

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DE LA SALUD RELACIONADOS
CON LOS CASOS DE MORTALIDAD MATERNA”**

Estudio cualitativo realizado en los distritos de Santiago Atitlán
y Guineales, departamento de Sololá, 2015

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**Andrea Lucía Ramírez Godoy
César Ariel López Ajxup
José Carlos Chávez Grajeda
Mario Alberto Prado López
Daniel Andrés López Chávez**

Médico y Cirujano

Guatemala, septiembre de 2017

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que los estudiantes:

- | | | | |
|----|----------------------------|-----------|---------------|
| 1. | Andrea Lucía Ramírez Godoy | 200817416 | 1696141070101 |
| 2. | César Ariel López Ajxup | 200910244 | 2265873200110 |
| 3. | José Carlos Chávez Grajeda | 200910272 | 2504364690101 |
| 4. | Mario Alberto Prado López | 201010354 | 2063888291201 |
| 5. | Daniel Andrés López Chávez | 201119333 | 1632623060101 |

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

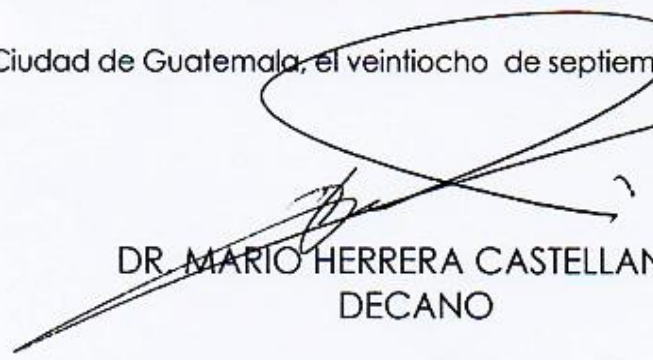
"DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DE LA SALUD RELACIONADOS
CON LOS CASOS DE MORTALIDAD MATERNA"

Estudio cualitativo realizado en los distritos de Santiago Atitlán
y Guineales, departamento de Sololá, 2015

Trabajo asesorado por el Dr. Luis Manuel López Dávila y revisado por la Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el veintiocho de septiembre del dos mil diecisiete


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

- | | | | |
|----|----------------------------|-----------|---------------|
| 1. | Andrea Lucía Ramírez Godoy | 200817416 | 1696141070101 |
| 2. | César Ariel López Ajxup | 200910244 | 2265873200110 |
| 3. | José Carlos Chávez Grajeda | 200910272 | 2504364690101 |
| 4. | Mario Alberto Prado López | 201010354 | 2063888291201 |
| 5. | Daniel Andrés López Chávez | 201119333 | 1632623060101 |

Presentamos el trabajo de graduación titulado:

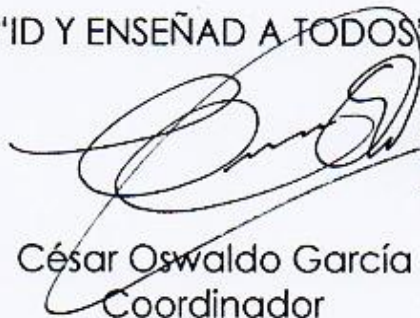
"DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DE LA SALUD RELACIONADOS
CON LOS CASOS DE MORTALIDAD MATERNA"

Estudio cualitativo realizado en los distritos de Santiago Atitlán
y Guineales, departamento de Sololá, 2015

El cual ha sido revisado por la Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el veintiocho de septiembre del dos mil diecisiete.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950



Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



Guatemala, 28 de septiembre del 2017

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

1. Andrea Lucía Ramírez Godoy
2. César Ariel López Ajxup
3. José Carlos Chávez Grajeda
4. Mario Alberto Prado López
5. Daniel Andrés López Chávez



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

"DETERMINANTES Y CONDICIONANTES DE LA SALUD RELACIONADOS
CON LOS CASOS DE MORTALIDAD MATERNA"

Estudio cualitativo realizado en los distritos de Santiago Atitlán
y Guineales, departamento de Sololá, 2015

Del cual el asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos
y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

Revisora: Dra. Lucía Eleonora Terrón Gómez
Reg. de personal 2002 0951

Asesor: Dr. Luis Manuel López Dávila



Lucía Terrón Gómez
MÉDICA Y CIRUJANA
COLEGIADA No. 11.193

Dr. Luis Manuel López Dávila
Médico y Cirujano
Colegiado No. 7976

DEDICATORIA

A DIOS: Por ser quien guía mis pasos , por darme sabiduría y paciencia.

A MI MADRE: Mildred Godoy, por haber estado conmigo y apoyarme siempre.

A MIS HERMANOS: Laura gracias por haber sido un ejemplo para mí y siempre ayudarme a poner los pies sobre la tierra. Emmanuel por ser siempre mi cómplice y la razón para ser mejor cada día

A MIS ABUELOS: Mamá Melita. Por ser ejemplo de una mujer fuerte e independiente y papa Quique gracias por ser un pilar tan importante para mi vida.

A MI FAMILIA Y AMIGOS: Por su confianza, apoyo y cariño.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS: Por acompañarme en este camino.

A MI ALMA MATER LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Quien abrió sus puertas y permitió mi formación

Por último este agradecimiento va al cielo, va para mi papá Amado Ramírez: quien fue la persona que más creyó y confió en mí , gracias por siempre apoyarme. Este logro es para él.

Andrea Lucía Ramírez Godoy

DEDICATORIA

A DIOS: Por darme la vida, llenarme de sabiduría, regalarme la salud y ayudarme en cada momento de mi vida hasta llegar al día de hoy.

A MIS PADRES: Alfredo López y Herlinda Ajxup, gracias por ser la luz de mi vida y sobre todo gracias por darme todo lo que necesité en este largo camino, gracias a sus lecciones de vida hoy soy una mejor persona y hoy puedo alcanzar un logro más en mi carrera como profesional.

A MIS HERMANOS: Edith, Félix y Alejandro, gracias por estar conmigo en todos los momentos de mi vida y apoyarme cuando más lo necesito, gracias por tan grato amor.

A MÍ DEMÁS FAMILIA: su apoyo fue y seguirá siendo siempre el combustible para seguir adelante, gracias por creer en mí.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Por abrigarme todos estos años.

César Ariel López Ajxup

DEDICATORIA

A DIOS: por permitirme la vida y lograr cumplir esta meta.

A MI MADRE: Lila Grajeda por su ejemplo, amor, paciencia, apoyo moral y económico que siempre recibí. Con esto ser el pilar principal y la inspiración en mí para luchar día a día con este reto de la medicina. Hoy que termino lo que ayer mirábamos tan lejano. Fuera todavía hoy sin ese apoyo.

A MI ESPOSA: Merlin López a ti que con tu compañía enriqueciste y diste estímulo esta etapa con quien experimente momentos de los cuales tu presencia espiritual alentó la realización de nuestra meta fijada.

A MIS HERMANOS: por el apoyo que me brindaron siempre que lo necesite.

A MI FAMILIA Y AMIGOS: por su confianza y nunca dejar de apoyarme en este camino

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: por permitirme adquirir los conocimientos necesarios para mi formación.

José Carlos Chávez Grajeda

DEDICATORIA

A DIOS: Mi Creador, mi Luz y quién me dio la fuerza para seguir siempre adelante.

A MIS PADRES: Mario Prado, gracias por tus consejos, por escucharme y darme siempre tu confianza y apoyo. Myriam López, gracias por siempre estar para mí, por ser mi confidente.

A MIS HERMANOS: Muchas gracias por su apoyo incondicional, estuvieron en todo momento y confiaron en mí, lo cual siempre fue una fuerza extra para alcanzar la meta.

A MIS AMIGOS: No puedo mencionar por nombre a todos, porque han sido muchos los amigos que me han acompañado en este camino.

A MIS PROFESORES: Gracias a todos los doctores por sus enseñanzas, por compartir conmigo un poco de su conocimiento.

A LA USAC: Por darme la oportunidad de cumplir mi meta y formarme con principios y valores.

Mario Alberto Prado López

DEDICATORIA

A MI DIOS Y PADRE: Gracias por tu misericordia, fidelidad y amor, por ti vivo y gracias a ti estoy aquí.

A MIS PADRES: Daniel Andrés López Tax y Dalila Betsabé Chávez Vásquez, por todo lo que me han dado a través de estos años, sin ustedes esto no fuera posible. Los quiero y los admiro.

A MIS HERMANOS: Abner Lorenzo López Chávez y Samara Betsabé López Chávez, por su apoyo y compañía.

AL AMOR DE MI VIDA: Verónica Cecilia Cutzal Morales, gracias por compartir cada momento de tu vida conmigo. Te amo.

A MIS FAMILIARES Y AMIGOS: Personas que Dios me ha permitido conocer y que han sido de bendición para mi vida.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Casa de estudios que me brindó los conocimientos y experiencias necesarias para obtener este logro.

Daniel Andrés López Chávez

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los determinantes sociales y condicionantes de la salud que intervinieron directamente en relación a las causas prevenibles de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015. **Metodología:** Se obtuvo información del número de casos de muerte materna y las características de cada municipio en donde se dieron los casos, esto permitió la selección de municipios prioritarios e identificación de informantes clave. Posteriormente por medio del estudio cualitativo se realizaron entrevistas abiertas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas y transcritas, con ayuda del programa Atlas.ti, se realizaron 4 categorías (determinantes, condicionantes, demoras y Modelo Incluyente en Salud) y la codificación de la información con base a los objetivos y por medio de la herramienta redes, se crearon mapas mentales que facilitaron la comprensión y análisis de la información. **Resultados:** La renuencia de los pacientes al control prenatal, desinterés de la pareja hacia la salud materna, un nivel económico bajo, mujeres analfabetas y una pobre organización comunitaria en el año 2015, son las determinantes más comunes; la condicionante o política de salud más influyente, fue la implementación del MIS. **Conclusiones:** En el año 2015 los determinantes tuvieron estrecha relación entre sí, creando un círculo vicioso que influyó en la muerte materna, asimismo las políticas de salud influyeron en el abordaje de la población, el cual fue facilitado con el MIS, ya que este contempla el acercamiento a la comunidad, familia y al paciente propiamente, respetando la interculturalidad.

Palabras clave: Muerte materna, identidad de género, atención prenatal

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	5
3. MARCO LÓGICO	7
3.1. Teoría fundamentada	7
3.1.1. Epistemología	7
3.1.2. Influencias metodológicas sobre la teoría fundamentada	7
3.1.3. Métodos fundamentales de teoría fundamentada.....	8
3.2. Antecedentes	11
3.2.1. A nivel mundial	11
3.2.2. A nivel Latinoamérica y el Caribe	11
3.2.3. A nivel Guatemala.....	12
3.2.4. A nivel Sololá	14
3.2.5. Situación de mortalidad materna en Sololá	16
3.2.6. Situación a nivel distrital.....	16
3.2.6.1. Monografía Santiago Atitlán	16
3.2.6.2. Monografía Aldea Guineales	20
3.3. Determinantes sociales de la salud.....	24
3.3.1. Atención de la salud universal.....	26
3.3.2. Medición y análisis del problema:	26
3.3.3. Tipos de determinantes de la salud.....	26
3.4. Condicionantes del derecho a la salud sexual y reproductiva en Guatemala	28
3.4.1. Ley para la Maternidad Saludable	30
3.4.2. Reglamento de la Ley para Maternidad Saludable.....	33
3.5. Interculturalidad	34
3.6. Modelo incluyente en salud	36
3.6.1. Derecho a la salud	36
3.7. Modelo de atención integral en salud	38
3.7.1. Principios del modelo.....	39
3.8. Modelo de las demoras	40
3.8.1. Primera demora.....	41

