Candiniasis de otros sitios	103	2.79
Conjuntivitis no especificada	94	2.54
Parásitos intestinal, sin otra especificación	87	2.36
Resto de Causas	773	20.95
Total de Consultas	3694	100

Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

El cuadro anterior nos refleja que los indicadores a nivel nacional coinciden con los del distrito ya que el 50.85% son relacionadas con las Infecciones Respiratorias y luego con un 13.81%, las enfermedades relacionadas con problemas estomacales; lo que implica que la morbilidad de este sector puede prevenirse con la

práctica de estilos de vida saludable por parte de la población. Dichos datos son basados en 3,694 primeras consultas a niños.

DIAGRAMA No. 4
PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD MATERNA
DISTRITO # 16 MIXCO AÑO
2,002.



Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

Los datos proporcionados nos indican que del grupo de embarazadas consultan el servicio de salud un 49.98% lo hace por padecer de problemas durante la etapa gestacional, mientras que un 34.93% asistió por sufrir síntomas de aborto o por un parto prematuro y un 15.09% concurrió luego del parto lo que es una minoría ya que la mayor parte de las mujeres luego de dar a luz no vuelven a hacerse un examen ginecológico para constatar que no exista alguna anomalía de salud.

En conclusión se puede delimitar las consultas son de algún problema que complican el embarazo pudiendo ocasionar hasta una pérdida, lo que se considera se puede prevenir mediante un control prenatal constante así como adecuado por personal capacitado.

DIAGRAMA No. 5
PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL
DISTRITO # 16 MIXCO AÑO 2,002.

ENFERMEDAD	NO. CASOS	PORCENTAJE
Rinofaringitis Aguda (resfrío común) catarro	5104	16.26
Amigdalitis aguda no especificada	2527	8.05
Diarreas	2310	7.36
Neumonías y Bronconeumonías	1628	5.19
Parásitos intestinal, sin otra especificación	1236	3.94
Faringitis aguda no especificada	1172	3.73
Dermatitis alérgica de contacto de causa no especificada	1090	3.47
Gastritis no especificada, Enfermedad Péptica	860	2.74
Infección de vías urinarias sitio no especificado	757	2.41
Dermatitis no especificada	675	2.15
Resto de Causas	17359	44.68
Total De Consultas	31382	100

Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

Con relación a las causas de morbilidad general, esta también coincide con la nacional ya que imperan la Infecciones Respiratorias agudas (IRAS) con un 33.23% y luego las Enfermedades Transmitidas por agua o alimento (ETAS) con un 14.04% lo que como se mencionó anteriormente se considera pueden ser combatidas por medio de la información, educación a la población con respecto a la práctica de conductas en beneficio de la salud.

A continuación se detallan las causas de mortalidad que fueron reportados durante el año 2,002, en el área de trabajo del distrito No. 16

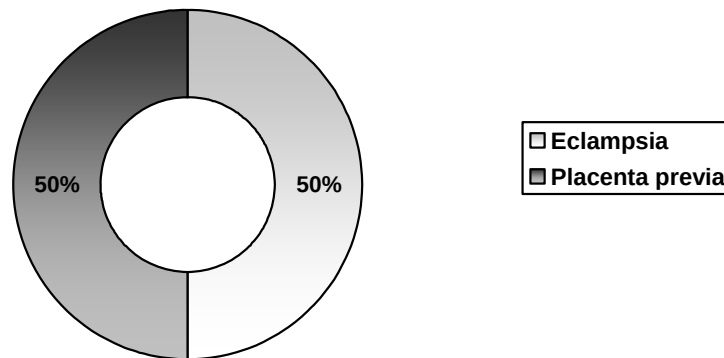
DIAGRAMA No. 6
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
DISTRITO # 16 DE MIXCO AÑO 2,002.

ENFERMEDAD	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
Neumonías y Bronconeumonías	15	23.43
Diarreas	10	15.62
Desnutrición proteicocalóricas, no especificada (D. P. C.)	5	7.81
Malformación congénita del corazón no especificada	4	6.25
Cuerpo extraño en las vías respiratorias, parte no especificada	3	4.69
Otros recién nacidos pre-termino	3	4.69
Bronconeumonía no especificada	2	3.13
Insuficiencia renal aguda	2	3.13
Meningitis no especificada	2	3.13
Septicemia no especificada, choque séptico	2	3.13
Resto de Causas	16	24.99
Total de Causas	64	100

Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

La mortalidad infantil refleja datos realmente preocupantes ya que la primera causa se relaciona igualmente que en la morbilidad infantil con problemas respiratorios en un 31.25%, luego se presentan los casos de diarreas con un 15.62% y en tercer lugar los casos originados con algún problema durante el embarazo o nacimiento con un 10.94%. Se menciona que esto es delicado ya que se tratan de niños menores de 5 años, así como el descuido aparente que se tiene en estos ya que las primeras causas son prevenibles lo que manifiesta que no se atienden los problemas que los niños sufren o no se les está proporcionando la atención en salud adecuada.

DIAGRAMA No. 7
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA
DISTRITO # 16, DE MIXCO AÑO 2,002.



Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

El dato anterior nos refleja que durante el año 2,002 existieron dos casos de muerte materna, los que son prevenibles por medio de un control constante durante el periodo del embarazo, pero lastimosamente todavía existen ideologías equivocadas o falta de conocimiento de la importancia de diversidad de exámenes médicos como de laboratorio u otros para conocer el estado de salud de niño y de la madre. Aunque no se especifica si el niño nació o no es lamentable este tipo de casos pues estos son repetitivos y representativos a nivel nacional.

DIAGRAMA No. 8
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
DISTRITO # 16, DE MIXCO EL AÑO 2,002.

ENFERMEDAD	NO. DE CASOS	PORCENTAJE
Heridas por causa de fuego	52	8.02
Neumonías y Bronconeumonías	41	6.33
Diabetes Mellitus	38	5.86
Traumatismo múltiple de la cabeza	28	4.32
Desnutrición proteicocalorica, no especificada (D.P.C.)	27	4.17
Otras Cirrosis del hígado y las no específicas	27	4.17
Hipertensión esencial (primaria) Tensión arterial alta	26	4.01
Infarto Agudo del miocardio sin otra especificación	24	3.70
Diarreas	16	2.47
Trastorno mental debido a uso de alcohol, síndrome de dependencia	14	2.16
Resto de Causas	355	54.78
Total de Causas	648	100

Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

En el caso de la mortalidad durante el año 2,002, podemos observar que siguen prevaleciendo las infecciones respiratorias, aunque le secundan hechos delictivos como heridas por arma de fuego, enfermedades degenerativas como diabetes, cirrosis, sin desaparecer aquellas que se relacionan con el consumo de alimentos o agua contaminada como por ejemplo diarreas e infecciones de parásitos, las cuales son prevenibles, pero no desaparecen.

A continuación se detallarán los indicadores de salud relacionados con el grupo materno – infantil que es el objeto de estudio:

DIAGRAMA No. 9
INDICADORES DISTRITO 16, MIXCO
AÑO 2,002

INDICADOR	PORCENTAJE
Tasa de Fecundidad	4
Tasa de Morbilidad General	10
Tasa de Natalidad	1.2
Tasa de letalidad en < de 1año por BNM	4
Tasa de Mortalidad Neonatal	6
Tasa de Mortalidad perinatal	6
Tasa de Mortalidad Materna	153*100,000
Tasa de Mortalidad General	2
Tasa de Mortalidad Infantil	18
Mortalidad por Neumonía < 1 año	23
Mortalidad por Neumonía < 5 años	22
Mortalidad por neumonía > de 5 años	30

Fuente: Investigación de campo, año 2,003.

El cuadro anterior nos refleja el análisis general de la situación de morbi-mortalidad del área geográfica que atiende el distrito No. 16; sobresaliendo la mortalidad de neonatos en un 6% así mismo el perinatal con un 6 %, a la vez la mortalidad infantil con un 18%, la cual como ya se ha mencionado se considera que las primeras causas reportadas son prevenibles, como por ejemplo los casos de neumonía pero los casos reportados elevan los índices y especialmente en niños.

Dicha causa de mortalidad se distribuye en niños < de 1 año con un 23%, en niños de 2 a 5 años un 22% y en > de 5 años un 30%, como se mencionó son preocupantes los indicadores, ya que con acciones preventivas se pueden salvar las vidas de estos niños.

Así mismo se presentan los datos de los nacimientos ocurridos durante el año 2,002, en las comunidades que tiene asignado el distrito 16 de Mixto.

DIAGRAMA No. 10
NACIMIENTOS DURANTE EL AÑO 2,002,
DISTRITO No. 16, MIXCO

	NIÑOS NACIDOS		TIPO PARTO		TIPO DE ASISTENCIA			LUGAR DE ATENCION				EDAD DE MADRE	
	M	F	Simple	Gemelar	Medica	Comadrona	Empírica	Hospital	Casa De Salud	Vía Pública	Domicilio	< 20 Años	> 35 Años
Cantidad	1855	1794	3606	22	2851	773	2	2428	331	1	866	495	266
%	50.84	49.16	98.82	0.60	78.13	21.18	0.05	66.54	9.07	0.03	23.73	13.57	7.29

Fuente: Investigación de campo, año 2,003

La información nos refleja que de los niños nacidos durante el año 2,002, inscritos en las municipalidades del departamento de Guatemala y del Municipio de Mixco hasta el mes de julio del año 2,003, predomina con un 50.84 % el sexo masculino, siendo un 98.82 % un parto simple y la asistencia predominante recibida en un hospital con un 66.54%. Lo relevante de estos datos es que un 20.83% de los partos reportados en este sector corresponden al grupo de mujeres en riesgo por edad, pero que de estos un 13.57% se refieren a madres adolescentes.

De una manera generalizada el distrito de salud cuenta con programas de atención en general, lo que a continuación se detallarán.

2.2.6 PROGRAMAS QUE OFERTA:

No obstante por satisfacer las necesidades de los servicios y ampliar la oferta con mayor capacidad de atención el distrito # 16 de Mixco ofrece a los usuarios los siguientes servicios:

- ❖ Atención Pediátrica.
- ❖ Atención Ginecológica.
- ❖ Atención Odontológica.
- ❖ Atención Dermatológica.
- ❖ Atención Traumatológica.
- ❖ Atención de Emergencias (heridas, quemaduras, etc.)
- ❖ Atención Psicológica.
- ❖ Atención Social.
- ❖ Programa de Tuberculosis.
- ❖ Programa de Salud Reproductiva.
- ❖ Programa de Inmunizaciones.
- ❖ Atención de Laboratorio.
- ❖ Atención Administrativa al Público (Traslado de cadáveres, Licencias Sanitarias, Tarjetas de Salud etc.).
- ❖ Atención de mordeduras de animales.
- ❖ Atención de Vacunación a perros y gatos.
- ❖ Programa de Escuelas Saludables.
- ❖ Entre otros.

Los cuales se llevan a cabo en el Centro de Salud, en un mayor porcentaje, ya que en los Puestos de salud se presta generalmente la atención médica externa,

inmunizaciones, salud reproductiva, mientras los demás programas que implica se involucren de personal especializado y/o adicional se atiende directamente por el personal del Centro de Salud.