3.8.2	Segunda demora.....	41
3.8.3	Tercera demora	42
3.8.4	Cuarta demora.....	42
3.9	Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel en Guatemala....	43
3.9.1	Acciones preventivas en el embarazo.	43
3.9.2	Evaluación nutricional.....	43
3.9.3	Suplementación durante el embarazo	44
3.9.4	Laboratorios	44
3.9.5	Inmunizaciones.....	44
3.9.6	Detección y prevención del cáncer cérvico-uterino	44
3.9.7	Orientaciones a la mujer embarazada	44
3.9.8	Salud buco dental.....	44
3.10	Definición de muerte materna	45
3.10.1	Perfil de la mortalidad materna en Guatemala.	45
3.10.2	Clasificación de muerte materna	46
3.10.2.1	Causas directas de mortalidad materna.....	46
3.10.2.1.1	Hemorragia pre y transparto.....	46
3.10.2.1.1.1	Placenta previa.....	46
3.10.2.1.1.2	Desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera (DPPNI):.....	47
3.10.2.1.1.3	Placenta acreta.....	47
3.10.2.1.1.4	Vasa previa	47
3.10.2.1.2	Hemorragia post parto	47
3.10.2.1.2.1	Atonía uterina.....	48
3.10.2.1.2.2	Hemorragia por retención de la placenta y restos placentarios.....	48
3.10.2.1.2.3	Desgarros obstétricos.....	48
3.10.2.1.2.4	Inversión uterina.....	49
3.10.2.1.3	Trastornos hipertensivos durante el embarazo	49
3.10.2.1.3.1	Preeclampsia	49
3.10.2.1.3.2	Preeclampsia leve.....	49
3.10.2.1.3.3	Preeclampsia grave	49
3.10.2.1.3.4	Eclampsia	50
3.10.2.1.4	Sepsis.....	50
3.10.2.1.4.1	Infección puerperal.....	50

3.10.2.1.4.2	Fiebre puerperal	50
4	METODOLOGÍA.....	53
4.1	Tipo de diseño y enfoque metodológico	53
4.1.1	Características de la investigación	57
4.2	Población y muestra	59
4.2.1	Población	59
4.2.2	Muestra	59
4.3	Instrumento de recolección de datos	60
4.3.1	Investigación documental.....	60
4.3.2	Discusión de grupo	61
4.4	Método de análisis	61
4.4.1	Reducción de datos	61
4.4.2	Separación de unidades de contenido.....	62
4.5	Aspectos éticos de la investigación.....	65
5.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	67
6.	DISCUSIÓN	91
7.	CONCLUSIONES.....	103
8.	RECOMENDACIONES	107
9.	APORTES	109
10	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
11	ANEXOS.....	121

1. INTRODUCCIÓN

Se calcula que cada minuto en el mundo muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo parto o puerperio y la mayoría de estas pertenecen a países en vías de desarrollo como Guatemala. A pesar que para el año 2015 se tenía en los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) reducir los casos de mortalidad materna hasta un setenta y cinco por ciento, ninguno de los países de la región logra dicho objetivo y Guatemala continúa siendo uno de los principales países que aun reportan cifras tan altas de casos de mortalidad materna.^{1, 2}

La mortalidad materna es definida como la defunción de la mujer embarazada, durante el trabajo de parto o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención exceptuando causas accidentales o incidentales. Como se reporta para Guatemala en los consolidados para el año 2015 a nivel nacional ciento catorce muertes y a nivel de Sololá se reportan ocho muertes por cada cien mil nacidos vivos.^{3, 4}

Gran parte de los casos de muerte materna surge por las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, socializan y trabajan, como hace mención la encuesta nacional de condiciones de vida en Guatemala, en donde se pone en evidencia que la inequidad de género, el analfabetismo y el desempleo son determinantes primordiales para que el acceso a los servicios de salud sea ineficiente. Como es un hecho que la desigualdad en las condiciones de vida de toda la población está prácticamente en función de las estructuras y procesos sociales más profundos, lo que hace prácticamente imposible presentar una lucha contra la distribución del poder, el dinero y los recursos, esto es resultado de normas, políticas y prácticas de la sociedad que toleran o incluso favorecen la distribución injusta de los recursos que permiten el acceso a una mejor vida, todo lo anterior hace referencia y mención a los determinantes de la salud en Guatemala.^{3, 5}

Por otra parte, el estado es el encargado de brindar los servicios de salud a toda la población, pero hasta el momento no ha tenido la capacidad de respuesta para atender la demanda que hay en atención materna, frente a un escenario de recursos limitados, alta rotación de ministros de salud, ausencia de la carrera de funcionarios públicos, demandas del sector sindicalizado de salud, alto nivel de corrupción en el manejo financiero y contrataciones discrecionales a personal sanitario, los cuales son algunos de los problemas primordiales en el sistema de salud de los países en vías de desarrollo, como es el caso de Guatemala. A los

condicionantes antes señalados se tiene que incorporar la realidad de que las mujeres que sobrellevan un embarazo y que pertenecen a la condición de vida de línea de pobreza, deben enfrentarse a condiciones de inequidad en el acceso a los servicios de salud.³

Se tiene evidencia científica del efecto negativo que tiene la limitación en el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud por la distancia, condiciones geográficas, malas condiciones de carreteras o ausencia de las mismas, por lo que causan demora en la atención oportuna de pacientes con complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio; el analfabetismo con mayor predominio en la población rural y campesina, el insuficiente plan educacional que se le brinda a las pacientes para identificar los signos de alarma, situación que se incrementa por la comunicación oral entre el personal sanitario y la población local, además de la falta de confianza hacia el sistema de salud. Las características primordiales antes descritas, definidas en la presente investigación como determinantes sociales de la salud y condicionantes políticos de salud se encuentran presentes como factores de riesgo en el departamento de Sololá.¹

Por lo anterior se hace indispensable poder identificar y analizar los determinantes y condicionantes de la salud que influyen en este problema tan arraigado como lo es la mortalidad materna, para poder fortalecer los programas ya existentes y en determinado momento crear nuevas estrategias para mitigar esta problemática.

El estudio de investigación fue realizado con metodología basada en teoría fundamentada, con la cual se pudo obtener nueva información, que surgieron por medio de entrevistas individuales y grupales las cuales fueron dirigidas a personas seleccionadas con base a sus características sociales y su intervención en las comunidades, con las cuales se pudo recolectar la información adecuada para llevar a cabo el análisis de los datos y con los cuales se pudo determinar que los aspectos socioeconómicos y culturales de la población estudiada son las principales causas desencadenantes de los casos de muerte materna registrados durante el año 2015.

Por lo anterior es de relevancia reforzar o implementar acciones para poder combatir y erradicar esta problemática de salud pública que hasta la fecha sigue causando estragos en nuestra sociedad y lamentablemente afecta con mayor rudeza a nuestra población más desprotegida, por lo que es importante poder involucrar a todas las entidades del estado y la

cooperación de entidades internacionales para poder contratar y capacitar al personal de salud para mejorar la atención que se brinda en el primer nivel de atención.

No menos importante se hace mención que el estudio deja una enorme satisfacción a los investigadores y a toda persona involucrada ya que por medio del presente se hacen las correspondientes conclusiones y se hace una serie de recomendaciones dirigidas a el bienestar y progreso de nuestras comunidades, para que trabajando en conjunto podamos algún día disminuir tan altas cifras de muerte materna en nuestro país.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar los determinantes sociales y condicionantes de la salud que intervinieron directamente en relación a las causas prevenibles de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 2.2.1 Describir los factores socioculturales que predominan en los casos de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015.
- 2.2.2 Identificar el nivel de cumplimiento en cuanto al control prenatal según lo establecido en las Normas de Atención en Salud Integral del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que presentaron los casos de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015.
- 2.2.3 Caracterizar las demoras que intervinieron en los casos de muerte materna en los distritos de Santiago Atitlán y Guineales del departamento de Sololá durante el año 2015.
- 2.2.4 Comparar la funcionalidad del modelo incluyente en salud en la prevención y manejo de la muerte materna con base a las cuatro demoras entre el distrito de Guineales y el distrito de Santiago Atitlán que no cuenta con este modelo.

3. MARCO LÓGICO

3.1. Teoría fundamentada

3.1.1. Epistemología

Barney Glaser y Anselm Strauss hace más de 40 años desarrollan y establecen la teoría fundamentada, publican en 1967 el libro *The Discovery of Grounded Theory* (El descubrimiento de la teoría fundamentada), quienes diseñan a través de datos empíricos un conjunto de pasos y procedimientos para generar nuevas teorías.¹ La teoría fundamentada al inicio representa una resolución de las posiciones y la solución a un problema más amplio sobre las percepciones del estado del conocimiento basado en la calidad de las ciencias sociales; luego de cuatro décadas la teoría fundamentada sigue siendo utilizada en una amplia gama de contextos de investigación y es especialmente considerada como un método de análisis social y de salud, además de ser uno de los diseños de investigación con más popularidad a nivel mundial, lo que incluye la publicación de miles de estudios sobre dicha metodología.⁶

El marco metodológico con su filosofía subyacente influye en la forma en que el investigador trabaja con los participantes, es decir la posición que toman en el estudio.¹ Dependiendo de sus creencias filosóficas y metodología adoptada, los investigadores toman una posición de distancia o una inclusión reconocida tanto en el campo como en el producto final del estudio. Además, y fundamentalmente para la teoría fundamentada, la metodología que se suscribe influye en el análisis de los datos, ya que enfoca la atención del investigador en diferentes dinámicas y los alerta a posibles configuraciones analíticas en el proceso de abstracción conceptual y teórica.⁶

3.1.2 Influencias metodológicas sobre la teoría fundamentada

La teoría fundamentada se deriva a menudo de fuentes de datos de naturaleza cualitativa (interpretativa), estos estudios de investigación cualitativa se originan de los primeros exploradores del mundo que documentan sus experiencias de encontrar a las tribus de tierras extranjeras mientras coleccionan artefactos culturales, todo en nombre de la colonización.⁷

Los estudios de investigación cualitativa se originan de los primeros exploradores del mundo que documentan sus experiencias de encontrar a las tribus de tierras extranjeras mientras coleccionan artefactos culturales, todo en nombre de la colonización.⁷ La fase de géneros borrosos (1970-1986) es caracterizada por investigadores cualitativos que cuestionan su lugar

en los textos de investigación; el pensamiento constructivista llega a ser muy influyente en este momento, y de importancia para la teoría fundamentada, cuando Charmaz comenzó a pensar sobre una teoría fundamentada usando este lente metodológico.⁷

No fue hasta la fase llamada la crisis de la representación (1986-1995), que Charmaz empieza a publicar sobre la teoría constructivista fundamentada, su relación con los participantes y la importancia de escribir en la construcción de un texto final que permanece fundamentado en los datos.⁷ La fase llamada triple crisis, añade legitimación y praxis a la representación, la legitimidad cuestiona las medidas para decidir sobre el mérito de los resultados de la investigación cualitativa, mientras que la crisis de la praxis provoca interrogantes sobre la capacidad de los análisis textuales de la sociedad para efectuar el cambio.⁷

El pensamiento posmodernista penetra gran parte de este debate e influyó en el siguiente movimiento clave en la teoría fundamentada, el trabajo de Clarke sobre el análisis situacional.⁷

3.1.3. Métodos fundamentales de teoría fundamentada

El manual de Sage de la teoría fundamentada ha llevado a la pregunta de cuáles son las características sobresalientes del diseño de investigación de la teoría fundamentada a la vanguardia de las discusiones contemporáneas sobre la teoría fundamentada. Consideramos que los siguientes constituyen un conjunto de métodos fundamentales.⁷

3.1.3.1. La codificación inicial y la categorización de los datos

La codificación inicial o abierta es el primer paso del análisis de datos.⁷ Es una forma de identificar palabras importantes, o grupos de palabras, en los datos y luego etiquetarlos en consecuencia.⁷

Los códigos in vivo son cuando las palabras o grupos de palabras importantes (usualmente citas textuales de los participantes) son ellos mismos usados como la etiqueta, en tanto que las categorías son grupos de códigos relacionados.⁷ Las categorías se encuentran saturadas cuando el nuevo análisis de datos devuelve códigos que únicamente se ajustan a las categorías existentes, y dichas categorías se explican suficientemente en términos de sus propiedades y dimensiones.⁷

3.1.3.2. Generación simultánea de datos o recopilación y análisis

Dicho paso es fundamental en la teoría fundamentada ya que en este se generan o recaban datos de una muestra previamente seleccionada y luego analizar estos datos o construir una preposición teórica.⁷

3.1.3.3. Escribir memorandos

Los memorandos son registros escritos de lo que un investigador tiene en mente durante el proceso de emprender un estudio teórico fundamentado.² Estos varían en, sujeto, intensidad, coherencia, contenido teórico y utilidad para el producto terminado. Los memorandos se generan de las etapas muy tempranas de planear un estudio hasta la terminación. Dichos memorandos se transformarán a su tiempo en los resultados de su teoría fundamentada.⁷

3.1.3.4. Muestreo teórico

El muestreo teórico se utiliza para enfocar y alimentar su constante análisis comparativo de los datos. Durante este proceso iterativo, resultará lógico que es necesaria más información para saturar categorías en desarrollo.⁷ Esto ocurre a menudo cuando se desea obtener más información sobre las propiedades de una categoría, las condiciones en las que puede existir una categoría en particular, las dimensiones de una categoría o la relación entre categorías. Para tomar una muestra teórica, se debe tener una decisión estratégica sobre qué o quién proporcionará la fuente más rica en información para satisfacer sus necesidades analíticas.⁷

3.1.3.5. Análisis comparativo constante mediante lógica inductiva y abductiva

Es necesario realizar este análisis, para poder tener una teoría fundamentada integrada y consiste en una constante comparación de incidentes con incidentes, incidentes con códigos, códigos con códigos, códigos con categorías y categorías con categorías.⁷ En teoría fundamentada los métodos inductivos se utilizan para la construcción de la teoría a partir de datos propios y se alcanza a través de sucesivos análisis comparativos.⁷ El razonamiento abductiva ocurre en todas las etapas del análisis, pero especialmente en el análisis comparativo constante de las categorías a las categorías que llevan a integrar la teoría.⁷

3.1.3.6. Sensibilidad teórica

La sensibilidad teórica es un concepto de dos partes. La primera, es el nivel de sensibilidad teórica personal del investigador; que evidencia el nivel de conocimiento de sí mismos y el área donde se encuentran investigando.⁷ La segunda, es el nivel de sensibilidad

teórica del investigador con relación a su historia intelectual, el tipo de teoría que han leído, absorbido y que ahora utilizan.⁷ Los investigadores son una suma de todo lo que han experimentado.⁷ Además, la sensibilidad teórica reconoce que el investigador es la suma de todo lo que ha experimentado.⁷

3.1.3.7. Codificación intermedia

Esta es la segunda etapa principal del análisis de datos que sigue a la codificación inicial. El investigador se mueve entre la codificación inicial y la intermedia durante el proceso de generación o recopilación y análisis concurrentes de datos y la comparación constante de estos datos.² En esta se emplea la codificación intermedia de dos maneras: 1) se desarrollan categorías completamente individuales conectando subcategorías y desarrollando completamente el rango de propiedades y las dimensiones que esta posea; 2) vincular las categorías entre sí.⁷

3.1.3.8. Seleccionar una categoría central

El investigador puede optar por seleccionar una categoría central o de núcleo que encapsula y explica la teoría fundamentada como un todo.⁷ El muestreo teórico adicional y la codificación selectiva se centran en actualizar la categoría de núcleo de una manera conceptual sumamente abstracta, esto se logra mediante la saturación teórica total tanto de la categoría principal como de sus categorías subsidiarias, subcategorías y sus propiedades.⁷

3.1.3.9. Codificación avanzada e integración teórica

La integración teórica es el más complicado de los métodos fundamentales de la teoría fundamentada. Una teoría fundamentada generalmente proporciona una explicación comprensiva de un proceso aparente en relación con fenómenos particulares.⁷ En los procedimientos avanzados para la codificación se incluyen el uso de la técnica del argumento como mecanismo de integración y presentación de la teoría fundamentada.² Los códigos teóricos pueden ser extraídos de las teorías existentes para que estos ayuden en la integración teórica, esto añade poder explicativo al producto final de un estudio teórico fundamentado situándolo en relación con un cuerpo teórico de conocimiento.⁷

3.1.3.10. Generación de la teoría

El resultado final de un estudio teórico fundamentado es una teoría integral y exhaustiva fundamentada que explica un proceso o esquema asociado con un fenómeno.⁷

3.2 Antecedentes

3.2.1 A nivel mundial

Alrededor de 830 mujeres mueren cada día por complicaciones que se asocian al embarazo, parto o puerperio. Se estima que en 2015 suceden 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. El 90% de los casos de muerte materna pueden ser evitados, mientras que el 99% corresponde a países con ingresos bajos.¹

El grupo interagencial integrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas elaboran el informe, "Tendencias de la Mortalidad Materna: 1990-2015", en este indica que existe una reducción del 44% de la mortalidad materna desde 1990.⁸ Se observa que en algunos países las reducciones anuales de la mortalidad materna se incrementan a partir del año 2 000, además se reducen estas muertes hasta un 5.5% anual.^{2,9}

A nivel mundial, alrededor del 75% de las muertes maternas es por hemorragias, infecciones, trastornos hipertensivos, complicaciones en el parto y los abortos; mientras que un 25% es por causas indirectas.²

3.2.2 A nivel Latinoamérica y el Caribe

En esta región se observa mayores logros en la reducción de la mortalidad materna.¹ Los países que tienen mayores logros son: Barbados (56%), Bolivia (61%), Brasil (43%), Ecuador (44%), El Salvador (39%), Guatemala (49%), Haití (43%), Honduras (61%), Nicaragua (38%), Perú (64%) y República Dominicana (57%), algunos de los anteriores reportan las más altas razones de mortalidad materna desde 1990.²

La meta fijada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es la reducción del 75% de las muertes maternas, en América Latina y el Caribe, se logra reducir en un 40%, queda por debajo de esta meta.² Según datos de la Central Intelligence Agency (CIA) World Factbook, las tasas de mortalidad materna en Centro América por cada 100 000 nacidos vivos para el 2010 se sitúa en: Guatemala (120), Honduras (100), Nicaragua (95), Panamá (92), El Salvador (81), Costa Rica (40).¹⁰

3.2.3 A nivel Guatemala

Según el Estudio Nacional de Mortalidad Materna del 2000-2007 se registran 537 muertes maternas, que representa una reducción promedio anual de 1.24%, siendo la hemorragia posparto la principal causa de las muertes con 41% y de las cuales alrededor del 50% ocurren en casa o en camino al servicio de salud, las mismas son en su mayoría mujeres indígenas (71.2%), de baja escolaridad (48.4% analfabetas) y residentes en el área rural (66.3%).⁴

Según el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Guatemala no logra alcanzar la meta establecida por los ODM para el 2015 de reducir el 75% de la mortalidad materna, a pesar de la reducción de dicha mortalidad a partir de 1990, ya que en este año la razón es de 270 por cada 100 000 nacidos vivos y la de 2013 desciende a 113.¹¹ La metodología de la Encuesta de Mortalidad de Mujeres en Edad Reproductiva RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey), es un método de estudio de todas las muertes maternas, de mujeres en edad reproductiva identifican las causas de las mismas y cómo prevenirlas.¹² Según el estudio de mortalidad materna (Análisis del Sistema de Salud 2015) analiza registros de 2013 en donde se observan diferencias aún mayores al hablar de grupos étnicos, ya que este menciona una proporción de mortalidad materna de 159 por cada 100 000 nacidos vivos entre las mujeres indígenas y una de 70 en mujeres no indígenas.¹¹ En Guatemala el 68% de las 452 muertes maternas en 2013 corresponden a mujeres indígenas, esto significa que la población indígena está en mayor riesgo debido a múltiples determinantes sociales y condicionantes de la salud.¹¹

El MSPAS no dispone de suficiente personal para atender a la población sobre todo en el área rural porque la mayor parte del personal calificado y la tecnología se concentra en las zonas urbanas. Casi las tres cuartas partes del recurso humano en salud (médicos, enfermeras y parteras) están concentradas en los departamentos de Guatemala, Quetzaltenango y Escuintla, por el contrario, departamentos como Totonicapán, Sololá, Baja Verapaz, Alta Verapaz y Quiché, donde vive la mayor proporción de la población indígena muestra algunos de los indicadores más pobres de salud del país.¹³

Las directrices internacionales sobre acceso y tratamiento obstétrico de emergencia establecen un nivel mínimo aceptable de disponibilidad de estos servicios para todos los países. Según estas, estipulan que por cada 500 000 habitantes debe haber por lo menos cuatro instalaciones que ofrezcan cuidados básicos de emergencia obstétrica, incluye la capacidad de realizar cesáreas y transfusiones de sangre. En Guatemala, debiera contar con al menos 100

instalaciones de cuidados básicos y unas 26 con capacidad mayor, si bien 36 de los 43 hospitales nacionales ofrecen cuidados obstétricos ampliados, la disponibilidad de instalaciones que ofrecen servicios básicos es muy por debajo de lo señalado en los lineamientos internacionales.¹⁴

Se estima que debe existir 25 profesionales de la salud (médicos y enfermeras) por cada 10 000 habitantes, sin embargo, tomando en cuenta estimaciones para el 2005, se indica la existencia de alrededor de 10 médicos y 4 enfermeras profesionales por cada 10 000 habitantes, respecto a lo anterior se evidencia un déficit de personal en salud menor al 50%.¹⁵

La hemorragia postparto puede causar la muerte en un periodo aproximado de dos horas, tiene en cuenta que existen regiones donde la mayoría de los partos ocurren en el hogar y a grandes distancias de un establecimiento de salud, es de suma importancia fortalecer la capacidad de respuesta a nivel comunitario en cuanto al tratamiento de hemorragias e infecciones perinatales.¹⁴

El mayor riesgo de morir por causas maternas se observa en los departamentos con indicadores que muestran deficiencias de tipo estructural, como el acceso a servicios básicos, el nivel de pobreza, comportamientos reproductivos altos, entre otros. En términos generales, departamentos con alta RMM tienen mayor tasa de analfabetismo, menor promedio de grados aprobados en la escuela, con menor acceso a la misma y mayor porcentaje de población pobre; así mismo tienen tasas de fecundidad más altas que el promedio nacional y menor porcentaje de uso de anticonceptivos.¹⁶

El 67% de las defunciones en Guatemala son certificadas por médicos lo que debería de garantizar la calidad y validez de la información, sin embargo, continúa la problemática del registro de las causas de la mortalidad, generalmente en relación a la muerte materna, lo cual es un gran problema en el país.¹⁴ La línea basal de mortalidad materna año 2000 reporta un subregistro de 44%. Solamente el 56% de las muertes maternas se encuentran registradas en los certificados de defunción en los registros civiles, el 44% de subregistro está constituido por un 36% de muertes maternas cuyo diagnóstico no se registra en el certificado de defunción y un 8% que no poseen certificado de defunción.¹⁴

El subregistro de mortalidad materna en 2007 es de 41.34%, el cual es sólo ligeramente menor al encontrado por la línea basal de mortalidad materna 2000 (44%).¹⁷ Esta escasa mejoría

pone en relieve los obstáculos para conocer con objetividad la situación de este importante indicador de la salud reproductiva de las mujeres guatemaltecas, el cual es necesario para la adecuada planificación y conducción de los programas en este campo.¹⁴ Es de suma importancia tener datos realistas que permitan la construcción adecuada de indicadores para verificar las tendencias de las poblaciones y de los individuos, causas específicas de muerte, definir áreas geográficas de donde ocurre la muerte, un certificado de defunción llenado adecuadamente por un médico o personal de salud calificado que permita que este sea un documento confiable.¹⁴ Para mejorar la eficiencia del registro en el certificado de defunción se debe sistematizar y estandarizar los diagnósticos de muerte materna, esto con la finalidad de poder analizar, interpretar y comparar los datos obtenidos en las diferentes áreas de salud y en los diferentes periodos de tiempo, de esta manera se podrán realizar estudios epidemiológicos que permitan realizar acciones correctivas para evitar la muerte materna.¹⁴

3.2.4 A nivel Sololá

Sololá es parte de la región VI o región Sur Occidental, su cabecera departamental es Sololá, situada a 2 113 metros sobre el nivel del mar y se encuentra a 140 kilómetros de la ciudad capital de Guatemala. Sus límites departamentales son, al norte con los departamentos de Totonicapán y Quiché, al sur con Suchitepéquez, al este Chimaltenango y al oeste con Suchitepéquez y Quetzaltenango. Su clima es predominante frío, por lo que su suelo es naturalmente fértil, donde se cosechan una gran variedad de cultivos.¹⁴

Se conforma por 19 municipios: Sololá (cabecera), Concepción, Nahualá, Panajachel, San Andrés Semetabaj, San Antonio Palopó, San José Chacayá, San Juan La Laguna, San Lucas Tolimán, San Marcos La Laguna, San Pedro La Laguna, San Pablo La Laguna, Santa Catarina Ixtahuacán, Santa Catarina Palopó, Santa Clara La Laguna, Santa Cruz La Laguna, Santa Lucía Utatlán, Santa María Visitación y Santiago Atitlán.^{17, 18}

Según el censo del 2002 Sololá cuenta con una población total de 307 661 habitantes, de esta población un poco más del 96% corresponde a población indígena, en su mayoría perteneciente a la Etnia K'iche' (43%), Kaqchiquel (36.5%) y Tz'utujil (16.5%).¹⁹

Tabla 3.1
Caracterización de la población de los municipios que presentaron muerte materna en 2015.