2.2.6.1 RECURSOS HUMANOS:

Los servicios que se prestan en el distrito #16 se encuentran el siguiente diagrama:

DIAGRAMA No. 11
RECURSO HUMANO, DISTRITO #16 DE MIXCO

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL POR PROFESIÓN.	CANTIDAD PERMANENTE
Médicos	10
Odontólogo	1
Enfermera Graduada	1
Auxiliares de enfermería	22
Secretarias	5
Laboratorista	1
Inspector de Saneamiento Ambiental	2
Estadígrafa	1
Trabajadora Social	1
Psicólogo	1
Guardianes	7
Conserjes	5
Lavandera	1
Promotores Voluntarios	20
Comadronas	40

Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

El diagrama anterior nos presenta que el distrito de salud No. 16 cuenta con un total de recurso humano de 118 personas distribuidas en 40 personas que se dedican directamente a la atención de los problemas de salud de los pacientes, mientras que 19 mas lo hacen de forma indirecta generalmente por atención administrativa o de intendencia y luego existe un total de 60 personas que inciden directamente en la atención de los pacientes pero su trabajo es voluntario el cual normalmente no es reconocido por el personal de salud y algunos casos por los mismos comunitarios.

Cabe mencionar que el personal institucional es proporcionado por el Ministerio de Salud y la Municipalidad de Mixto; pero aunque el total de personal institucional es grande este no es suficiente para la población asignada (303,245) para este distrito.

El horario que se presta de servicio a la población de la cabecera de Mixco en el Centro de Salud es de 7:00 a 19:00 horas, en los días hábiles, así mismo se presta atención los días festivos e inhábiles de 8:00 a 12:00 horas, para inmunizaciones y emergencias. En los Puestos de Salud el horario que se presta a la población es de 8:00 a 16:30 horas, únicamente los días hábiles.

2.2.6.2 PROGRAMA MATERNO INFANTIL

En el distrito de salud se atienden al público en general que demandan los servicios, pero no existe un programa estructurado que se dirija directamente al grupo materno Infantil como prioridad sino que se ha incluido en el Programa de Salud Reproductiva, donde si bien es cierto existen normas de atención, pero a nivel general.

Se considera que se deben crear estrategias de acciones específicas a la población a la que se atiende.

En la actualidad los distintos servicios de salud del distrito No. 16 atienden a las mujeres embarazadas con los siguientes servicios:

DIAGRAMA No. 12
ATENCION PARA A EMBARAZADAS
DISTRITO #16, MIXCO

SERVICIO DE SALUD	SERVICIOS QUE SE PROPORCIONAN
C/S DE MIXCO	Examen Físico, Laboratorios.
P/S SATELITE	Examen Físico, Laboratorios (fuera del servicio)
P/S COMUNIDAD	Médico.
P/S LO DE COY	Examen Físico, Laboratorios (fuera del servicio)
P/S BELEN	Examen Físico, Laboratorios

Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

De acuerdo a la información recabada nos refleja que se atiende a las mujeres en estado de gestación solo de una manera superficial con un diagnóstico clínico ya que en tres de los servicios no se cuenta con el servicio interno de laboratorio por lo cual las pacientes si desean hacerse sus análisis tienen que recurrir a otras instituciones privadas para realizarse sus exámenes.

Así como existe deficiencia en el equipo y departamentos, no se cuenta con el personal especializado, aunque si capacitado como lo demuestra el siguiente cuadro:

DIAGRAMA No. 13
RECURSO HUMANO
PARA LA ATENCION A EMBARAZADAS.
DISTRITO # 16, MIXCO

SERVICIOS DE SALUD	PERSONAL CON QUE SE CUENTA
C/S DE MIXCO	2 Ginecólogos, 1 enfermera profesional, auxiliares de enfermería.
P/S SATELITE	Medico General
P/S COMUNIDAD	Medico General
P/S LO DE COY	Medico General
P/S BELEN	Medico General, Estudiantes de Medicina.

Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

A pesar que existe la atención médica general para atender al paciente no existe la especialidad de gineco-obstetra en todos los servicios para los casos que así lo ameriten.

Unido a esto se proporciona también educación en servicio a la población que asiste en cada uno de los servicios pero no existen acciones específicas para contactar los casos más necesitados probablemente que son aquellos que no acuden a los servicios.

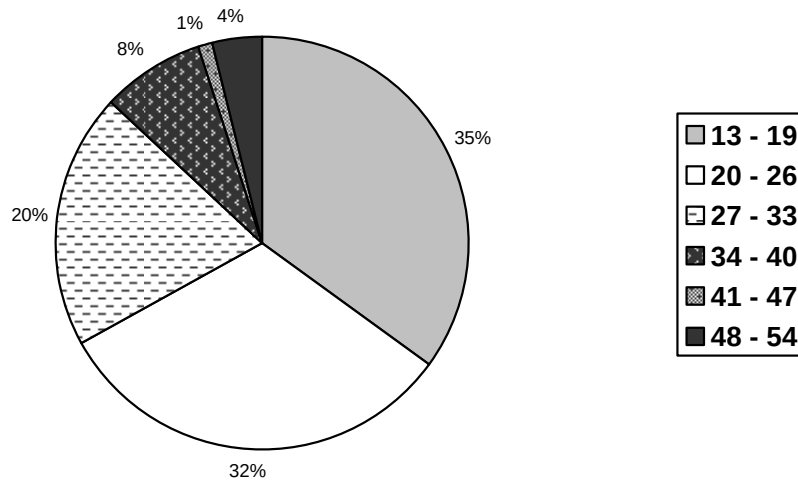
2.2.6.3 EVALUACIÓN CUALI-CUANTITATIVA

A continuación se presentarán los datos que se recabaron en el trabajo de investigación de campo, dirigida a 100 mujeres que se encuentran embarazadas. Se considera de suma importancia la confrontación de teoría – práctica pero a su vez también es significativa la exposición de datos específicos y vivenciales en la población de Mixco, ya que esto contribuye a que sea una presentación procedente del lugar de estudio que permita la comparación con datos a nivel nacional.

La investigación se desarrolló basándose en los embarazos esperados mensualmente que hacen la cantidad de 600. Se tomo una muestra del 17% con una varianza de 30 que se refiere a la cantidad de 100 casos investigados.

Se iniciara presentando los datos generales de las mujeres entrevistadas.

DIAGRAMA No. 14
GRUPO ETAREO DE LAS ENTREVISTAS

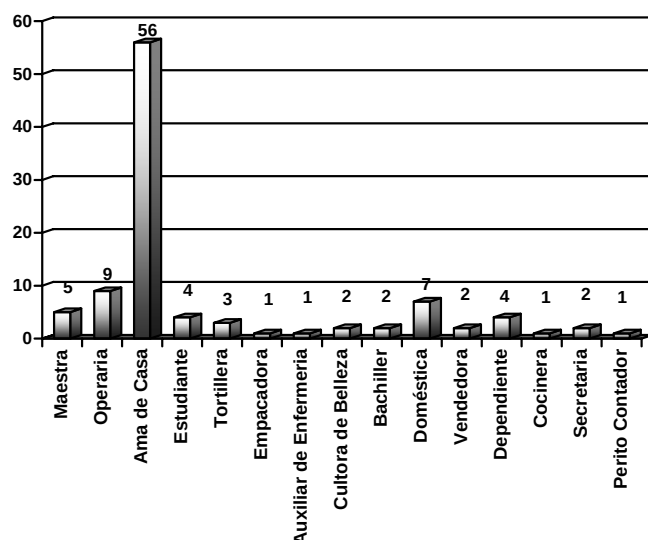


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

El cuadro anterior nos indica que el 48 % de la muestra son mujeres que se encuentran en factor de riesgo por edad (< de 20 y > de 35 años), lo que implica que es de suma importancia que ellas se encuentren controladas por un médico para prevenir otro tipo de problema de salud en ellas o sus hijos de otra índole, si este factor se agrupa a otro los riesgos gestacionales el peligro que puede sufrir la mujer el /a niño / a serán de mayor relevancia.

A continuación detallaremos la profesión u oficio de las mujeres entrevistadas:

DIAGRAMA No. 15
PROFESION U OFICIO DE LAS ENTREVISTADAS

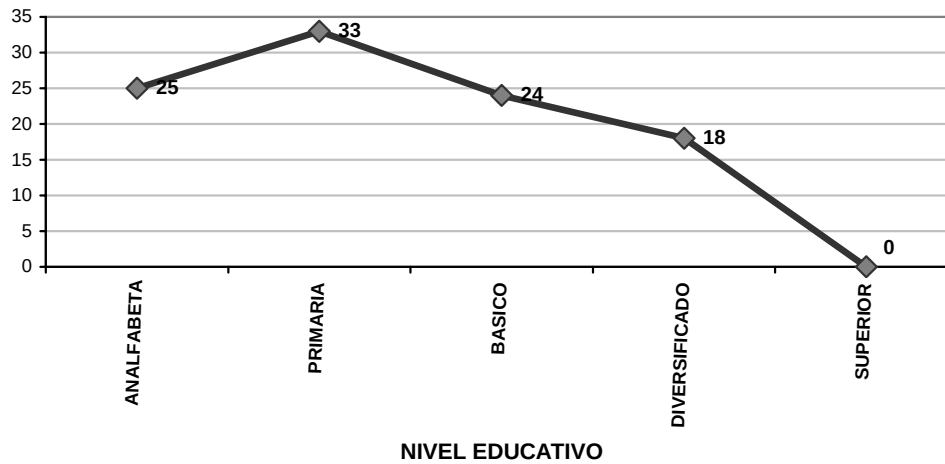


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

El cuadro anterior refleja que el 56 % de las mujeres entrevistadas son amas de casa y un 11% mujeres que se dedican a ejercer una profesión a nivel de diversificado, mientras las demás se dedican a trabajos de diversa índole, pero esto no necesariamente implica que por mayor preparación académica signifique suficientes conocimientos de cómo tener un estilo de vida saludable.

Para dicha comparación se presentan los datos con respecto al nivel educativo de las mujeres entrevistadas.

DIAGRAMA No. 16
ESCOLARIDAD

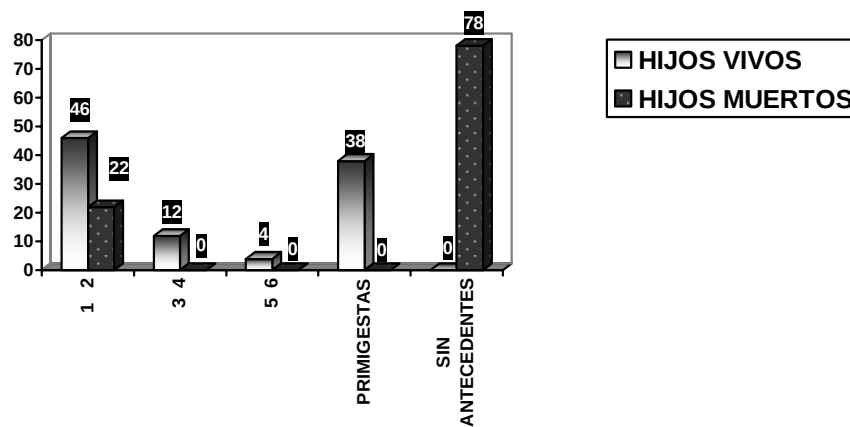


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

Como lo reflejan los datos un 25% de la muestra es analfabeta, el 75% alfabetizada distribuyéndose en niveles educativos de la siguiente manera nivel primario un 33%; nivel básico 24%; nivel superior 18%; lo anterior nos manifiesta que más del 50% no cuenta con un mínimo de preparación académica lo cual repercute en el tipo de vida que va a afrontar como madre, ama de casa y ente productivo, pero si lo relacionamos a un 35% de la muestra son adolescentes y con un oficio de ama de casa (68%) podemos deducir que el nivel académico y oficio van de la mano para el estilo de vida que lleven a cabo.