Municipio	Población	Población indígena	Etnia predominante	Población rural	Población urbana	Priorización por calidad de vida
Sololá	107402	94.4%	Kaqchiquel	89%	11%	Bajo
Nahualá	89000	99.97%	Kaqchiquel	93.7%	6.7%	Bajo
Santa. Catarina Ixtahuacán	48097	99.96%	K'iche'	95%	5%	Bajo
Concepción	4329	100%	Kaqchiquel	62%	38%	Muy Bajo
Santiago Atitlán	40000	98%	Tz'utujil	66%	34%	Medio
San Lucas Tolimán	21455	89%	Kaqchiquel	48%	52%	Medio

Fuente: Elaboración propia con base a datos de la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN), Vulnerabilidades de los municipios y calidad de vida de sus habitantes (2008) y Planes de Desarrollo Municipal 2008, 2010. ²⁰⁻²⁷

En Sololá el índice de analfabetismo alcanza cifras del 55.8%, valor que supera el promedio nacional que es de 36.4% según el “Anteproyecto Centro Ecoturístico Atitlán, Municipio de Panajachel Sololá” de la Facultad de Arquitectura de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC) realizado en el año 2002.²⁸ El estudio “Diagnóstico Socioeconómico, Potencialidades Productivas y Propuestas de Inversión” realizado por la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala con datos de 2002 menciona que el porcentaje de asistencia escolar en preprimaria es de 17%, primaria 41%, básicos 9%, diversificado 1%, además el 70% de la población económicamente activa participa a través de negocios que no aportan ningún tipo de impuesto o arbitrio municipal, por último se estima que el 60% de la población vive en pobreza y el 23% en extrema pobreza.²⁹

El área de salud de Sololá está organizada en 10 distritos, cuenta con un hospital nacional, dos unidades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), 10 centros de salud, 33 puestos de salud y 159 centros de convergencia; además dispone de 77 médicos generales, 1 odontólogo, 55 enfermeras profesionales, 268 auxiliares de enfermería, 5 trabajadoras sociales, 3 nutricionistas, 14 técnicos de salud rural, 9 inspectores de saneamiento ambiental, 3 laboratoristas, 23 secretarias, 68 digitadores, 27 agentes de seguridad, 35 conserjes y 22 pilotos.³⁰

Según datos del departamento de epidemiología de MSPAS, para el 2015 Sololá cuenta con una población total de 491 530 habitantes de la cual 248830 son mujeres y de este grupo 155304 se encuentran en edad fértil, se registra 7 918 partos de los cuales el 37.3% es atendido por médico y el 60.6% por comadrona. Acorde a la memoria de labores del 2015 se tienen registradas 904 comadronas, lo cual relacionado con el número de partos atendidos por ellas da una proporción de 5.3 partos atendidos por cada comadrona.³¹

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI), en sus resultados de los años 2000-2006 y su actualización en 2011, menciona que en Guatemala no se ha mejorado el acceso a los servicios de salud y además los servicios públicos no contribuyen a mejorar la condición de inequidad.⁵

3.2.5 Situación de mortalidad materna en Sololá

A pesar de los avances en reducción de la mortalidad materna, Sololá continúa siendo uno de los departamentos que presenta los mayores índices de mortalidad, según los informes recopilados por el Sistema de Información Gerencial en Salud (SIGSA), reporta que en 2006 la razón de la mortalidad materna es de 121.7 por cada 100 000 nacidos vivos, estando en el quinto lugar y para el 2014 según una revisión del MSPAS se ubica en el décimo lugar a nivel departamental.¹⁸

3.2.6 Situación a nivel distrital

3.2.6.1 Monografía Santiago Atitlán

3.2.6.1.1 Ubicación

Está situado en las faldas de los volcanes Tolimán y Atitlán, parte sur del departamento de Sololá, en la Región Suroccidental. Limita al norte con el Lago de Atitlán; al sur con los municipios de Santa Bárbara y Chicacao del departamento de Suchitepéquez; al este con el municipio de San Lucas Tolimán, Sololá; y al oeste con los municipios de Chicacao, Suchitepéquez y San Pedro La Laguna, Sololá. Cuenta con una extensión territorial de 136 kilómetros cuadrados y se encuentra a una altura de 1 592 metros sobre el nivel del mar, por lo que generalmente su clima es templado.^{32, 33} El municipio de Santiago Atitlán está dividido por: 1 pueblo que también es la cabecera municipal, 5 cantones, 2 aldeas, 7 fincas, 4 parajes y 16 caseríos.⁵

3.2.6.1.2 Demografía

Su población es de 45 982 según la proyección del INE para el año 2012, con una densidad poblacional de 338 habitantes por Km². El incremento de población comparado con el del 2002 es del 42%, lo que significa que en la última década ha nacido más de un tercio de la población.³⁴ Para el año 2015 su población será de 49 631, lo que significa que de continuar con la tasa de natalidad de 19.20%, se tendrá más de 3 600 nuevos habitantes. El crecimiento demográfico manifiesta una tasa de 2.9% anual y una tasa global de fecundidad de seis niños por mujer.³⁴

3.2.6.1.3 Vías de comunicación

Las vías terrestres de comunicación son a través de la costa sur por el municipio de Patulul, San Lucas Tolimán, por vía occidente desde el cruce de las trampas hasta Godines, San Andrés Semetabaj. La vía acuática por medio del lago de Atitlán que une a las diferentes comunidades que se encuentran en la orilla del mismo tales como: Panajachel, San Antonio Palopó, San Pedro la Laguna, San Lucas Tolimán, San Antonio, Santa Cruz, Santa Catarina.³³

3.2.6.1.4 Población

En cuanto al crecimiento poblacional se observa que es desordenado, sin ningún criterio para los asentamientos humanos, no hay organización ni ordenamiento territorial; la tasa de crecimiento poblacional es de 3.5 % anual, lo que implica que la población seguirá aumentando, por lo tanto las demandas de vivienda, servicios de agua, salud y educación ira aumentado; se agrava aún más la situación porque no existen normativas para la organización territorial, por ejemplo, reglamentos para la construcción de viviendas, que coadyuve a la administración municipal en aplicar las normativas locales, por lo que contribuye a un crecimiento de los centros poblados en forma desorganizada; lo que refleja es un crecimiento no planificado.³²

Según el informe Nacional de Desarrollo Humano del PNUD, indica que el Índice de Desarrollo humano de la población del municipio es de 0.576, el porcentaje de pobreza total asciende a un total de 79.8 % y la población en extrema pobreza asciende a 26.30%, la población es 98.2% indígena de la etnia Tzutujil, y esta vive con déficit de calidad y cobertura de los servicios de salud, educación, no existen políticas locales para la seguridad ciudadana, aunque existe una organización incipiente a través del sistema de Consejos de Desarrollo, por lo que la municipalidad en coordinación con entidades gubernamentales y no gubernamentales pretenden priorizar las áreas más desfavorecidas, para erradicar las exclusiones y las desigualdades en el territorio municipal.³²

La situación económica en términos de distribución del ingreso es crítica, en términos de que el sistema productivo del Municipio genera muy poco empleo productivo, un alto volumen de desempleo y un vasto segmento de economía informal, cuyos ingresos no favorecen el consumo, mucho menos el ahorro y la inversión.³⁴ La escasez de empleo se concentra alrededor del sector agrícola-artesanal y comercio al por menor.³⁴ El turismo no representa un sector importante en términos de los servicios asociados al mismo y de su volumen de producción y empleo.³⁴

3.2.6.1.5 Red de Servicios de Salud

El municipio de Santiago Atitlán cuenta con 3 puestos de salud ubicados, en Cerro de Oro, Chuk-Muk, y San Antonio Chacayá, así mismo cuenta con un centro de salud, un hospital privado y dos jurisdicciones de la prestadora de servicios PRODESCA ("las jurisdicciones son centros que utilizan infraestructura que no pertenece al MSPAS, la mayoría cuenta con servicios mínimos de atención digna a las personas").³⁴

3.2.6.1.6 Atención materna

La Memoria de labores del 2015 reportó que se hubo un parto en mujeres menores de 15 años, en mujeres de 20 a 35 años 677 partos, y en mujeres mayores de 35 años 106 partos atendidos.³⁴ En el 2015 se presentaron 3 casos de mortalidad materna directa, 2 casos fueron por hemorragia debido a ruptura uterina durante el trabajo de parto y uno por eclampsia debido a trastorno hipertensivo.³⁵

3.2.6.1.7 Control Prenatal

En el 2015 se reportó que 681 madres asistieron a su primer control prenatal y al cuarto control 723 mujeres.³⁵

3.2.6.1.8 Agua y Saneamiento

El departamento de salud y ambiente indica que Santiago Atitlán tiene un 90% de las fuentes superficiales contaminadas y solo el 35% de los desechos sólidos domiciliarios son depositados en rellenos sanitarios.³⁴

El servicio de agua es domiciliar y por medio del sistema entubado, no es agua potable, al no existir ningún procedimiento de clorificación por parte de las autoridades Municipales. Se dispone con el servicio durante el día, ya que es abundante en la región, el cobro es a través de una cuota mensual de Q 50.00. Del total de los hogares el 75% cuenta con el servicio.³³

En cuanto a la extracción de la basura domiciliar, este servicio es de uso general en la localidad, la forma que existe de recolección de desechos es a través de la Municipalidad que proporciona camiones los que recogen los mismos en punto ya establecido y luego son enviados a un botadero fuera del casco urbano. El mismo tipo de sistema es utilizado en el área rural, lo que conlleva a que no existe una infraestructura adecuada para el tratamiento de los mismos.³³

3.2.6.1.9 Número de comadronas

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Listado de comadronas Santiago Atitlán. Observaciones no publicadas; 2017) señala que el distrito de Santiago Atitlán cuenta con 39 comadronas registradas en el año 2015. Para el año 2017 se cuenta con un total de 29 comadronas registradas.

3.2.6.1.10 Programa educativo para comadronas

Para el año 2015 no se contaba con un programa educativo para comadronas; el Ministerio de Salud Pública y asistencia Social (Intercambio con terapeutas mayas, terapeutas populares y abuelas comadronas. Santiago Atitlán: observaciones no publicadas; 2017) actualmente posee un programa que llaman Intercambio con terapeutas mayas, terapeutas populares y abuelas comadronas en las que realizan diferentes capacitaciones, entre las cuales tenemos: la ventana de los mil días, en las que abordan temas de cómo prevenir el embarazo, el aborto, el maltrato infantil, garantizar la salud de la mujer, promover la maternidad y paternidad responsable. Los controles prenatales que tienen que ser 4 controles a las semanas 12, 26, 32, y 36-38, y todo lo que deben evaluar en cada control prenatal.

Al momento del parto este tiene que ser un parto limpio y seguro, este parto tiene que ser institucional, coordinado con las comadronas responsables del parto, llevar una vigilancia, elaborar un informe y coordinación con la enfermera profesional y referirlo cuando haya complicaciones tanto maternas como del recién nacido.

Otro tema importante que hablan en la capacitación es acerca de las 4 demoras, el significado de cada una de ellas y que sepan cuando se está presentando alguna de ellas, para orientar a la mujer embarazada a asistir a un centro de mayor resolución y mejor capacitado para atender la necesidad de la mujer.

La capacitación está orientada para atender de mejor manera a las siguientes poblaciones: niños menores de 1 año, mujeres embarazadas y puerperas. Se cuenta con 19

abuelas comadronas con las que se realiza intercambio de enseñanzas de ambas partes tanto del personal de salud como de las experiencias que han tenido estas abuelas comadronas.

3.2.6.2 Monografía Aldea Guineales

3.2.6.2.1 Ubicación.

La aldea Guineales pertenece a la parte de la Boca Costa del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán, departamento de Sololá, los límites territoriales del municipio son: al Norte: con Nahualá y Totonicapán, al Sur: con Santo Tomás La Unión y Samayac (Suchitepéquez), al Este: con Santa Lucía Utatlán y San Juan La Laguna (Sololá) y al Oeste: con Cantel y Zunil (Quetzaltenango) y Totonicapán.³⁶ Dicho municipio cuenta con una extensión territorial de 190 kilómetros cuadrados y una altura de 500-3 000 metros sobre el nivel del mar, generalmente su clima es templado o semifrío. La distancia de la cabecera municipal, hacia la cabecera departamental es de 50 kilómetros.³⁷

El municipio se divide en: Una cabecera municipal, 10 aldeas, 95 caseríos y 1 cantón. Por su parte la aldea Guineales posee un total de 27 comunidades dentro de las cuales se encuentran, Xetutul y Paculam.²³

3.2.6.2.2 Demografía.

Según datos del Ministerio de Salud y Asistencia Social (Monografía del Distrito de salud. Aldea Guineales: observaciones no publicadas; 2017) para el 2009 la población de la Boca Costa de Sololá es de 62 000 habitantes, de los cuáles 31 263 pertenecen a Santa Catarina Ixtahuacán. Según la memoria de labores del año 2015 del distrito de Guineales, éste tenía una cobertura de 40 comunidades, siendo el total de población general que presentan estas comunidades de 33 510 habitantes, de los cuales aproximadamente el 53% son mujeres y de estas 9 855 son mujeres en edad fértil, siendo el 29%.³⁸ Además dicho distrito en 2015 presentó una Tasa de Natalidad de 22.62 y una Tasa de Fecundidad de 76.92. El 100% de esta población es del área Rural y es indígena.³⁸

3.2.6.2.3 Vías de Comunicación.

El Ministerio de Salud y Asistencia Social (Monografía del Distrito de salud. Aldea Guineales: observaciones no publicadas; 2017) menciona que de la Aldea de Guineales para la cabecera departamental de Sololá, existen dos vías de comunicación que son: de la aldea Guineales hacia Santo Tomás La Unión Suchitepéquez, hasta llegar a la carretera al pacífico

pasando por San Martín Zapotitlán y San Felipe del departamento de Retalhuleu, para luego pasar por Quetzaltenango, recorrer la ruta interamericana, por último desviarse en el lugar denominado la Cuchilla, aproximadamente en el Km. 125 de dicha ruta y así dirigirse hacia la cabecera del departamento, recorriendo un total de 180 kilómetros.

De la aldea Guineales hacia Santo Tomás La Unión, llegando a San Antonio Suchitepéquez, tomando la ruta del pacifico, hasta desviarse en el lugar llamado Cocales, para luego dirigirse al municipio de Patulul del departamento de Suchitepéquez, pasando por San Lucas Tolimán del departamento de Sololá y las Trampas, del mismo departamento para por último llegar a la cabecera departamental, recorriendo un total de 140 kilómetros.

3.2.6.2.4 Población

Según la proyección de la población realizada por el INE, el municipio de Santa Catarina Ixtahuacan cuenta con un crecimiento poblacional de 1.59% anual para el 2009 y también menciona que del total de la población del municipio, el 50% son hombres y el 50% son mujeres, además el 93% viven en el área rural y el 97% es población indígena.³⁷ En el mismo informe se evidencia que el incremento poblacional para el sexo femenino es de 21% y de 19.90% para el masculino.³⁷

Según datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI 2006), indicó que un 77% de la población del Municipio no tienen ingresos mayores a los Q.1 500 por lo que se clasifican en extrema pobreza, un 14% logra alcanzar al menos el salario mínimo y necesidades alimenticias y el 8% restante logra cubrir el complemento alimenticio y otras necesidades como salud, educación, vestuario, calzado, entre otras.⁷ Además el informe final de mapa de pobreza y desigualdad a nivel municipal para Guatemala, indica que dicho municipio ocupa el primer lugar en índice de pobreza y pobreza extrema, comparado con los otros municipios del departamento de Sololá, ya que el 90% de su población es pobre y el 44% se encuentra en extrema pobreza.³⁷

3.2.6.2.5 Red de Servicios de Salud.

La cabecera del municipio de Santa Catarina Ixtahuacan y la aldea Guineales, poseen un Centro de Atención Permanente (CAP) y ambulancias; existen puestos de salud en 3 aldeas; hay 12 centros de convergencia que anteriormente se apoyan por el Programa de Desarrollo de Capacidades en el Medio Rural (PRODESCA) y 4 casas de Salud.²³

3.2.6.2.6 Atención Materna

Según lo reportado en la memoria de labores 2015 del distrito de Guineales, se atendieron 758 partos, de los cuáles 327 fueron atendidos por personal médico representando el 43% y 431 fueron atendidos por comadrona siendo el 57%.³⁸ En el 2015 se presentaron 2 casos de mortalidad materna directa y 1 caso por causa indirecta, ambos casos de muerte directa, fueron por hemorragia.³⁵

3.2.6.2.7 Control Prenatal

Además, se menciona que 1 242 mujeres embarazadas reciben su primer control prenatal, superan el 100% de cobertura, pero es importante mencionar que se reduce considerablemente la cobertura del cuarto control prenatal que se da a 505 mujeres embarazadas. En cuanto al primer control puerperal, se da a 863 puérperas.³⁸

3.2.6.2.8 Agua y Saneamiento

El Ministerio de Salud y Asistencia Social (Monografía del Distrito de salud. Aldea Guineales: observaciones no publicadas; 2017) hace referencia que el distrito de Guineales en las 40 comunidades que cubre, existe un total de 7261 viviendas de las cuales el 99% cuentan con acceso a agua intradomiciliar, pero únicamente el 7% de éstas posee servicios de alcantarillado.

Solo la cabecera municipal cuenta con servicio de recolección de basura por lo que se puede observar varios basureros clandestinos y la mayoría de las comunidades quema, tira o entierra la basura.²³

3.2.6.2.9 Número de comadronas

En el año 2015 según los registros de la memoria de labores 2015 del distrito de Guineales, se cuenta con 110 abuelas comadronas adiestradas registradas, como se les ha llamado.³⁸

3.2.6.2.10 Programa educativo para comadronas

(Rodríguez Serrano SN, Centro de Salud Aldea Guineales, comunicación personal, 11 de agosto de 2017 ha señalado que en el 2015 ya se realizaban reuniones mensuales llamadas, intercambio de conocimiento mensualmente, en estas reuniones a parte de capacitar a las

abuelas comadronas, se realiza un intercambio de experiencias relacionadas a las pacientes, además se discuten casos interesantes de mujeres embarazadas que hayan sido atendidas por las mismas. Debido a lo mismo se ha logrado una mayor confianza por parte de las abuelas comadronas, ya que actualmente, si tienen alguna emergencia obstétrica refieren a la paciente inmediatamente al servicio de salud más cercano o se comunican vía telefónica con algún miembro del personal de salud para que les de las recomendaciones dependiendo de cada caso).

3.2.6.2.11 Programa Extensión de Cobertura y el papel de los comités de salud o comités de emergencia

El PEC se empezó a implementar en Guatemala en el año 1997, posterior a la firma de los acuerdos de paz.³⁹ El objetivo era de llegar a la población que no contaba con servicios básicos de salud y además se buscaba reducir la mortalidad materna como se determinó en los acuerdos de paz.⁴⁰ Algunos de los programas que incluía el PEC son: atención integral a la mujer, atención a la demanda por morbilidad y urgencias, promoción y educación para el auto cuidado de la salud, entre otros.³⁹

Para poder cumplir con los programas de dicho programa, el MSPAS realiza convenios con ONG, quienes por medio de este se comprometen a entregar el CSBS a, aproximadamente 10 000 habitantes, por medio de: un médico o enfermera(o) ambulatoria(o), facilitadores(as) institucionales, educadoras en salud y nutrición, facilitadores(as) comunitarios(as), vigilantes de salud, y en algunos municipios con madres consejeras y auxiliares de enfermería calificadas para la atención materno neonatal.⁴⁰

Un grupo de profesionales y trabajadores de la salud en Guatemala, se agruparon durante los años 2000 y 2002, creando la Instancia Nacional de Salud (INS) y en febrero de 2002 publican el documento “Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos”, a partir de allí, Medicus Mundi Navarra (MMN), entre otras organizaciones desarrollan una propuesta llamada Modelo Incluyente en Salud (MIS), el cuál inicia su implementación a partir de 2003 en dos proyectos piloto; uno ubicado en el distrito de salud de Xejuyup una aldea del municipio de Nahualá y Guineales aldea del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán; así también se implementa en el distrito de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango.^{41, 42} En el año 2008 se crea el Instituto de Salud Incluyente (ISIS) y asume el liderazgo de conducción e implementación del MIS.⁴¹

El Programa PEC en el año 2014 dejo de funcionar en la aldea Guineales, Durante el año 2015, ambos programas el PEC Y el MIS, eran implementados en la aldea Guineales, en el distrito de salud de dicha aldea, el PEC tenía una población de cobertura de 13 346 personas, representando el 39% del total de cobertura y teniendo a su cargo aproximadamente 7 comunidades.⁴¹

Según información brindada por (Rodríguez Serrano SN, Centro de Salud Aldea Guineales, comunicación personal, 11 de agosto de 2017 ha señalado que al momento de dejar de funcional el PEC, el distrito de Guineales tomo el total de la población de cobertura. Además, indica que uno de los problemas del PEC era la distribución de sus comunidades, ya que se encontraban muy lejanas una de la otra y esto les impedía poder desarrollar los programas de forma adecuada).

3.2.6.2.12 COCODE y acciones de salud en atención materna

(Rodríguez Serrano SN, Centro de Salud Aldea Guineales, comunicación personal, 11 de agosto de 2017 ha señalado que ha sido un poco difícil lograr la participación de los COCODES, ya que estos cambian cada 2 años y actualmente aproximadamente el 60% de los mismos si se involucra en los temas de salud y se realiza reuniones cada 2 meses en el distrito de salud).

3.2.6.2.13 Municipalidad y acciones de salud en atención materna

(Rodríguez Serrano SN, Centro de Salud Aldea Guineales, comunicación personal, 11 de agosto de 2017 ha señalado que el rol de la municipalidad en relación a la salud es, depende del periodo de gobierno, ya que, en el año 2015, la municipalidad no tomaba en cuenta al distrito, ya que no se involucraba en temas de salud, ni apoyaban económicamente).

3.3 Determinantes sociales de la salud

En los años 70 se produce un importante crecimiento en torno a la Medicina Social, debido a diversos centros de investigación y docencia, así como la aparición de revistas que publicaron artículos de autores relevantes en este campo. Juan César García de origen argentino, es un importante impulsor de dicho crecimiento y siendo coordinador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrolla desde 1966 hasta 1984 importantes investigaciones y análisis sobre la educación médica, las ciencias sociales en medicina, los determinantes de clase social en los resultados de salud-enfermedad y las bases ideológicas de la discriminación contra los hispanos.⁴³

Los determinantes sociales de la salud (DSS), surgen de las condiciones en que las personas, nacen, crecen, viven, socializan y trabajan; la comisión de determinaciones sociales de la OMS establece un marco conceptual de análisis de los DSS, los cuales a su vez se determinan, especialmente por el contexto político, la cultura, religión, función del sistema social, derechos humanos, mercado laboral y sistema de educación. Algunos factores que determinan el goce de un nivel adecuado de salud de mujeres y hombres son: las relaciones de género, la situación socioeconómica, el origen étnico, el acceso a una alimentación adecuada, la orientación sexual, el acceso a métodos de planificación, entre otros.⁴⁴

La directora de la OMS crea la Comisión para los Determinantes Sociales de la Salud en 2005, para apoyar a los países a saber cómo abordar los factores que llevan a una mala salud y desigualdades.⁴⁵ Esta comisión surge al observarse la directa relación entre los determinantes de la salud y los resultados sanitarios de la población.⁴⁵ En 2008 la comisión sobre los determinantes sociales publica el informe final denominado “Subsanar las desigualdades en una generación”, en el que mencionan las inequidades de poder, asociados a desigualdad de situación social y económica, así como la discriminación y acceso desigual a servicios.⁴⁴

Además, dicho informe incluye recomendaciones generales sobre cómo mejorar las condiciones de vida, la equidad, teniendo en cuenta que se debe intervenir desde los primeros años de vida, determinar cuál es el entorno adecuado para mantener la salud de una población, entre otras. Todos los habitantes tienen derecho a una vivienda de calidad, agua salubre y a servicios de saneamiento.⁴⁵ El empleo y ergonomía en el trabajo tienen efectos directos sobre la equidad sanitaria, ya que si estos son adecuados brindan seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima.⁴⁴

Toda persona merece tener protección social durante la infancia, la vida laboral y la vejez, ya que esta es importante cuando existen circunstancias como en caso de enfermedad, discapacidad y pérdida de ingresos o del trabajo. Por lo anterior es importante brindar dicha protección a toda la población, ya que esto constituirá un paso decisivo para alcanzar la equidad sanitaria en una generación.⁴⁴

3.3.1 Atención de la salud universal

Para poder gozar de buena salud y alcanzar igualdad para la oportunidad al servicio de salud en la región y en el mundo, el acceso y la utilización de los servicios de salud son parte fundamental. El mayor número de oportunidades para el mejoramiento radical del estado de salud se ven desvanecidas debido a que no hay atención sanitaria adecuada o en varios casos es inexistente. Se reportan más de 100 millones de personas al año que se ven afectadas por el tema de pobreza debido a que tienen que invertir cantidades enormes en salud lo cual trae consecuencias catastróficas para sus familias.⁴⁵