Otro dato importante de mencionar son los antecedentes de hijos vivos con que cuentan:

DIAGRAMA No. 17
ANTECEDENTES DE NUMERO DE HIJOS VIVOS Y MUERTOS



Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

Es alarmante que un 46% de las mujeres ya cuentan con 1 o 2 hijos, y que un 38% son primigestas, pero en relación a los datos el 67% de los casos tienen una edad de 13 a 26 años, lo que indica que la edad reproductiva se inicia tempranamente, y al contar con la edad adecuada ya se cuentan con 1 o 2 hijos, lo que repercute en la mujer social, física y emocional y ante todo económicamente.

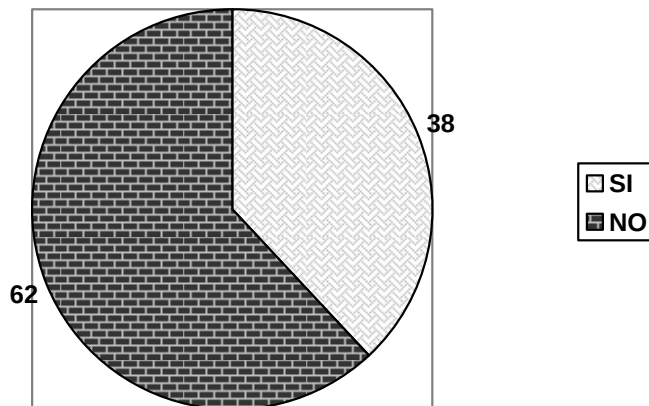
Aunque únicamente el 22% de la muestra tiene 1 o 2 hijos fallecidos, por diversa índole, este dato no debería existir, pues nos sigue reflejando que la mujer inicia a concebir a sus hijos a muy temprana edad.

De la muestra el 38% de las mujeres son primigestas, lo que no es mayoritario pero si nuevamente lo relacionamos con un 35 % de mujeres de edad de 13 a 19

años, el resto de esta con una edad joven ya cuenta con antecedentes de hijos vivos o muertos.

Como ya se mencionó a continuación presentamos los datos sobre las mujeres primigestas.

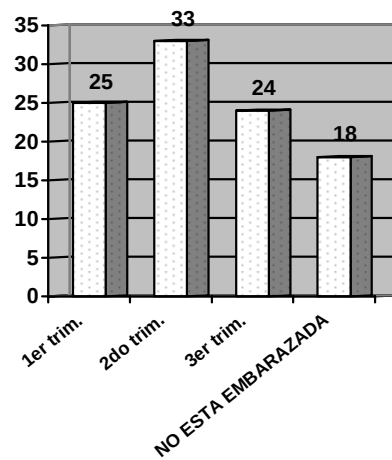
DIAGRAMA No. 18
MUJERES PRIMIGESTAS



Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

De las entrevistadas el 62% cuentan con hijos, además del actual embarazo o durante el puerperio; de éstas un 24% se encuentran en su último trimestre de gestación, y un 18% durante el puerperio. Lo que implica que ya han experimentado por lo menos casi es su totalidad un embarazo y han experimentado cambios físicos y psicológicos que se pueden afrontar.

DIAGRAMA No. 19
TIEMPO DE GESTACIÓN



Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

De las entrevistadas existe un 18% que no se encuentran embarazadas, ya que se encuentran en periodo de puerperio, mientras un 25% se encuentra durante el primer trimestre de embarazo, periodo que es trascendental en la formación del feto y de manifestaciones de la mayoría de los síntomas normales del embarazo; y un 57% se encuentran durante el proceso gestacional.

DIAGRAMA No. 20
ULTIMO PARTO

VARIABLE	NUMERO	PORCENTAJE
< DE 1 MES	5	5.00
< DE 11 MESES	10	10.00
DE 1 A 2 AÑOS	25	25.00
DE 3 A 4 AÑOS	14	14.00
DE 5 A 6 AÑOS	4	4.00
MAS DE 7 AÑOS	4	4.00
No ha tenido ningún parto	38	38.00
TOTAL	100	100.00

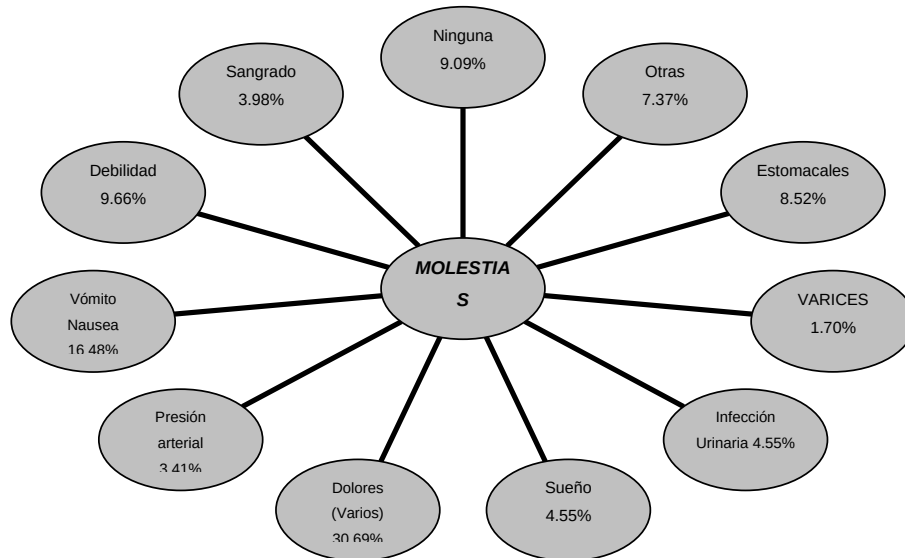
Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

De las recomendaciones sobre los espaciamientos de embarazos de las más habituales es que sean cada dos años como mínimo y no máximo de cuatro. Pero en los datos recabados se refleja que un 25% no espera el mínimo de tiempo, y un 20% sobre pasó el tiempo, de los casos la mujer físicamente puede presentar problemas de salud o problemas durante el parto o en el desarrollo del niño, ya que el organismo cada vez va perdiendo las posibilidades de un proceso de embarazo normal por la edad de la mujer así como por desgaste físico y de salud que esta pueda presentar, esto se puede adherir a que el 48% de las entrevistadas se encuentran en factor de riesgo por su edad y los riesgos pueden ser mayores por otros antecedentes.

Lo anterior se cotejará con las molestias que se han sufrido, para teóricamente identificar alguna anomalía en su proceso de gestación. Lo que nos demuestra el siguiente cuadro:

DIAGRAMA No. 21

MOLESTIAS DURANTE EL EMBARAZO

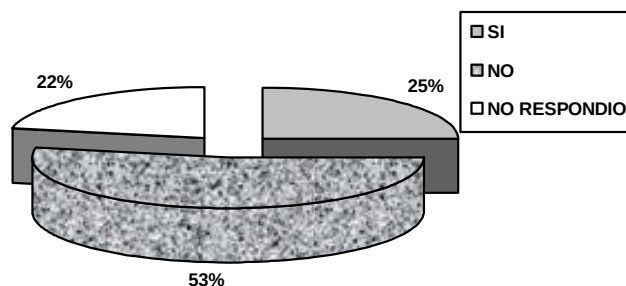


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

Como se presenta de las 100 mujeres entrevistadas 84 han presentado molestias de diversa índole, prevaleciendo las relacionadas con algún tipo de dolor, pero se detectan algunas molestias que son de riesgo, ya que éstas pueden ocasionar la pérdida de vida de la madre y/ o hijo. Dichas molestias son sangradas o hemorragia, problemas de presión, amenaza de aborto, dolor de abdomen. Aunque los casos son pocos no dejan de demostrar que para una muestra de mujeres en su mayoría jóvenes esto es preocupante.

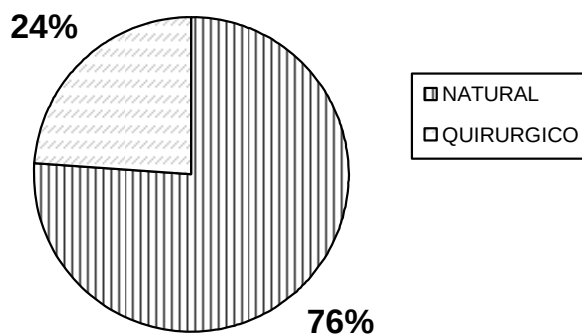
Dicha información se puede relacionar nuevamente que por sus antecedentes obstetricios, también es importante relacionar que dicha muestra nos presenta que un 25% ha tenido algún aborto, pero este dato puede ser mayor ya que un 22% no quiso responder, dejando en el ambiente la duda si lo ha sufrido o no.

DIAGRAMA No. 22
PADECIMIENTO DE ABORTO



Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

DIAGRAMA No. 23
TIPO DE ABORTO

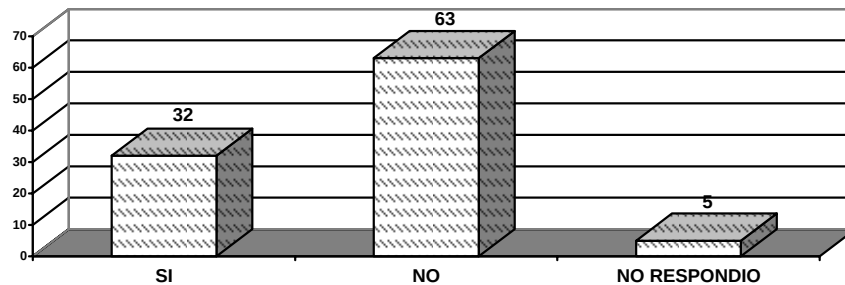


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

En las gráficas anteriores se observa que las mujeres que si aceptaron haber tenido un aborto es el 76%; de éstas un 24% fue provocado por diversas causas de forma natural, aunque realmente se desconoce el origen ya que pudo haber sido por descuido físico y de salud. Lo anterior refleja que es otro factor de riesgo de la muestra tomada, ya que un aborto independientemente de la causa puede resultar más peligroso que un embarazo o parto normal.

Al entrevistar a las mujeres sobre su conocimiento de los riesgos a los que se pueden exponer durante su embarazo, los resultados han sido realmente, alarmantes.

DIAGRAMA No. 24
CONOCIMIENTO DE RIESGOS EN EL EMBARAZO

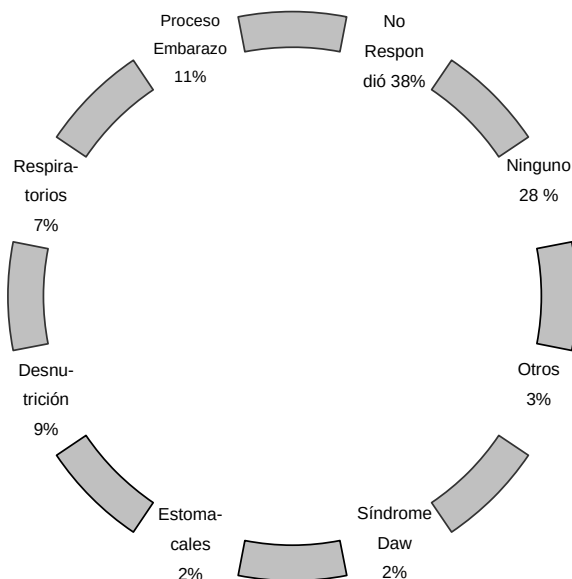


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

Aunque de las entrevistas efectuadas el 68% son multíparas, un 63 % de las mujeres no conocen ningún tipo de riesgo, o sea que han tomado su embarazo sin ningún tipo de precaución ya que no conocen las dificultades de salud a las que se exponen ellas o sus hijos/as. Un 63% expone no conocer los riesgos, y un 5% restante no respondió lo cual puede incrementar dicho porcentaje. Lo anterior refleja que las estrategias para comunicar a las mujeres en edad fértil sobre el embarazo y sus riesgos es deficiente, ya que la información sobre el cuidado de salud no llega a su destino y puede convertirse en causante de problemas de salud en madres e hijos.

DIAGRAMA No. 25

PROBLEMAS DE SALUD EN NIÑOS



Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

De las entrevistas realizadas la mayoría de mujeres manifiestan que su hijo/a ha presentado molestias de diversa índole, de las que sobresalen, contrariedades durante el proceso de embarazo un 11%; problemas de desnutrición en un 9%; problemas respiratorios en un 7%; así mismo también se registra un 38% de éstas que no responde, lo cual implica que no necesariamente presenten un estado satisfactorio de salud en su totalidad.

Lo trascendental de los datos anteriores es que los problemas sobresalientes presentados son prevenibles en su mayoría por medio de un control prenatal por personal especializado, y así minimizar el riesgo de muerte para madre e hijo/a.

Como ya se mencionó la importancia del control prenatal por personal especializado los siguientes datos nos reflejan que no todas las mujeres acuden a dicho control.

DIAGRAMA No. 26
CONTROL EN EL EMBARAZO

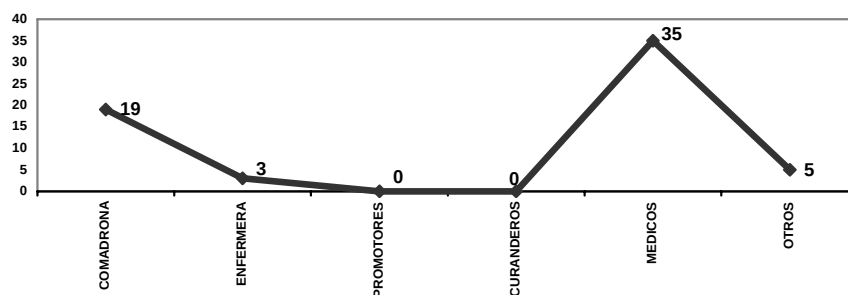


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

De las mujeres entrevistadas un 62% si lleva un control prenatal, aunque no acuden con personal especializado. Como se detalla más adelante, también existe un 38% que no acude a conocer el estado de salud y desarrollo de su embarazo, los cuales son los casos de mayor importancia, pues son los que pueden estar más expuestos a sufrir anomalías durante y / o después del embarazo.

Del 62% de mujeres que mantienen un control prenatal, lo llevan a cabo según el detalle del diagrama siguiente:

DIAGRAMA No. 27
TIPO DE CONTROL PRENATAL

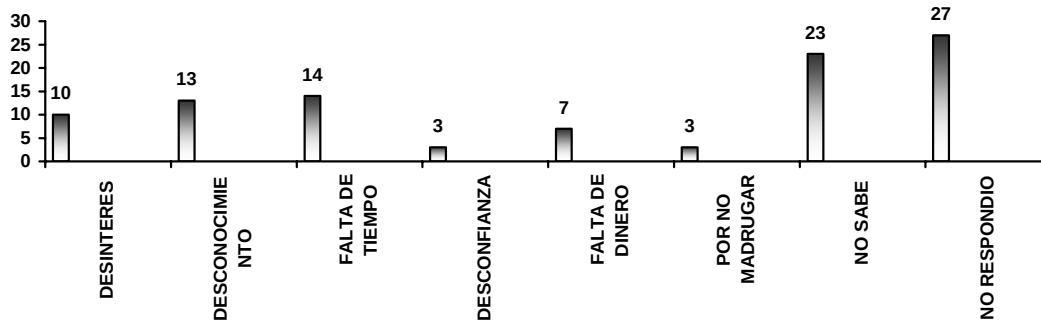


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

El 61.29% de las mujeres que tienen un control prenatal lo hacen con personal capacitado, más no necesariamente especializado, ya que recurren a enfermeras y médicos en su mayoría no con la especialidad obstetricia, y en casos especiales no necesariamente cuentan con los conocimientos necesarios para intervenir aceptablemente. Un 38.71% restante acude con personal que no necesariamente se encuentra capacitado para la atención de complicaciones especiales.

Así mismo se solicita la opinión de las causas por las cuales hay mujeres que no acuden a tener un control prenatal, las respuestas fueron las siguientes:

DIAGRAMA No. 28
RAZONES DE INASISTENCIA
AL CONTROL PRENATAL

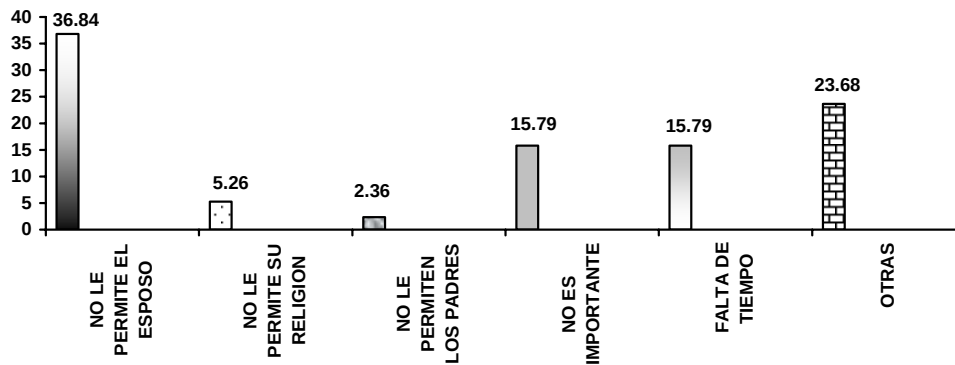


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

Entre las opiniones existió diversidad de respuestas entre las que sobresalen en un 34% que no conocen la importancia, que no tienen tiempo o dinero. Lo que refleja que la ponencia de las entrevistadas que respondieron la pregunta sobre las mujeres que no acuden a tener un control prenatal, se unifica mayoritariamente, en que no se le da un lugar prioritario a la salud de la mujer y/o niño, ya que priorizan otros aspectos. Aunque un 23% de las entrevistadas manifiestan no saber por que causa no hay asistencia a un control, un 27% prefiere no opinar.

De las señoras que respondieron no llevan un control prenatal en su embarazo nos indican las causas, las cuales son:

DIAGRAMA No.29
CAUSA DE LA FALTA DEL CONTROL
PRENATAL



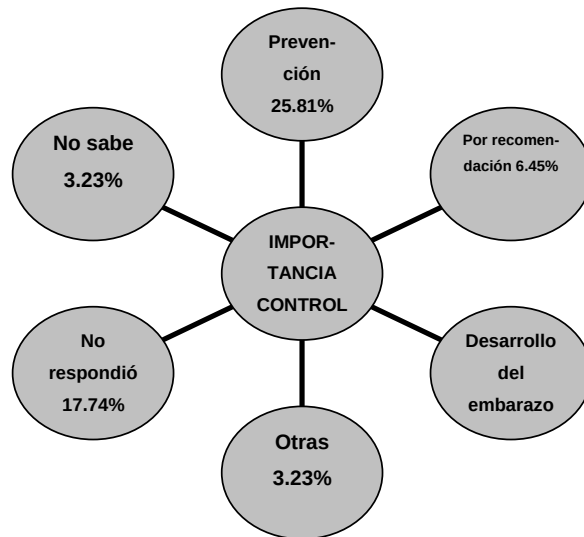
Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

Del 38% que no acude a tener un control prenatal, un 36% indica que la causa es por que su esposo no le permite asistir por diversas causas, luego un 15.79% indican que no es importante; y 15.79% que no tienen dinero. Aunque en la actualidad los servicios de salud proporcionan atención gratuita, especialmente al grupo materno infantil

Las opiniones de las entrevistadas apoyan una de las hipótesis planteadas en el presente trabajo: como lo es que el hombre es uno de los causantes que la mujer no acuda a los servicios de salud para llevar un control prenatal.

Así mismo el 62% que sí asisten a tener un control prenatal manifiestan las razones por las que consideran de importancia su chequeo constante.

DIAGRAMA No. 30
RAZONES ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

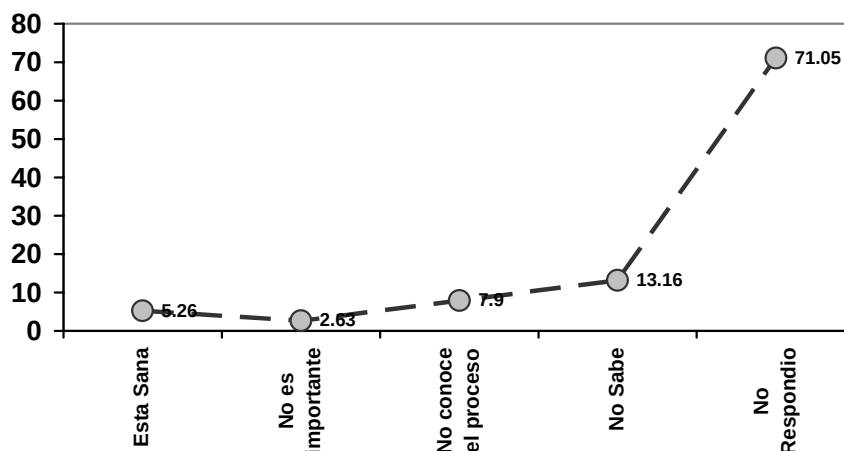


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

Las opiniones fueron variadas, pero sobresaliendo las del interés por mantener un buen desarrollo durante el embarazo con un 43.55%, luego por prevención de enfermedades con un 25.81%, pero vale la pena mencionar un 20.97% que no responde y no sabe porque acude, aunque lo importante es que mantengan un control prenatal, pero del mismo modo es valioso que conozcan cual es la función de dicho control.

Con relación al 38% de las mujeres que no mantienen un control prenatal se les pregunto si consideran que es importante éste o no, y sus opiniones fueron las siguientes:

DIAGRAMA No. 31
CAUSA POR NO TENER CONTROL PRENATAL

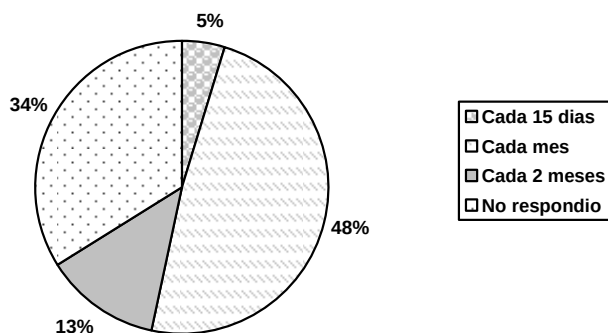


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

EL 84.21% de las mujeres que no mantienen un control prenatal no respondieron, probablemente por desconocimiento de la importancia del control prenatal, mientras que un 15.79% justifican que están bien de salud, u otras explicaciones como: por no tener importancia, o por desconocimiento que se debe tener un control prenatal.

Con relación al intervalo entre cada control prenatal las respuestas fueron las siguientes:

DIAGRAMA No. 32
FRECUENCIA DEL CONTROL PRENATAL

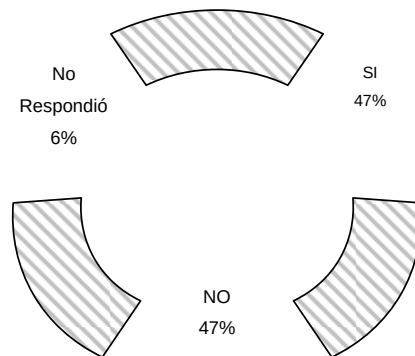


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003.