Se sabe que la desigualdad en las condiciones de vida de toda la población está prácticamente en función de las estructuras y procesos sociales más profundos, lo que hace prácticamente imposible presentar una lucha contra la distribución del poder, el dinero y los recursos; esto es resultado de normas políticas y prácticas de la sociedad que toleran o incluso favorecen la distribución injusta de los recursos que permiten el acceso a una mejor vida.⁴⁵

3.3.2 Medición y análisis del problema:

Los registros civiles, los programas encargados de la observación y los mecanismos capaces de utilizar e interpretar datos son de utilidad para la elaboración de políticas, sistemas y programas para actuar sobre los determinantes sociales y las desigualdades sanitarias en nuestro país; para lo anterior es importante la acción conjunta de instituciones y organizaciones del ámbito internacional, entidades gubernamentales, las autoridades locales, la sociedad civil de cada sector y las comunidades en general.⁴⁵

3.3.3 Tipos de determinantes de la salud

3.3.3.1 Los determinantes estructurales

Son parte del estudio respecto a los mecanismos que conducen al problema de la desigualdad social y económica, en este grupo figuran las siguientes desigualdades: a) ingreso económico; b) educación; c) género y; d) etnia, las cuales se utilizan para la estratificación de la sociedad, podemos ejemplificar con los ingresos económicos por condición de género, por nivel de educación y por grupo cultural. Por lo anterior se tiende a ubicar a algunos individuos dentro de estos estratos lo cual lo convierte en un determinante de las oportunidades que tendrá para poder satisfacer sus necesidades de salud y por lo tanto determinará directamente su estado de salud.⁴⁵

3.3.3.2 Los determinantes individuales

Estos hacen referencia a determinantes específicos del estado de salud de cada individuo, esto nos permite caracterizar el modo de vida particular que determina la vulnerabilidad del individuo a sufrir enfermedades, podemos ejemplificar mencionando que la población recién nacida o la población de determinado lugar están más propensas a desarrollar cualquier tipo de enfermedad. El acceso al agua potable y la disponibilidad de alimentos están determinados por las condiciones o el estilo de vida que desarrolla cada individuo.⁴⁶

3.3.3.3 Los determinantes asociados al sistema de salud

Al mejorar la salud y la calidad de vida de la población más pobre se obtiene un indicador de desarrollo de una sociedad, con lo cual la OMS realiza diversos estudios a nivel internacional los cuales muestran una correlación positiva entre el ingreso económico de un país y el estado de salud de los habitantes. Es por ello que se hace la relación de que una población sana está más disponible a generar desarrollo a nivel individual, familiar, comunitario y nacional por lo que los determinantes asociados al sistema de salud incluyen el estudio de las condiciones de acceso, oferta de salud y calidad de los servicios.⁴⁶

3.3.3.4 Determinantes sociales de la salud para el caso de Guatemala

La ENCOVI, pone de manifiesto que en Guatemala para el año 2011 el sexo femenino se ve en desventaja en todo tipo de determinante, el analfabetismo, el desempleo y el empleo en el sector informal, que representa el 75% en el área urbana y 80% en el área rural, se obtiene el dato demográfico que en Guatemala el 76.5% de la población mayor de 15 años sabe leer y escribir, sin embargo las personas no indígenas (83.7%) siguen registrando porcentajes mucho más altos de alfabetismo respecto al sector indígena (57.6%) y se observa la desventaja del sexo femenino.¹⁵

Según la ENCOVI en el año 2011 publica que en los departamentos de Alta Verapaz (78.24%) y Sololá (77.47%) se reportan altas tasas de pobreza no solo en el área rural si no en general, dichos departamentos se caracterizan por poseer una mayor proporción de población indígena la cual representa un poco más del 95%, además que el 50% de esta población vive en áreas rurales.¹⁵ Para el año 2012 se obtiene que el índice global de brechas de género, Guatemala se ubica en el puesto 116 de 135 puestos a comparación del año 2011 en donde ocupa la posición 112, esto quiere decir que sigue siendo el país que presenta la mayor problemática a nivel de Latinoamérica y el caribe.⁴⁷

3.4 Condicionantes del derecho a la salud sexual y reproductiva en Guatemala

Es notorio que las políticas económicas en Guatemala inciden de múltiples maneras en la salud de la población, en lo que se refiere a los hogares de las familias guatemaltecas los mayores ingresos de éstos están asociados con mejores condiciones de salud. Las políticas económicas dirigidas a incrementar el ingreso de aquellos con menores ingresos se vuelven políticas de fundamental importancia para la salud, clasificándolas según contribuyan a mejorar la distribución del ingreso o a aumentar su crecimiento. La relación entre salud y economía sugiere que criterios vinculados a la promoción de la salud debieran ser parte importante de la política dirigida a promover el crecimiento económico, la educación, el abastecimiento de agua, el saneamiento y mejoras en el sector agrícola.⁴⁷

El nivel educativo incide positivamente en los índices de salud a nivel familiar como comunitario, esto mejora los ingresos y promueve hábitos sanos, conductas y estilos de vida saludables. Las brechas de género que existen en el ámbito de la educación se vinculan con la salud reproductiva. La correlación entre las intervenciones de salud y de educación se reconoce en la Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001), en su artículo 26 establece que “el MSPAS, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva”.⁴⁷ Para que esta ley sea cumplida se aprueba en abril del 2002, la política de desarrollo social y población.⁴⁷

La salud de toda mujer depende exclusivamente de las condiciones socioeconómicas del país, como la equidad de género. Por lo tanto, la legislación, las políticas y programas destinados a acortar dicha inequidad; garantizando el pleno ejercicio de sus derechos, coadyuvan al logro de una mejor salud y bienestar para las mujeres.⁴⁷

En Guatemala se considera a la salud reproductiva como una dimensión fundamental en la calidad de vida y como un derecho de hombres y mujeres desde el nacimiento hasta la muerte, el estado está obligado a proporcionar las mejores condiciones de salud reproductiva para su población. En 2011 el Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR) realiza un documento llamado: “Plan de Monitoreo y Evaluación del Observatorio de Salud Reproductiva” en el cual su principal tema de interés es la maternidad saludable, este tema conlleva que toda mujer embarazada debe tener acceso a cuidados apropiados y a tratamiento para signos y síntomas que pongan en riesgo su vida. Por lo anterior tendrá observancia prioritaria de los siguientes

temas: a) efectivo cuidado prenatal; b) adecuado trabajo de parto; c) control oportuno del post parto y d) acceso a servicios de planificación familiar.⁴⁸

Particularmente para la población guatemalteca en edad fértil la principal causa de muerte materna es la hemorragia post parto. Se sabe que si se cuenta con acceso adecuado a cuidados obstétricos o de emergencia y un sistema de referencia eficaz se pueden prevenir estas muertes en un 90%, aunque a nivel internacional se cuenta con una respuesta técnica efectiva para tratar este tipo de emergencias, en Guatemala aún sigue existiendo un sistema deficiente para desarrollar este tipo de respuesta ya que no se cuenta con accesos adecuados a cuidados obstétricos de emergencia básicos como la capacidad de los establecimientos de salud posean y administren antibióticos, medicamentos oxitócicos y tratamiento para preeclampsia o eclampsia, la capacidad del personal de salud para realizar la remoción de forma manual de la placenta o la remoción de productos retenidos y sobre todo la asistencia durante el parto, respetando los derechos y la cultura de la población que requiera el servicio.¹⁵

Como se menciona anteriormente un determinante directo en el tema de mortalidad materna es el contar con personal que está calificado para la atención del parto ya que la ausencia de estos aumenta la probabilidad de complicaciones y el deceso de las mujeres que utilizan el servicio, es por ello que el personal capacitado para la detección de complicaciones y la referencia oportuna a otro nivel de atención se vuelve indispensable para poder combatir este gran problema que afecta a Guatemala. Menos del 50% de los partos en Guatemala son atendidos por el personal de salud, esto se relaciona directamente con la alta cantidad de casos de mortalidad materna que se reporta en el país; UNICEF en el año 2009 realiza, un estudio el cual hacía notar la desigualdad entre el porcentaje de mujeres del área urbana las cuales presentan asistencia calificada en el 66% de los partos atendidos, en contraparte las mujeres del área rural presentan el 33% de asistencia calificada en toda Guatemala, la cual muestra la mayor disparidad urbano-rural de toda la región.¹⁵

Cabe mencionar que es indispensable y clave para disminuir la tasa de mortalidad materna, impulsar y asegurar a todas las mujeres en edad reproductiva el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, la cual debe de estar priorizada la población adolescente, se debe garantizar también el acceso a información y servicios de planificación familiar que les de él derecho a decidir libremente el momento adecuado de tener hijos, el intervalo entre cada embarazo y el número deseado. Debe estar dirigido sobre todo a la población adolescente ya

que el embarazo en adolescentes, además de rezagar e incluso detener las oportunidades de educación y de laborar de la mujer, también tiene un alto riesgo de morir directa o indirectamente. Respecto a los factores indirectos se pueden mencionar el nivel educativo que las mujeres hayan podido alcanzar, el estado general de salud no limitado a la maternidad, origen étnico, situación social y económica, nivel de autonomía que pueda ejercer en la toma de decisiones sobre su salud y vida en general.¹⁵

“La pobreza, la discriminación racial, discriminación de género y la negación de oportunidades educativas para las mujeres constituyen, por lo tanto, algunos de los condicionantes subyacentes más importantes de la mortalidad materna que han de tomarse en cuenta en una política integral de salud materna.”¹⁵

3.4.1 Ley para la Maternidad Saludable

La Constitución Política de la República de Guatemala en el artículo 93 establece que la salud de todos los habitantes de Guatemala es un bien público, reitera que es obligación del estado desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación, con el fin de garantizarle bienestar físico, mental y social a toda la población esto a través de las instituciones asignadas para dicha acción. La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), ratifica los derechos humanos de las mujeres, con lo cual se compromete con esta población específica.⁴⁹

Con lo anterior el estado tiene la obligación de proteger el proceso reproductivo y todo embarazo que esté en riesgo, además es necesario garantizar a toda mujer el acceso a servicios de salud de calidad que pueda cumplir las necesidades culturales, tomando en cuenta la diversidad de etnias que se presenta en Guatemala y priorizando el servicio a la ubicación geográfica de la población, para la resolución del embarazo, sin ocasionar daño y prevenir la muerte materna.⁴⁹ A continuación, se realiza un resumen de la Ley para la Maternidad Saludable, en la cual se citan, se resumen y mencionan los artículos más importantes y los que tengan mayor relación con la temática investigada.

- Artículo No. 1:

“El objeto es la creación de un marco jurídico que permita implementar mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso

universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes, durante el embarazo, parto y puerperio, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal.” Este artículo es importante porque es la base para que la mujer tenga un servicio de salud integral y de calidad en los tres niveles de atención, que le asegure una maternidad saludable.⁴⁹

- Artículo No. 2:

- a) “Declarar la maternidad saludable asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en la población vulnerable.”⁴⁹
- b) “Fortalecer programas de salud reproductiva y la unidad de atención de salud de los pueblos indígenas e interculturalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, respetando los métodos de atención a la salud tradicional de las culturas maya, xinca y garífuna.”⁴⁹
- c) “Promover un sistema de monitoreo, vigilancia y evaluación que permita medir los avances y desafíos para cumplir con el objeto de la presente ley.”⁴⁹
- d) “Garantizar el acceso universal, de calidad y oportuno, incluida la planificación familiar, la atención diferenciada en adolescentes, respetando la pertinencia cultural y ubicación geográfica de las mujeres guatemaltecas.”⁴⁹
- e) “Establecer un único sistema de vigilancia epidemiológica de la salud materna neonatal, que permita medir el avance e impacto de la estrategia de reducción de la mortalidad materna en el corto, mediano y largo plazo.”⁴⁹
- f) “Promover el involucramiento de los consejos de desarrollo urbano y rural, las municipalidades, organizaciones civiles y empresas privadas.”⁴⁹

Los incisos anteriores describen los fines que persigue esta ley, para el fortalecimiento y promoción de los programas de salud sexual y reproductiva, con el involucramiento de personal de salud y actores sociales, para garantizar la maternidad saludable.⁴⁹

- Artículo No. 3:

“Las instituciones responsables de la aplicación y cumplimiento de la ley son las siguientes: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Organizaciones no Gubernamentales que tienen entre sus fines, los servicios de salud y que estén contratadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.”⁴⁹