Con relación a la frecuencia de control prenatal un 62% de mujeres si tienen un control, y un 48.39% acude a su control cada mes, mientras un 33.87% no tiene un tiempo establecido para chequear su embarazo, ya que no respondió.

Así mismo se indago sobre el conocimiento de los servicios de salud de las entrevistadas, y las respuestas fueron las siguientes:

DIAGRAMA 33
CONOCIMIENTO DE SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD



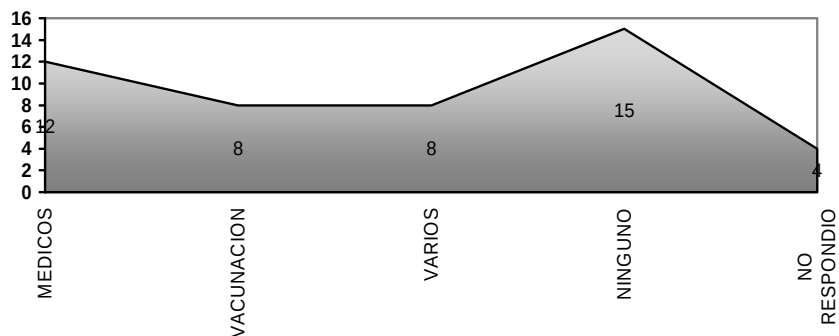
Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003

Las respuestas fueron similares, ya que un 47% poseen conocimiento de los servicios públicos de salud y un porcentaje igual los desconoce mientras un 6% no responde.

De las personas que conocen los servicios solo una parte de éstas los utiliza según la grafica siguiente:

DIAGRAMA No. 34

SERVICIOS UTILIZADOS

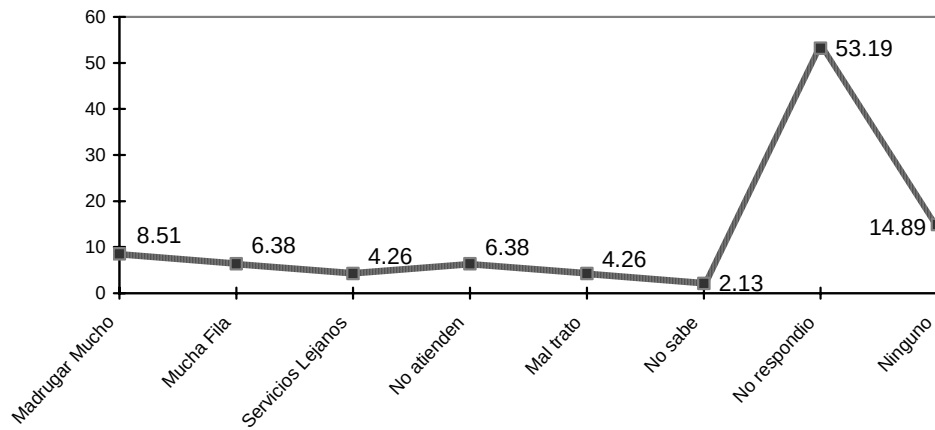


Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003

Del 47% de las personas entrevistadas que conocen los servicios de salud, un 31.91% de la muestra no acude a éstos, mientras que un 68.09% si utiliza los servicios, siendo los más frecuentados las consultas médicas en un 25.53%; luego el programa de vacunaciones 17.02%, y que utilizan varios servicios 12.77%.

Por último se indagó sobre el tipo de dificultades que se tienen para acceder a los servicios de salud pública y los resultados fueron los siguientes:

DIAGRAMA No.35
DIFICULTAD PARA ACCESAR A SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Investigación de campo Febrero 2,003

De las personas que si conocen los servicios de salud un 19.15% menciona que si ha tenido dificultades para ser atendidas, mientras que solo un 14.89% no los ha tenido, y un 53.19% prefirió no responder a la pregunta, lo cual implica un vacío de información relevante ya que la mayoría no emite su opinión que puede convertirse en datos sobresalientes para algunas de las opiniones.

Los datos obtenidos en la investigación de campo nos muestran que el grupo materno-infantil del distrito de salud de Mixco no se encuentra atendido en su totalidad, manifestando dichos datos la necesidad inmediata de un programa específico por personal especializado y con tiempo disponible para la atención directa de éstos.

Dicha información presenta que en este distrito, se cuenta únicamente con 2 gineco-obstetras, con atención de 4 horas, lo que no satisface las necesidades de la demanda de dichos servicios, que oscila de 30 a 40 mujeres diariamente, distribuida en: atención general ginecológica, atención de emergencias ginecológicas, atención prenatal, atención puerperal, papanicolau, etc. Lo que disminuye la atención directa al grupo materno-infantil; dicha insatisfacción del servicio aumenta con el grupo de las mujeres embarazadas esperadas que para el año 2,003 del distrito 16, lo que asciende a 7,284, aunque si bien es cierto éstas no asisten en su totalidad a los servicios públicos, si son éstos los tienen que ser los rectores de las acciones de los servicios de salud a nivel general (sectores públicos y privados), y así cubrir la atención total dirigida a dicho grupo.

Según la investigación indica que un 38% de las mujeres entrevistadas son primigestas, y similar porcentaje no acuden a un control prenatal, lo que se puede relacionar con los problemas más frecuentes de salud sufridos, tanto por la madre e hijo/a, que aunque el indicador no es tan alto el costo si. Ya que a consecuencia de dicha situación en la actualidad a nivel nacional los datos de mortalidad infantil es de 44*1,000 NV (Nacidos Vivos), y de 153*100,000NV (Nacidos Vivos) de mortalidad materna.

Los indicadores manifiestan que en el municipio de Mixco, las mujeres están procreando 4 hijos en promedio, lo cual perjudica en su estado físico. Pues el espaciamiento de embarazos son extremos, según los casos estudiados, un 40% indica que su último parto fue hace menos de 2 años, mientras que el 8%, dice que más de 3 años; con relación a las múltíparas solamente el 14% ha tenido a sus hijos,

con un periodo de 2 a 3 años; lo que se convierte en un factor de riesgo por antecedentes obstétricos. Pero no solo en su estado de salud se enfrenta problemas por una procreación constante, sino también se involucran otros problemas socioeconómicos como la falta de educación o educación interrumpida, la insatisfacción de las necesidades básicas (Vestuario, alimentación, vivienda, recreación etc.), contribuyendo con esto a otros problemas actuales como desintegración familiar, Alcoholismo, Drogadicción, Prostitución, promiscuidad, Violencia Intrafamiliar, entre otros.

Así mismo vale la pena mencionar que el 48% de las mujeres, presentan factores de riesgo por características de la madre como por ejemplo la edad. Primeramente porque en mujeres menores de 20 años, no se recomienda un embarazo porque el organismo de ésta, todavía se encuentra sufriendo una serie de cambios biológicos preparatorios para su etapa reproductiva, por lo cual un embarazo en dicho periodo, puede ocasionar anomalías como amenaza de aborto, abortos, malformaciones, etc. Igualmente no se recomienda un embarazo después de los 35 años, ya que la mujer ha sufrido un desgaste biológico, ocasionado por el estilo de vida que ha practicado, y/o por la multiparidad. Así mismo en casos de primigestas mayores de 35 años los riesgos se incrementan, pues cada mes el organismo se ha venido preparando para un estado de gravidez, y este no se ha desarrollado, esto puede producir anomalías como amenazas de abortos, embarazos prematuros, embarazos prolongados, síndromes congénitos, partos dificultosos, problemas de desnutrición o de bajo peso al nacer del niño/a, entre otros.

Por tal situación se respalda la ponencia generalizada, con relación a que el periodo de edad adecuado para concebir un hijo/a es de 20 a 34 años, aunque esto no necesariamente implica que durante este tiempo no se puedan sufrir problemas de salud, por la madre e hijo/a.

Lo anterior se altera al momento de unificarlo con otros problemas sociales como lo es el nivel educativo ya que un 58% de las entrevistadas no cuenta con la primaria completa, ocasionando limitantes por la falta de conocimiento sobre el proceso del embarazo y su complejidad, así como de la importancia de la atención preventiva o control prenatal. En casos de mujeres menores de 20 años versus su nivel educativo, incrementan las molestias, especialmente las sociales ya que la sociedad, no admite los embarazos a tan temprana edad, y si estas no se encuentran casadas o unidas, la discriminación es mayor.

A esto se adhieren y dificultan los casos en que las jóvenes se encuentran estudiando y por un embarazo, se ven obligadas a abandonar sus estudios y por ello limitar las oportunidades de un mejor tipo de vida, y establecerse en un empleo que satisfaga las necesidades mínimas del grupo familiar. Lo que puede llegar a ocasionar casos con sentimientos de embarazos no deseados y/o rechazo al hijo/a contribuyendo con el factor de riesgo de tipo social.

Al indagar sobre los problemas o molestias que se presentaron durante o después del embarazo en la mujer, prevalecen los dolores en un 30% (de los cuales predominan dolor de: Abdomen, huesos, ovarios, entre otros). Luego con un 16.48% las molestias como vómitos, Nauseas, mareos etc., así mismo se localizaron casos de sangrados y problemas de presión arterial con un 6.82%, a la vez se refieren casos de infecciones urinarias con un 4.55%. Lo anterior representa el riesgo de tipo físico, por antecedentes médicos.

Por lo cual nuevamente se sustenta la importancia de un nivel académico mínimo, ya que si del grupo entrevistado el 58% no culminó sus estudios de primaria, por lo que no tuvo la oportunidad de estar inmersa en el pemsun de estudio del nivel básico donde generalmente se instruye sobre sexualidad humana, con información sobre el embarazo, su proceso y una atención pre y post adecuada.

Uno de los problemas trascendentales durante la gestación son los abortos, lo cual se abordó en la entrevista, obteniendo que del grupo entrevistado un 25% ha padecido de un aborto, de los cuales el 76% fue natural y un 24% quirúrgico; aunque la cifra no es tan elevada, los efectos de un aborto son preocupantes ya que puede dejar secuelas lamentables en la mujer por ejemplo: muerte, infertilidad, repetición de abortos y tumefacción y/o fibromas especialmente en el útero, fortificando el factor de riesgo físico por antecedentes obstétricos pero también por estados morbosos en el embarazo.

Lo anterior se relaciona a la mujer, pero también el niño/a está expuesto a riesgos; según la información de las madres indican que de los problemas de salud que éstos han sufrido sobresalen, los problemas durante el proceso del embarazo, amenaza de aborto, aborto, embarazo prolongado etc. así como los casos de desnutrición o bajo peso al nacer, problemas respiratorios; lo interesante de dichos datos es que los problemas presentados son prevenibles o atendibles por medio de un control prenatal.

Pero en relación a datos presentados en este documento, un 68% de las mujeres entrevistadas son multíparas e indican ignorar el proceso del embarazo, así como los peligros a los cuales se expone y sobre todo la prevención de éstos.

Correlacionado con lo anterior el informe estadístico ostenta que el 62% de las entrevistadas tienen un control prenatal de las cuales el 61.29%, acuden con personal de salud capacitado pero no necesariamente especializado (médicos gineco-obstetras). Mientras que un 38.71% acude con personas posiblemente capacitadas pero no especializadas, lo que contribuye a la presencia de casos de alto riesgo o a la no atención precisa. Con relación a la periodicidad de las consultas médicas, un 48.39%, refieren hacerlo cada mes, mientras un 33.87% no establecen un periodo estable.

En conclusión se puede deducir que de los datos recabados, en su mayoría las mujeres entrevistadas se encuentran en riesgo, según este mismo documento en el inciso “1.3.6 Factores de riesgo de la gestación en la mujer”, de los cuales se pueden mencionar los de **Tipo Social, Y Los De Tipo Físico** específicamente:

- ❖ Por antecedentes obstétricos
- ❖ Por antecedentes médicos.
- ❖ Por características de la madre.

Lo que puede generalizar que la mujer que se encuentra embarazada se mantiene en riesgo constante que puede llegar a repercutir directa e indirectamente en la salud de ella o de su hijo.

En relación a todo lo anterior se considera que dicho problema tiene su origen en la coyuntura nacional, ya que aunque existen una diversidad de planes, programas y proyectos con una misión y visión a resolver o contribuir a los problemas socioeconómicos, políticos y culturales, estos realmente no responden a las necesidades reales de la población guatemalteca. Ya que generalmente se ha elaborado a nivel de gabinete cada cuatro años, más no con los grupos a los que van dirigidos y/o con el personal institucional que atiende directamente a estos grupos, por lo cual se convierten en documentos informativos o con acciones paliativas a una fracción de la problemática de la población guatemalteca.

Por tal circunstancia se considera que los datos presentados son relevantes que reflejan un fragmento de la realidad que viven los habitantes guatemaltecos y ponen en riesgo vidas humanas, que pueden salvarse por medio de estrategias educativas prevenibles ejecutadas, por el personal de salud así como de la comunidad, con el propósito de promover la práctica de conductas correspondientes a estilos de una vida saludable.

Por tal situación se considera que la profesión de Trabajo Social puede convertirse en un pilar importante a nivel local para la creación de estrategias preventivas, dirigidas al grupo materno infantil que promuevan a nivel individual, familiar y comunitario este tipo de estrategias con el objetivo de consolidar dicho estilo de vida.

Por lo mismo a continuación se delimitara la filosofía de la profesión de Trabajo Social, para luego presentar una propuesta de trabajo para dicho profesional que coadyuve en frenar la problemática presentada.

CAPITULO III

3.1 TRABAJO SOCIAL

Es de suma importancia enmarcarse en el contexto general de la Profesión de Trabajo Social, ya que con dicha información se pretende poder definir y crear la propuesta del quehacer de Trabajo Social en el área de Salud específicamente en el primer nivel de atención o sea en un Centro de Salud, y así con este ir delimitando las funciones y atribuciones que deben llevarse a cabo en los programas prioritarios como es la atención al grupo materno-infantil.

A continuación se desarrollarán los incisos relacionados con las generalidades de la profesión y así basarnos en fundamentos teóricos para confrontar teoría-práctica al momento de obtener los resultados que se obtuvieron en la investigación de campo.

3.1. DEFINICIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

Según el boletín informativo de la Escuela de Trabajo Social, textualmente define el Trabajo Social como “Disciplina de las Ciencias Sociales que estudia, analiza y explica la problemática social, para coadyuvar en la solución de problemas de personas, grupos y comunidades que presentan carencia de tipo social, económico, cultural y espiritual para trabajar en procesos participativos de investigación, organización promoción y movilización en la búsqueda de su desarrollo humano.”⁶¹

61 Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social. Boletín Informativo Área de formación Profesional y Específica del Trabajador Social. Guatemala Septiembre 1999 s/p.

Esto nos reafirma que el quehacer del Trabajador Social va encaminado especialmente hacia aquellos grupos más vulnerables de nuestra sociedad, como lo es el grupo materno-infantil al que va encaminado directamente ésta investigación.

3.2. OBJETIVOS DEL TRABAJO SOCIAL

De la bibliografía consultada se pueden delimitar algunos objetivos que se dirigen hacia el grupo en estudio los cuales son:

- ❖ “Impulsar la promoción y defensa de los Derechos Humanos.
- ❖ Estudiar críticamente la problemática económicamente social, cultural y ecológica en lo que corresponda invertir, aportar soluciones efectivas a las necesidades del problema.
- ❖ Contribuir en el estudio y elaboración de políticas sociales efectivas a las necesidades del problema.
- ❖ Promover el desarrollo integral de individuos, familias, grupos y comunidades mediante la organización y promoción social para la autogestión y movilización.”⁶²

Estos ubican el contexto del Trabajo Social en el área en la que se encuentra inmerso y comprometido para la atención directa de grupos vulnerables, para orientar y propiciar acciones que se encaminen en el bienestar de dicho grupo.

62 Ibíd.

3.3. FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL

Al referirnos a las funciones que el Trabajador Social debe desarrollar en su quehacer diario, son de diversa índole pero se detallarán a continuación aquellas en las que el profesional debe involucrarse al momento de atender al grupo materno - infantil:

“Organización y promoción de personas, grupos y comunidades como medio para alcanzar el desarrollo humano integral en situaciones coyunturales y estructurales.

- ❖ La educación popular.
- ❖ Área de capacitación.
- ❖ Autogestión y acompañamiento.”⁶³

Las funciones del Trabajador Social son dirigidas a aquellos grupos más vulnerables, los cuales normalmente sufren diversidad de problemas.

El Trabajador Social debe encaminarse a la creación de planes, proyectos basándose en las necesidades prioritarias en el diagnóstico situacional, todo esto debe ir de la mano con los principios que todo profesional debe evidenciar en el ejercicio profesional.

3.4. PRINCIPIOS DEL TRABAJO SOCIAL

Con la misma importancia de lo relacionado es imprescindible hacer mención de los principios definidos en la profesión, ya que estos se convierten en la base principal del quehacer profesional, de los cuales se pueden mencionar:

- ❖ “Observancia de los valores éticos de la profesión.

⁶³ Ibíd.

- ❖ Respeto de los derechos humanos.
- ❖ Respeto a la dignidad humana.
- ❖ Respeto a la individualidad.
- ❖ Reconocer las potencialidades de las personas.
- ❖ Tolerancia.
- ❖ Pluralismo.
- ❖ Solidaridad, cooperación y ayuda mutua.
- ❖ Guardar el secreto profesional.
- ❖ Respeto que tiene la población en la libre toma de decisiones en torno a los problemas que les afectan.
- ❖ Fortalecer las prácticas democráticas de la población.
- ❖ Partir de las necesidades, problemas e intereses y demandas de la población”⁶⁴

Dichos principios son de suma importancia, ya que son la base fundamental del rol profesional en la ejecución moral de las acciones que se ejecuten.

64 Ibíd.

3.5. ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD.⁶⁵

El rol del Trabajador Social en el área de salud, específicamente en el nivel primario se fundamenta en el siguiente modelo:

FUNCIONES	ATRIBUCIONES	ACTIVIDADES	TAREAS
Coordinación	Planificar	Participar en el análisis y jerarquización de problemas de salud	Coordinar grupos de trabajo
Supervisión	Organizar	Elaboración de Dx. Comunitario	Supervisar a grupos de trabajo
Asesoría	Coordinar	Supervisión capacitante a personal voluntario de la comunidad.	Asesorar a organizaciones comunales
Evaluación	Supervisar	Educación en Servicio a personal institucional	Orientación a grupos comunales
Investigación	Evaluar	Mobilización de recurso humano, institucional. Material, y financiero intra y extra sectorial.	Convocar a reuniones
	Investigar	Promoción y educación con audiencia primaria y secundaria.	Participación en reuniones interinstitucionales
	Asesorar	Capacitación a comunidad educativa	Redacción de informes
		Asesoría técnica-social a grupos de la comunidad.	Realizar visitar domiciliarias.
		Realización de Inventario de recurso humano e institucional comunitario.	Capacitación a miembros de la comunidad
		Elaboración de planes, programas, proyectos	

⁶⁵ Área De Salud Guatemala, Depto. De Educación Y Promoción, S/F, S/P.

		Coordinación de las acciones de promoción y comunicación social.	
		Participación en la evaluación de planes, programas y proyectos.	
		Participación en el POA en el rubro de educación y promoción social.	
		Participación en la sala situacional del distrito.	
		Referencias y contrarreferencias de casos sociales.	
		Sistematización del trabajo realizado.	
		Diseño y medición pedagógica de material de educación y promoción.	
		Participación en monitoreo de extensión de cobertura con prestadora y / o administradora	

La información proporcionada por el departamento de Trabajo Social y Educación del Área de salud de Guatemala, nos demuestra que el profesional de Trabajo social encamina su quehacer a una diversidad de actividades, con enfoque dirigido a la Educación y Promoción de los diversos programas.

Se considera que las funciones y atribuciones que el profesional desarrolla en su quehacer son de suma importancia, aunque en el cuadro anterior se observa el desarrollo de las actividades las cuales son amplias y completas, pero si se propone la reestructuración a consecuencia que se encuentran funciones y atribuciones que no corresponden a una misma línea de acción, por lo que se complica su interpretación lógica.

En la actualidad se pueden enumerar que existen 8 programas prioritarios los cuales se han clasificado dependiendo de los índices prioritarios de morbilidad y mortalidad, de dicha área, pero que según el Plan Nacional de salud 2,000 – 2,004, tiene que atenderse 20 programas, lo que se considera es inabordable ya que de los 33 distritos de salud que conforman el área de salud Guatemala únicamente un 55% de los servicios cuentan con un profesional de Trabajo Social mientras que el 45% restante presta la atención social con personal afín o simplemente no lo hacen.

Otra circunstancia importante es que el Trabajador Social no es reconocido como un profesional sino como un técnico profesional, que desarrolla algunas de sus actividades paliativamente dependiendo de la necesidad epidemiológica de salud según el ciclo de enfermedades durante el año o por epidemias o endemias de emergencia, dejando a un lado algunas funciones originales. Como se presenta teóricamente en este documento con relación a objetivos, funciones y principios sobre el rol del Trabajador Social y lo que se lleva a cabo en la práctica por dicho profesional en el Área de Salud Guatemala, no existe una congruencia lógica, por lo cual se propone una revisión de funciones apegadas a la epistemología del Trabajo Social, que demuestre la labor real que se realiza.

Por tal situación a continuación se presenta una propuesta para que el Trabajador Social pueda contribuir en el mejor desarrollo de las funciones y actividades dirigidas al grupo materno – infantil y la atención necesaria que estos requieren para frenar la problemática analizada con anterioridad.

CAPITULO IV

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA EL PROGRAMA MATERNO INFANTIL DEL DISTRITO No. 16 CABECERA DE MIXCO

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

4.1.1 JUSTIFICACIÓN

Luego de desarrollar el estudio “Falta de un Control Prenatal en las Mujeres Embarazadas en el Municipio de Mixco (específicamente en el distrito No. 16)” se ha considerado de suma importancia elaborar una propuesta para la intervención del Trabajador Social conjuntamente con personal institucional ya que se pretende que el trabajo debe desarrollarse en un equipo multidisciplinario para el buen desarrollo de las actividades, así como para organizar y delimitar la atención real que se proporcionará al grupo materno- infantil.

Dicha propuesta de intervención es de suma importancia ya que según los datos recabados existe un 38% de mujeres que no asisten a mantener un control prenatal, de estas un 36.84% no acude por que su cónyuge no se lo permite, un 15.79% no tiene tiempo para acudir a éste, lo que nos refleja la falta de conocimiento y la influencia de los patrones de crianza que se le inculcan al hombre, que la mujer no debe permitir ser vista o examinada por otra persona que no sea su pareja, sin tomar en cuenta que puede llegar a exponer la vida de ella como la del niño que espera. Por otro lado existe un 62% que si asiste a un control médico pero no necesariamente a asistencia pública ya sea por distancia, trabajo, por aspectos culturales, siendo éstos los más usuales que originan los problemas más frecuentes en la morbi-mortalidad no solo a nivel de distrito sino nacional.