- Artículo No.4

Los principios de gratuidad, accesibilidad, equidad, respeto a la interculturalidad y sostenibilidad, resaltan la importancia de garantizar una atención sin costo a la población, accesible geográfica y culturalmente equitativa en condición de género y nivel socioeconómico, respetando su identidad, valores y costumbres; se debe asignar un presupuesto necesario y suficiente que permita desarrollar los programas en esta materia.⁴⁹

- Artículo 9-10

La atención obligatoria durante y después del parto es mencionada en los artículos 9 y 10 respectivamente; las instituciones mencionadas en el artículo 3, coordinarán las acciones en los tres niveles, con el fin de garantizar la atención calificada en el parto y postparto con pertinencia cultural, desde el nacimiento del recién nacido y hasta los 42 días post parto, la cual debe ser realizada en base a las normas y programas vigentes.⁴⁹

- Artículo 12

Según este artículo, se institucionalizarán centros de atención integral materno infantil (CAIMI) y centros de atención permanente (CAP), como parte del segundo nivel de atención, de la red de servicios públicos de salud del MSPAS, como centros especializados los cuales estarán geográfica y estratégicamente ubicados.⁴⁹

- Artículo 15

El recurso humano calificado se menciona en el artículo 15, el cual estará a cargo del MSPAS, con el correspondiente aval de la USAC.⁴⁹

- Artículo 17

Los proveedores comunitarios y tradicionales se mencionan en el artículo 17, quienes brindarán los servicios de maternidad en el primer nivel de atención, aplicando las normas y protocolos establecidos; debe haber una relación entre las comadronas y los servicios de salud,

para así establecer un programa de transición para la formación de comadronas capacitadas y que sean certificadas a nivel técnico, debido a que las comadronas desempeñan un papel importante en las comunidades debido a la falta de accesibilidad a los servicios de salud, por lo que está bastante arraigada en las comunidades.⁴⁹

- Artículo 26-27

Fundamentan las prioridades presupuestarias, lo que indica que: primero, en base a la reforma del artículo 25 de la Ley del Impuesto sobre la distribución de bebidas alcohólicas destiladas, cervezas y otras bebidas fermentadas (Decreto No. 21- 2004 del Congreso de la República), de los recursos recaudados por la aplicación de dicho impuesto, un 15% será destinado para fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva y planificación familiar, de este 15%, se debe asignar como mínimo un 30% para la compra de anticonceptivos. Estos recursos serán utilizados para la adquisición, construcción, mantenimiento y readecuación de la infraestructura en los servicios de salud, equipamiento de las unidades de salud, capacitación permanente y basada en la evidencia científica sobre identificación y manejo de las emergencias obstétricas, equipo e insumos que propicien un ambiente adecuado para la atención en salud materna y contratación recurso humano calificado.⁴⁹

3.4.2 Reglamento de la Ley para Maternidad Saludable

El reglamento establece en los artículos del 2-5 que la ley tiene su cumplimiento en los tres niveles de atención que han sido establecidos por el MSPAS, incluyendo en las mismas instituciones privadas lucrativas y no lucrativas; cada institución tiene la obligación de garantizar el cumplimiento de las leyes y brindar la atención adecuada a cada persona que acuda a los servicios de salud.⁴⁹

Entendiendo que Guatemala es un país con diversidad de culturas, es obligación de cada institución que brinda un servicio de salud realizar las acciones necesarias para respetar y comprender las características socioculturales de cada una de las usuarias, esto se describe en el artículo 6 del reglamento.⁴⁹

En los artículos del 10-13 se hace mención del tipo de atención que se debe brindar en los distintos servicios de atención, el cual debe ser adecuado, de calidad, con el compromiso y la preparación necesaria para la atención antes, durante y después del parto; así también el compromiso de las instituciones, organizaciones de la comunidad o líderes de la misma de

informar y notificar cualquier evento previo al parto u obstétrico que pueda darse en los lugares de habitación, para que los distritos de salud estén informados y puedan realizar las visitas domiciliarias correspondientes con el fin de realizar la vigilancia adecuada.⁴⁹

3.5 Interculturalidad

Los Acuerdos de Paz se firmaron en el año de 1996, posterior a este acontecimiento en el año 2002 el MSPAS crea e implementa el programa de medicina tradicional y alternativa, en el año 2009 mediante Acuerdo Ministerial No. 1632-2009 se crea la unidad de atención de salud de los pueblos indígenas e interculturalidad. Esta unidad es creada para reducir las inequidades de salud, readecuación de los servicios de salud a la cultura de los pueblos y por último el fortalecimiento de los sistemas de salud de los pueblos indígenas.^{50, 51}

“El derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, entendido como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social.”⁵⁴ Este derecho es inscrito en la declaración universal de los derechos humanos desde el año 1948, hasta la fecha este derecho a formado parte de múltiples instrumentos del derecho nacional e internacional. El reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de los pueblos, refleja una adecuada aplicación del derecho a la salud.⁵²

El código de salud hace referencias en múltiples artículos la diversidad de aspectos que cubre el derecho a la salud, de estos podemos mencionar que absolutamente todos los habitantes de la república tienen derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación como lo estipula el artículo 1, de igual forma se establece en el artículo 18 que el MSPAS debe definir un modelo de atención en salud que promueva la participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad organizada que priorice las acciones que se mencionan en el artículo No.1 y de esta manera garantizar la atención integral en salud en los niveles de atención y en el sistema de salud mismo, siempre tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe.⁵²

El 27 de junio del año 1989 en la conferencia general de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) se adoptan los derechos de los pueblos indígenas y tribales en los países independientes y en Guatemala entra en vigor a mitad del año de 1997 tras aprobarse por el decreto 9-96, a esto hace referencia el Convenio 169.^{53, 54}

Se deja en claro que en la Constitución Política de la República de Guatemala, El Código de Salud y los Acuerdos de Paz, establecen que todos tenemos el derecho a gozar de salud y que el estado debe velar por la salud de todos, brindar los medios para tener acceso a los servicios de salud, implementando programas y proyectos de educación, salud preventiva, obras de infraestructura y servicios que mejoren el estilo de vida de los habitantes del país, como también se aclara que el servicio será gratuito a las personas cuyos ingresos económicos no les permita pagar parte o la totalidad de los servicios de salud prestados, también se pretende dar realce y apoyo a la medicina indígena y tradicional por medio de la promoción de estudios para desarrollar métodos y prácticas nuevas para la medicina tradicional. Es por ello que se crea el programa nacional de medicina popular tradicional y alternativa del MSPAS en el año 2002 aunque en dicha ocasión no se cuenta con el acuerdo ministerial ni del ejecutivo que le otorga vigencia. Es hasta el año 2007 que se desarrolla un sistema de salud que reconoce, respeta, valora y practica la medicina popular tradicional y otros modelos alternativos de atención, concatena y complementa a los servicios del sistema nacional de salud en Guatemala.^{53, 54}

Toda persona debe ser respetada y reconocida, esto hace referencia a ser aceptada con su propia forma de ser, forma de vivir y hacer las cosas de acuerdo a su cultura, es por ello que es de suma importancia tener claro los conceptos de cultura, qué función tiene la cultura, la interculturalidad en salud y pertinencia cultural, si se parte de cultura, podemos mencionar que es el conjunto estructurado de conductas aprendidas y de modos de significación interpretación de la realidad que los miembros de un determinado grupo comparten y utilizan en sus interacciones con los demás, estas conductas pueden ser transmitidos de generación en generación. Ahora bien, la función de la cultura no es más que la satisfacción del conjunto de necesidades que presente en determinado momento cada individuo.^{51, 52}

Entendiendo lo anterior la interculturalidad en el ámbito de la salud está en función de desarrollar el reconocimiento, el respeto y la empatía de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y la terapéutica empleada en el mejoramiento de la salud de los habitantes. Decir adecuado a la cultura, hace referencia al término pertinencia cultural, que al aplicarlos a los servicios de salud se estaría otorgando el derecho a ser diferente al usuario del servicio.^{51, 52}

Por este derecho de no ser excluidos los pueblos indígenas, el 13 de septiembre del año 2007, se realiza una declaración universal de los pueblos indígenas, la cual es adoptada por las

Naciones Unidas, la declaración compuesta de 46 artículos que amparan los derechos de los pueblos indígenas, toman en cuenta el respeto, preservación de sus tradiciones y la educación, como también reconocer el derecho a las diferentes lenguas, culturas, creencias espirituales, la utilización de medicina tradicional y mantener su práctica, no menos importante la utilización del servicio de salud según lo rigen las leyes y libre de discriminación.^{51,52}

La discriminación y exclusión de los pueblos indígenas continua a pesar de los esfuerzos que se realizan a nivel institucional, esto al mismo tiempo contradice lo que constitucionalmente indica que todos tenemos el derecho a la protección social en salud, a pesar de no contar con datos actualizados en 2007 se registra con datos oficiales que solamente el 10% de la población indígena está inscrita en el IGSS este dato no cambia mucho en los últimos años.⁵³

3.6 Modelo incluyente en salud

En febrero de 2002, se publica el documento "Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente –bases y lineamientos-", en donde se describen los lineamientos para el Modelo Incluyente, el cual es realizado por la Instancia Nacional de Salud (INS), con el propósito de transformar el sistema de salud de Guatemala iniciando desde el primer nivel de atención, el cual es la base del sistema público de salud.⁵⁵ La implementación empieza en el año 2003, en dos proyectos piloto; uno ubicado en el distrito de salud de Xejuyup una aldea del municipio de Nahualá y Guineales aldea del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán; así también se implementa en el distrito de San Juan Ostuncalco, Quetzaltenango.⁵⁵

El modelo tiene la característica de involucrar a las organizaciones locales de cada comunidad, las cuales, a su vez, pertenecen a la INS; para lograr la inducción de las autoridades y la población al modelo, se realiza un programa de capacitación, la construcción de Casas de Salud Comunitarias (CSC), vigilancia sociocultural de la salud y la creación de un sistema de información. Además, tiene la finalidad de fortalecer el primer nivel de atención en salud, por medio de educación en salud que engloba al individuo, la familia y la comunidad; la orientación del modelo se basa en los siguientes principios: ⁵⁵

3.6.1 Derecho a la salud

La salud debe percibirse por las personas no solo como un servicio sino como un derecho ante el cual existe una obligatoriedad estatal, lo que es mencionado en la Constitución Política de la República en su artículo 93.⁵⁶

3.6.1.1 Elementos

3.6.1.1.1 Ciudadanía social

Esta característica se enfoca en que toda la comunidad, debe participar activamente en la promoción, gestión y organización sobre políticas de salud; lo que significa que toda persona de la comunidad sin importar su cargo o la posición que desempeñe debe de alguna forma estar involucrado en conocer las rutas o procedimientos a tomar en cuenta en cualquier eventualidad que involucre la salud de algún miembro de la comunidad.⁵⁵

3.6.1.1.2 Obligatoriedad del estado

El estado de Guatemala debe velar por que se cumpla en toda la población su derecho a los servicios de salud, sin importar su condición social, ubicación o interculturalidad.⁵⁵

3.6.1.2 Características

- Los servicios de atención deben ser gratuitos y con accesibilidad para la comunidad, debe ser atendida toda la población sin acepción alguna; algo característico de este modelo es la priorización en la población que por diversas situaciones es la que menos frecuenta los servicios de salud como los hombres y adultos mayores.⁵⁵
- La priorización de los servicios de salud también involucra a grupos estratégicos como lo son las mujeres embarazadas, puérperas, recién nacidos, menores de 5 años y mujeres en edad fértil, que son grupos vulnerables en la población y en los que es importante fortalecer el primer nivel de atención. Esto incluye la vigilancia domiciliaria activa de riesgos en embarazadas y puérperas.⁵⁵
- Visita domiciliar para establecer el plan de emergencia familiar, es obligación del personal de salud educar a la familia e informar sobre señales peligro que pueden ocurrir durante el embarazo, las acciones y procedimientos que deben realizar en caso de que esto acontezca; esto involucra también a la comunidad para la creación de planes comunitarios en caso de emergencias obstétricas.⁵⁵
- El personal de salud que se encarga de brindar los servicios debe ser propio del lugar, lo que trae amplias ventajas sobre los modelos anteriores, ya que comparte las lógicas socioculturales de la población y brinda la atención en el idioma local, logrando la disminución de los problemas de acceso y mejorando la calidad.⁵⁵