El propósito de la propuesta es crear acciones de trabajo para el equipo multidisciplinario del distrito de salud y así fortalecer las estrategias que sean con

una visión de beneficio directo de aquellas mujeres y niños que sufren de quebrantos de salud producidos por la falta de medidas preventivas durante el periodo de la gestación,

Se ha considerado una coordinación intra y extra institucional que será la base fundamental del desarrollo de las acciones que puedan ejecutarse con una serie de red interinstitucional logrando con esto un mayor impacto positivo en las actitudes de la población.

4.2 OBJETIVOS

4.2.1 GENERALES:

- ❖ Incorporar una visión de trabajo en equipo multidisciplinario, entre el personal institucional del distrito 16 así como con OG y ONG´S que intervengan en el municipio de Mixco.
- ❖ Desarrollar procesos de organización y movilización en el municipio de Mixco a efecto de fortalecer la participación comunitaria en prevención de casos de morbilidad y mortalidad en el distrito No. 16 relacionados con el grupo materno infantil.
- ❖ Promover la asesoría y capacitación a OG Y ONG´S que promuevan sus servicios al grupo materno – infantil.

4.2.2 ESPECIFICOS:

- ❖ Lograr la integración de un equipo multidisciplinario que desarrolle estrategias para la atención del grupo materno infantil.
- ❖ Organización de grupos de autoayuda de mujeres embarazadas.

- ❖ Capacitación sobre las medidas preventivas para contrarrestar los peligros durante y luego del embarazo a grupos organizados como comadronas, voluntarios, grupos religiosos, escolares, maestros etc.
- ❖ Facilitar el acceso a los servicios de salud al grupo materno infantil.
- ❖ Elaborar un plan de IEC (Información, Educación, Comunicación), dirigido a las mujeres que no tienen acceso a los servicios de salud.

4.3 METAS:

- ❖ Que se cree un equipo multidisciplinario integrado por lo menos por 5 disciplinas.
- ❖ Atender un 25 % (para iniciar) de controles prenatales en mujeres que se les dificulta el acceso a los servicios de salud.
- ❖ Conformar grupos de autoayuda de:
 - Mujeres embarazadas.
 - Madres en periodo de Puerperio.
 - Madres adolescentes.
 - Madres con problemas de salud.
- ❖ Capacitación mensual a grupos organizados:
 - comadronas,
 - voluntarios,
 - grupos religiosos,
 - escolares,
 - maestros
 - etc.
- ❖ Coordinación con ONG'S u OG estrategias que promuevan acciones preventivas como mínimo en el 50% de las comunidades que cuentan con un servicio de salud pública local.

- ❖ Elaboración del plan de Información, educación y comunicación dirigido específicamente al grupo materno – infantil.

4.6 METODOLOGÍA:

La metodología que se propone es por medio de la coordinación interinstitucional, para así socializar los problemas prioritarios en salud. Específicamente en el grupo materno infantil por medio de la presentación de la sala situacional a nivel institucional como comunitaria fortaleciendo los datos relacionados con la morbilidad y mortalidad materna infantil.

Se pretende utilizar la metodología relacionada con la educación popular, con lo que se pretende desarrollar las actividades de una manera

- ❖ dinámica,
- ❖ científica,
- ❖ participativa,
- ❖ progresiva.

Por medio de las fases:

- ❖ Promoción.
- ❖ Capacitación.
- ❖ Organización.
- ❖ Movilización Social.
- ❖ Establecer espacios de acción.
- ❖ Fortalecimiento de la participación comunitaria.
- ❖ Articulación de estrategias de acción.

4.7 PLAN DE INFORMACIÓN EDUCACIÓN COMUNICACIÓN PROPUESTO:

Se ha tomado como base la elaboración de un plan de Información, Educación y Comunicación, ya que en la actualidad es el modelo propuesto para las actividades que desarrolla el profesional de Trabajo Social, por lo que se considera adecuado, pero con un orden lógico, que busque un desarrollo real y congruente del proceso a ejecutar y a la vez amplio con el propósito de cubrir la necesidad sentida por la población de Mixco y ante todo que sea ejecutado en beneficio de las acciones del grupo materno-infantil.

OBJETIVO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA	MEDIOS DE VERIFICACION	RESPONSABLE
Concientización del personal institucional sobre la situación del grupo materno infantil.	Socialización de sala situacional con relación al grupo materno infantil. Elaborar plan de acción. Organización de un equipo encargado del programa.	Taller desarrollado por medio de técnicas participativas. Trabajo en equipo. Conformación del equipo responsable del programa.	Acta de reunión. Planes de trabajo	Trabajadora Social. Equipo técnico del distrito.
Lograr una coordinación intra y extra institucional, por medio de una red intrasectorial.	• Socialización de sala situacional. • Socialización de plan de trabajo de distrito. • Elaboración de estrategias de trabajo.	Taller desarrollado por medio de técnicas participativas. Trabajo en equipo.	Acta de reunión. Listado de asistencia. Planes de trabajo	Equipo encargado del programa coordinado por Trabajadora Social

Elaboración de estrategias de comunicación a nivel local	Gestión para patrocinadores del programa.	Abogacía Coordinación	Solicitudes. Apoyo en material promocional y / o humano.	Integrantes de Red institucional
Capacitación a grupos organizados de la comunidad. (comadronas, voluntarios, grupos religiosos, escolares, maestros)	Taller semanal sobre los peligros durante y después del embarazo. Coordinación con maestros para impartir capacitación a niños escolares sobre la importancia de un control prenatal.	Taller desarrollado por medio de técnicas participativas. Exposiciones sobre el embarazo y medidas preventivas para evitar peligros durante este proceso.	Acta de reunión. Listado de asistencia. Planes de trabajo Listado de asistencia.	Equipo encargado del programa coordinado por Trabajadora Social Integrantes de Red institucional (Representantes de cada institución participante).
Captación de casos de mujeres en estado de gestación que no acuden a los servicios.	Capacitación a personal voluntario (promotores, comadronas). Elaboración de material promocional (Cuñas radiales, Spot televisivos, afiches, volantes, mantas etc.).		Acta de reunión. Listado de asistencia. Borradores, Material Promocional	Equipo encargado del programa coordinado por Trabajadora Social. Integrantes de Red institucional

4.8 RECURSOS:

Para el desarrollo de la propuesta se necesitarán los siguientes recursos:

➤ INSTITUCIONALES

- o Distritos de Salud (Mixco, 1ro de Julio, Milagro con sus respectivas Clínicas Periféricas, Maternidades Puestos de Salud)
- o Municipalidad de Mixco
- o Ministerio de Educación.
- o Ministerio de Cultura y deportes.

➤ HUMANOS

- o Personal de las Instituciones involucradas como por ejemplo:
 - Trabajadoras Sociales,
 - Psicólogos,
 - Médicos,
 - Supervisores de educación,
 - Maestros,
 - Auxiliares de enfermería,
 - otros.

➤ FINANCIEROS Y MATERIALES

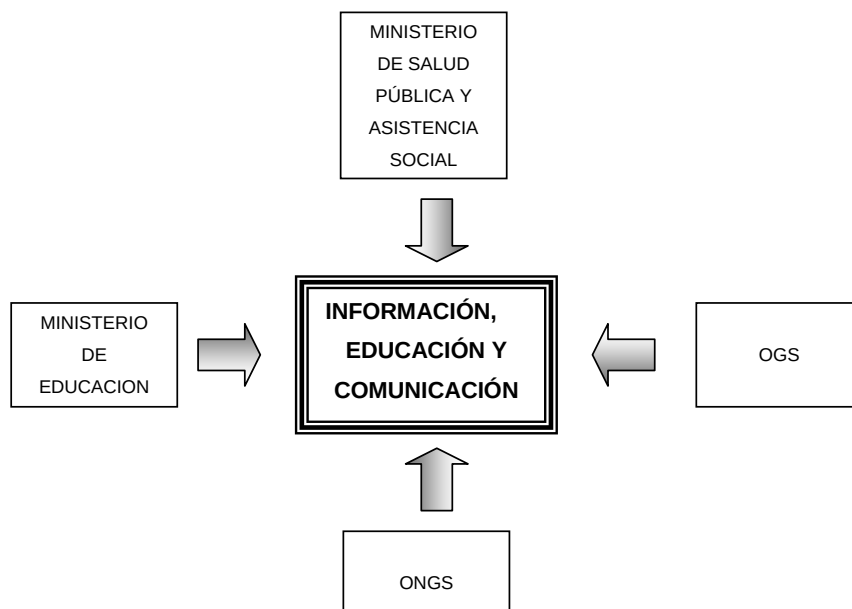
- o Se contarán con los presupuestos que tengan disponible cada institución debiendo hacer un inventario de necesidades y lo que cuenta cada institución para aportar a dicho proyecto.

4.9 EVALUACION

Se sugiere hacer un cronograma de monitoreo continuo de las actividades, verificando avances, limitantes del proceso de capacitación, éstas y sus resultados y si es necesario modificar estrategias.

El capítulo anterior presenta una propuesta de trabajo para el profesional del Trabajo Social que se desempeña en el sector de salud, ya que como se pudo observar los resultados de la investigación son bastantes alarmantes pues evidencian que la mayoría de las mujeres entrevistadas están expuestas a riesgos durante el proceso de gestación, situación que puede prevenirse por medio de la información, educación y comunicación.

Es substancial mencionar que el trabajo que debe desarrollarse para contrarrestar los indicadores, no es solamente responsabilidad del Trabajador social sino que de un equipo multidisciplinario del sector salud, conjuntamente con otras sectores locales como se puede evidenciar en el siguiente diagrama:



Lo anterior refleja lo trascendental del trabajo en equipo interinstitucional, ya que no se redoblarán esfuerzos por diversas instituciones que no necesariamente sean afines, si no que se pueden desarrollar mayor cantidad de actividades educativas con una cobertura amplia y con mejores resultados.

La investigación que se desarrolló ha contribuido no solamente al estudio de un problema social, si no que a la creación de soluciones alternativas para la disminución de los casos reportados, en la morbi-mortalidad del municipio de Mixco.

Es de importancia hacer mención que los objetivos que se plantearon al inicio del estudio de ha logrado en su mayoría como se presenta en el esquema que se presenta a continuación donde se evidencia el alcance encontrado:

OBJETIVO	ALCANCE
GENERAL: Desarrollar una investigación en el área de salud desde el punto de vista de Trabajo Social.	Se llevó a cabo la investigación de un problema social como es la falta de atención prenatal.
GENERAL: Conocer los efectos que se desarrollan por falta de un control prenatal. ESPECIFICO: Determinar como la falta de un control prenatal ocasiona efectos secundarios a la mujer. Identificar los efectos que ocasionan la falta de un control prenatal. Conocer las causas de la problemática de salud de la mujer embarazada.	Se conocieron efectos por la falta de atención adecuada, como por ejemplo. Muerte de madres, niños, problemas de salud durante el embarazo, amenaza de abortos, abortos, partos prematuros o tardíos, entre otros.
GENERAL: Identificar las deficiencias en los servicios de salud que contribuyen a que las embarazadas no acudan a los servicios. ESPECIFICO: Identificar los patrones culturales que ocasionan que la mujer no acuda a los servicios de salud. Identificar los medio que utilizan las mujeres para conocer su estado de salud.	Entre las causas por las que las mujeres no asisten a un control médico se identificaron: por ignorancia, por miedo, inaccesibilidad de los servicios, o por influencia de familiares.

Como se puede constatar los objetivos se cumplieron en gran parte ya que se logró entrevistar al 100% de la muestra propuesta.

Así mismo se presentan las hipótesis programadas versus los resultados obtenidos:

HIPOTESIS	COMPROBADA
GENERAL La carencia de un control prenatal ocasiona que la mujer sufra de problemas de salud, durante su periodo de gestación.	✓
ESPECIFICAS La mujer puede sufrir efectos secundarios por la falta de un control prenatal.	✓
Los patrones culturales existentes contribuyen a que las mujeres no lleven control prenatal.	✓
GENERAL: El distrito de salud No. 16 presenta deficiencias en la prestación de servicios, lo que ocasiona que las mujeres no acudan a un control médico prenatal.	✓
ESPECIFICA Los servicios de salud se encuentran inaccesibles a la población por lo que no acuden las mujeres embarazadas a estos.	✓
ESPECIFICA: Los servicios de salud no prestan la suficiente atención especializada a la mujer embarazada lo que ocasiona la poca asistencia a los servicios.	✓

El sustento del esquema anterior son los datos recabados en la evaluación cuali-cuantitativa del presente informe, lo refleja que en la actualidad el grupo materno-infantil se encuentra descuidado, sin la existencia de acciones educativas preventivas para el bienestar de las mujeres y niños que forman parte de los grupos más vulnerables de país.

El trabajo para prevención de casos se morbi-mortalidad de éste grupo, no es solamente responsabilidad del profesional de Trabajado Social sino de todo el equipo de trabajo ubicado en el primer nivel de atención en salud, ya que su función se enmarca directamente a la atención primaria en salud con énfasis en la educación no como se desarrolla en la actualidad, con visión netamente curativa.

Así mismo la educación en salud es responsabilidad principalmente de cada persona conjuntamente con las instituciones del estado que tienen el compromiso de crear estrategias que sensibilicen, concienticen y promuevan la autogestión de la población en beneficio de su salud.

La falta de conciencia de la población guatemalteca tampoco es culpabilidad de esta, ya que los mismos patrones de paternalismo y beneficencia ha inculcado que la población espere y considere que diversas instituciones son las obligadas a proporcionar todo lo indispensable a las necesidades básicas, esto es resultado de la dependencia de nuestro país ante otros.

Como conclusión general podemos mencionar que el problema estudiado como otros tantos que la población guatemalteca sufre, se origina del subdesarrollo en el que se encuentra inmerso, ya que generalmente se depende de las ayudas económicas que se reciben para la creación y/o funcionamiento de los programas no tomando en cuenta las prioridades reales de la población, sino de los intereses o conveniencia de los países donantes o de los directivos de las instituciones del estado guatemalteco, basándose en políticas idealistas, generalmente tomadas de ejemplos de otros países, que no precisamente presentan las mismas necesidades que la población guatemalteca.

CONCLUSIONES

1. La problemática ha venido sufriendo la mujer guatemalteca en relación a la tasa de mortalidad materna (153 x 100,000 vivos) se debe a que ella desconoce realmente la importancia de tener un control médico durante su embarazo.
2. La falta de políticas sociales dirigidas a las necesidades reales de la población mayoritaria de nuestro país, se constituyen en una causa directa del subdesarrollo que actualmente se afronta que origina la falta de acceso a los servicios básicos mínimos.
3. El analfabetismo en la población guatemalteca constituye que la población se vea inmersa cada vez, más en el desconocimiento de los lineamientos mínimos de un estilo de vida saludable que mejore su desarrollo integral.
4. La falta de intervención institucional del estado ante los índices de morbi-mortalidad en el grupo materno- infantil, constituyen a que se desencadenen más casos, ya que las acciones que se ejecutan son únicamente paliativas curativas más no preventivas que es la función directa del primero y segundo nivel de atención de salud.
5. El recurso humano institucional en el área de salud es indispensable para el desarrollo de las actividades, pero se necesita que éste presente características especiales como sensibilidad, consciente, humanitario para comprender y atender a los pacientes adecuadamente.

6. La cultura guatemalteca sigue promoviendo el desinterés y descuido físico, mental y moral de los patrones de crianza que inculcan que la mujer, debe dedicarse a su hogar y especialmente atender a su pareja, aun en lo relacionado a la salud no debe dejarse ver y / examinar por otro hombre porque se le considera como deshonra.
7. El profesional del Trabajo Social en el área de salud, desarrolla actividades, atribuciones y tareas paliativas, por la recarga de éstas, en los programas prioritarios en la diversidad de localidades asignadas.
8. A pesar de que los niveles de atención de la salud primero y segundo, son los responsables de las actividades preventivas comunitarias, en la actualidad sus funciones van mayoritariamente encaminadas a las acciones curativas.
9. Por la falta de un control prenatal durante el embarazo la mujer puede sufrir de problemas de salud, ya que ésta no se entera de posibles dificultades que se están originando en este proceso.
10. El distrito de salud No. 16 de Mixco presenta dificultades para prestar la atención eficaz y eficiente a los pacientes, ya que primeramente la población asignada es muy elevada para los servicios con que se cuenta así mismo el personal es insuficiente; a la vez la accesibilidad de los servicios es poca ya que estos no cubren en su totalidad las localidades asignadas.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que el Estado guatemalteco elabore Políticas Sociales que sean dirigidas a las necesidades reales de la población guatemalteca, con apoyo del personal institucional del primero y segundo nivel de atención de salud, ya que son éstos los que se encuentra directamente ligados a la población necesitada.
2. Se recomienda que evalúen los presupuestos ministeriales y se prioricen, los que se dirigen a las necesidades sociales en base a proyectos educativos generalizados, ya que si se logra disminuir el analfabetismo se minimizarán los problemas sociales; de lo contrario seguirán disminuyéndose las oportunidades de contar con niveles altos de capacitación, independientemente del área.
3. Se sugiere la coordinación entre ministerios en la promoción del cuidado integral de la salud, con esto no solo se obtendrán mejores resultados sino que se disminuirán los esfuerzos con una mayor cobertura y atención.
4. En la práctica es necesario dinamizar el programa materno infantil, con personal capacitado, y con amplia vocación de servicio para atender a ésta población que se encuentra en altos niveles de riesgo.
5. Que se evalúe la distribución adecuada del personal de salud en los servicios de salud, ya que en la actualidad el recurso humano es insuficiente para la población asignada.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILERA, GABRIEL, Mujer y Lucha Social, Instituto Centroamericano de Estudios Políticos, recopilación de textos. Guatemala julio 1979.
2. ANDER EGG, EZEQUIEL, Diccionario de Trabajo Social, 10ma.Edición, Editorial El Ateneo, México 1,980.
3. BAENA PAZ, GUILLERMINA, MONTERO OLIVARES, SERGIO, Una estrategia para la participación comunitaria, Guatemala, 1,989.
4. BOLAÑOS DE AGUILERA, AURA AZUCENA (compiladora), La Participación de la Mujer en el logro de su bienestar, Fundación Friedrich Ebert. Guatemala C.A. 1,989.
5. CONGRESO DE LA REPUBLICA, Ley de Desarrollo Social Decreto # 42-2,001, Guatemala Octubre 2,001.
6. DE LEON CARPIO, RAMIRO, Catecismo Institucional, Instituto de Investigación y capacitación, Atanasio Tzul, Guatemala, 1,995.
7. DISTRITO DE SALUD NO. 16 MIXCO Informes Mensuales, De enero a diciembre 2,002, Mixco Guatemala, 2,002.
8. DISTRITO DE SALUD NO. 16 MIXCO, Memoria De Labores 2,001, Mixco Guatemala, 2,001.
9. ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA, Monografía De Mixco, informe final, Mixco 1,994.

10. FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS, Apuntes para el curso de Técnicas de Investigación Documental, Cooperativa de Servicios Varios, USAC 1,997.
11. GARCIA LAGUARDIA, JORGE MARIO, Los Acuerdos de Paz, Procuraduría de los Derechos Humanos, Primera Edición 1,997 PDH, Guatemala.
12. GARCIA LAGUARDIA, JORGE MARIO, Política y Constitución en Guatemala, 4ta edición, PDH Guatemala 1,996.
13. GOBIERNO DE GUATEMALA, Estrategia de Reducción de la pobreza el camino de la paz, Guatemala, noviembre 2,002.
14. GLOBAL INFOGROUP, En Cifras: Guatemala Volumen I, Guatemala 1.999.
15. GRUPO CONSULTIVO EN GÉNERO, MINISTERIO DE AGRICULTURA, GANADERIA Y ALIMENTACIÓN – GCGEMA, Vocabulario Referido a Género, Guatemala, Enero 1,996.
16. INSTITUTO DE ESTUDIOS Y CAPACITACIÓN CIVICA, Diccionario Municipal de Guatemala, Cuarta Edición, Guatemala 2,002.
17. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, censo 1,994, Guatemala 1,994
18. MAX-NEFF, MANFRED A. Desarrollo a Escala Humana, Editorial Nordan, Comunidad Uruguay, 1994.
19. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Plan Nacional de Salud, 1,992 – 1996, Normas de atención de Salud Materno infantil, Guatemala, Agosto, 1,992.

20. NORIEGA CASTILLO, CARLOS F., Metodología de la Investigación (un enfoque teórico practico) IIET, Escuela de Trabajo Social, Guatemala, 1,999.
21. NORIEGA CASTILLO, CARLOS F., Metodología de la Investigación, IIET, Escuela de Trabajo Social, Guatemala, MARZO 2,002.
22. OCHAETA, BLANCA Glosario de Términos de uso común en Salud Pública, Guatemala, 2,000, S/N.
23. PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, Guatemala Una Agenda Para El Desarrollo Humano, Informe De Desarrollo Humano 2,003, Guatemala 2,003.
24. PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, Informe Sobre Desarrollo Humano. 1,996 Guatemala, 1996
25. PROGRAMA DE SISTEMA DE NACIONES UNIDAS DE GUATEMALA, Informe De Desarrollo Humano 2,001, Guatemala 2,001.
26. RICOSSA, SERGIO, Diccionario de Economía, Editorial Siglo Veintyuno, México DF 1992.
27. SAU, VICTORIA, Diccionario Ideológico feminista, Editorial Icaria, Tercera Edición, Barcelona, España 2,000.
28. SCHILKES, CORINA, Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación. Universidad de Oxford, México, 1,999.
29. SCHWARCS, RICARDO, Obstreticia, Tercera edición Editorial el ateneo, Buenos Aires Argentina. 1,970.

30. SON TURNIL, BENJAMIL, Servicio Comunales de Salud, Guatemala, 1,980.
31. UNICEF, Informe de fin de década, Guatemala, 2,000.
32. UNICEF, Plan de equidad de oportunidades 98-2000, UNICEF, Guatemala, 1,998.
33. VARIOS AUTORES, Diccionario Breve de Medicina de Blakiston, México, 1,983.
34. VARIOS AUTORES, Diccionario Everest de la Lengua Española, editorial Everest, S/n, s/f, La Coruña España.
35. VARIOS AUTORES: Diccionario Ilustrado Océano de la Lengua Española, Editorial Océano, Barcelona España 2,001.
36. VARIOS AUTORES: Embarazo, Parto y Puerperio, Programa integrado de Salud PIS. M.S.P.A.S. Guatemala, 1,993.
37. URL, INE, SEGEPLAN, Perfil De La Pobreza En Guatemala, Editorial Serví prensa, Guatemala Mayo 2,002.