- Se realizan acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación, a través de los tres programas operativos: individual, familiar y comunitario.⁵⁵
- Se trabaja y se integra a los diversos grupos de la comunidad, en especial con los Consejos Comunitarios de Desarrollo (COCODES), las(os) terapeutas maya-populares, las comadronas y cualquier otra persona que provea algún servicio de salud.⁵⁵
- Elaborar diversidad de medios para la divulgación de los servicios que se prestan en la atención en salud para que la población esté enterada y tenga el conocimiento de lo que debe hacer en caso de necesitar asistencia; se han implementado constantes actividades comunitarias, visitas familiares y consultas clínicas.⁵⁵
- Investigación de todos los casos de muerte que se presenten en la población, lo que involucra establecer las causas de los mismos, así como la notificación respectiva y obligatoria al distrito de salud.⁵⁵

La propuesta del modelo busca avanzar hacia el respeto, la convivencia, y el desarrollo humano desde la equidad y la diversidad; se tiene en cuenta la diversidad cultural de nuestras poblaciones, por lo que el modelo incluye estos aspectos, lo cual busca la integración de la población en el modelo; uno de los principales obstáculos que se ve en la atención diaria es el lenguaje, las personas que brindan la atención en muchas ocasiones no son propias del lugar por lo que no entienden el lenguaje y se vuelve una barrera importante que impide el acceso de la comunidad a la salud.⁵⁵

3.7 Modelo de atención integral en salud

Este modelo muestra interacción de la población y el prestador de servicios, dentro de un marco de cumplimiento del derecho a la salud, con base en el territorio y la población.⁴⁷ Es un conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que en concordancia con la población, tiene como objetivo llevar a cabo acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad.⁵⁵

3.7.1 Principios del modelo

3.7.1.1 Primacía de la persona

Parte de los deberes que tiene el estado es reconocer el derecho a la salud de cada individuo, así como la organización de los servicios para garantizar dicho derecho tanto para las comunidades como para cada persona.⁵⁷

3.7.1.2 Pertinencia cultural

Por ser Guatemala un país pluricultural, multilingüe y multiétnico, la base del modelo esta sostenido sobre los principios de respeto mutuo, conocimiento y diálogo entre las culturas, no discriminación, etc.⁵⁷

3.7.1.3 Participación social y ciudadanía

El modelo toma en cuenta la importancia de los grupos organizados para la atención de los problemas de salud que puedan acontecer en cada comunidad, de esta manera se fomenta la solidaridad. Se hace énfasis en que cada derecho conlleva una obligación, por lo cual las comunidades deben participar activamente en conjunto con las instituciones encargadas para la toma de decisiones respecto a los procesos de salud tomando en cuenta las políticas de salud del estado.⁵⁷

3.7.1.4 Equidad

Es tomar en cuenta las necesidades y las características culturales de cada sociedad como por ejemplo su cultura, etnia y pobreza, para dar así una respuesta adecuada que garantice un acceso universal a la salud y una correcta administración de los recursos.⁵⁷

3.7.1.5 Dignidad

Toda persona debe ser respetada sin importar su grupo étnico, religión, economía, estado de salud, etc.⁵⁷

3.7.1.6 Universalidad

Toda persona eficaz sin importar su cultura, nivel económico y social debe contar con acceso a una atención de salud que sea imparcial, permanente, completa y con seguimiento de caso.⁵⁷

3.7.1.7 Integralidad

El MSPAS debe tener la capacidad de manejar por completo los problemas de salud de la población tomando en cuenta la etapa de vida en que se encuentra, siempre en el contexto social, cultural, económico y psicológico del individuo, la familia y comunidad. También como entidad del estado deberá promover la salud realizando actividades preventivas, de rehabilitación y curación, asimismo deberá de proveer y garantizar una respuesta adecuada en caso de desastres.⁵⁷

3.7.1.8 Igualdad de género

El modelo garantiza que los derechos, responsabilidades y oportunidades serán otorgados sin importar si se es hombre o mujer. No habrá discriminación de género.⁵⁷

3.7.1.9 Calidad

Es brindar la salud tomando en cuenta todos sus componentes desde la atención del personal hasta la disponibilidad de los insumos necesarios, esto se verá reflejando en la satisfacción del paciente, familia y comunidad.⁵⁷

3.8 Modelo de las demoras

La doctora Deborah Maine en la Universidad de Columbia plantea en un principio la teoría de tres demoras, esta se basa en que el retraso de estos tres momentos va a estar relacionado directamente a las complicaciones en el embarazo y asimismo a la muerte materna y fetal.^{58,59}

Las tres demoras son:

- “Demora en decidir buscar ayuda”.
- “Demora en el traslado hacia los centros de salud”.
- “Demora en recibir el tratamiento correcto”.

El modelo que se utiliza en Guatemala es con base a cuatro demoras, el cual toma como base la versión original, que surge como una necesidad de establecer programas para reducir la mortalidad materna, durante el año de 1997 la red regional de prevención de mortalidad materna trabaja para diseñar y evaluar programas para ayudar a las mujeres que desarrollan complicaciones relacionadas con el embarazo, con el objeto de obtener cuidados que salvarán vidas.⁶⁰

El camino que toda mujer lleva durante el embarazo, parto o puerperio, es extenso y en ocasiones lleno de complicaciones dadas por factores sociales y ambientales los cuales las obligan a experimentar al menos una de las cuatro demoras. El modelo de las cuatro demoras describe las barreras que retrasan la obtención de atención durante una emergencia, cada una de las demoras se refiere a un contexto específico y permite evaluar el nivel de atención materna. Lo especial de este diseño es que corresponde a las circunstancias geográficas, económicas, políticas y culturales particulares en las cuales cada equipo trabaja, además para ser sostenibles y replicables.^{58, 59, 60}

3.8.1 Primera demora

Está enfocada al desconocimiento que tienen las mujeres, familias y comunidad de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, post parto y del recién nacido; así como la tardanza en reconocer que existe un problema y que necesita ser atendido en un servicio de salud. Las mujeres residentes de áreas rurales del departamento de Sololá presentan una tasa de analfabetismo superior al 60%, lo cual puede llevar a que no obtengan o comprendan la información brindada debido a su baja educación. En Sololá la primera demora es la predominante con un 57%.^{58, 59, 60}

Para poder reducir este porcentaje se llevan a cabo ciertas Intervenciones y acciones por parte del MSPAS como, por ejemplo: la información, educación y comunicación a la población utilizando material que ayude a la identificación de signos de peligro, esto se lleva a cabo por medio de comunicación verbal, escrita, visual, radio, tv nacional, local etc.⁶⁰

3.8.2 Segunda demora

En algunos casos las mujeres reconocen que algo no está bien o que presentan señales de peligro con su embarazo o al momento de parto o durante su puerperio, pero debido al rol de la mujer en la sociedad guatemalteca en donde los factores sociales, culturales y económicos pueden limitar que ella asuma su derecho de toma de decisiones y por consiguiente su actuar hace que la búsqueda de ayuda no sea de manera oportuna. Tal es el caso de Sololá en donde la población en su mayoría es indígena (96%) entonces para la toma de decisiones en el núcleo familiar acuden a los ancianos o líderes religiosos o a la comadrona quien tiene un papel importante en estos casos ya que generalmente es el primer y único contacto que se tiene durante el embarazo, parto o puerperio. El MSPAS y la comunidad actúan de manera conjunta para reducir esta demora mediante la promoción de planes de emergencia familiar los cuales

permiten estar preparados al presentarse complicaciones, para tomar decisiones y acciones oportunas.^{59, 60}

3.8.3 Tercera demora

Como se menciona anteriormente hay muertes maternas que se dan durante traslado de la mujer embarazada a un servicio de salud, muchas veces no se cuenta con el transporte o el transporte con el que se cuenta es inadecuado para realizar el traslado; por lo anterior es que el MSPAS decide involucrar a la comunidad para crear un plan de emergencia comunitaria y así mejorar la atención de estos casos.^{59, 61}

Para intervenir y accionar en la reducción de esta demora el MSPAS debe: “Asegurar el traslado de la futura madre en riesgo, implementar casas maternas (Hogares maternos) cercanas al centro de atención de la salud, aseguramiento de centros de atención obstétrica, formación y funcionamiento del Plan comunitario (Comités de emergencia, Redes de Paternidad y Maternidad Responsable, así como organizaciones juveniles)”.⁶⁰

En Guatemala se implementa con la ayuda de facilitadores comunitarios la elaboración de planes de emergencia comunitaria y familiar, esto se realiza en conjunto con la medicina tradicional y occidental; para la realización de este proceso se utilizó la metodología de las cinco A, el cual consiste en: ^{59, 60}

- Activar la organización comunitaria
- Autodiagnóstico de situación de salud y emergencias
- Análisis y búsqueda de soluciones
- Acción comunitaria
- Apreciación de los logros

3.8.4 Cuarta demora

Esta demora toma en cuenta la calidad de la atención materna en los servicios de salud, ya que en estos se espera se cuente con el personal calificado para atender la emergencia obstétrica, así como la existencia de insumos, medicamentos pertinentes y cualquier otro material requerido por la paciente.^{59, 60}

En el periodo de 2014-2015 se reporta que la demora que predomina en los casos de Guatemala es la cuarta demora con 39% para el 2014 y 15% en el 2015.⁵⁷ El MSPAS debe de

“Garantizar la capacidad de los proveedores institucionales, parto limpio y seguro, atención oportuna del posparto y del recién nacido, con calidad, calidez, dignidad y humanismo”.⁵⁹

3.9 Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel en Guatemala.

3.9.1 Acciones preventivas en el embarazo.

Los controles prenatales mínimos a realizar son:⁶²

- Primer control: antes de las 12 semanas
- Segundo control: alrededor de las 26 semanas
- Tercer control: a las 32 semanas
- Cuarto control: entre las 36 y 38 semanas

Es de vital importancia que en cada control prenatal se realice un buen examen físico sobre todo en los siguientes aspectos: presión arterial, temperatura, pulso y respiración, peso y talla, altura uterina después del tercer mes de embarazo, cálculo de edad gestacional y estimación de la fecha probable de parto, monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal de las veinte semanas en adelante, epigastralgia, visión borrosa, cefalea, dificultad respiratoria, palidez generalizada, contracciones uterinas antes de las treinta y seis semanas, aumento de peso por arriba de lo usual para la edad gestacional, depresión, ansiedad, violencia sexual, violencia intrafamiliar, si no se tiene la capacidad resolutive suficiente para tratar a la paciente, referirla oportunamente a un mayor nivel de atención y dar seguimiento, toda paciente adolescente de catorce años de edad o menos, debe referirse a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive.⁶²

3.9.2 Evaluación nutricional

Durante el primer control prenatal previo a las doce semanas, se debe pesar y registrar el dato en la ficha de la embarazada. Se realizará la medición de la circunferencia media del brazo para determinar su estado nutricional y clasificarla de acuerdo con las normas establecidas. Si la medida de la circunferencia del brazo es igual o mayor a veintitrés centímetros, significa que tiene un buen estado nutricional. Si la circunferencia del brazo es menor a veintitrés centímetros, su estado nutricional debe verificarse con nutricionista para alcanzar su estado nutricional óptimo. En los siguientes controles prenatales también se debe evaluar la ganancia de peso de la madre.⁶²

3.9.3 Suplementación durante el embarazo

La suplementación iniciará inmediatamente con sulfato ferroso, 600 miligramos y ácido fólico 5 miligramos una vez por semana, respectivamente. La suplementación debe mantenerse durante el embarazo y al menos 2 meses posteriores a la ocurrencia del parto.⁶²

3.9.4 Laboratorios

- En la primera consulta prenatal, se realizan obligatoriamente las siguientes pruebas de laboratorio: orina simple, prueba serológica para sífilis (VDRL), grupo y Rh, ofertar prueba de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), glicemia, hemoglobina y hematocrito, Papanicolaou o inspección visual con ácido acético (IVAA), realizar gota gruesa a toda embarazada con fiebre y en todos los controles a la que viva en área endémica de Malaria.⁶²
- Segundo control prenatal: orina simple y glicemia.⁶²
- Tercer control prenatal: orina simple, glicemia, hematología.⁶²
- Cuarto control prenatal: orina simple y glicemia.⁶²

3.9.5 Inmunizaciones

Se debe vacunar a toda gestante contra el Tétanos y Difteria (Td). El esquema de vacunación de la Td debe aplicarse a toda mujer en edad fértil o embarazada, comprendida entre los 15-49 años de edad.⁶²

3.9.6 Detección y prevención del cáncer cérvico-uterino

Por medio del examen del Papanicolaou o IVAA se puede detectar y prevenir el cáncer cérvico-uterino, por lo que es importante realizarlo al menos cada 3 años después de haber iniciado la vida sexual.⁶²

3.9.7 Orientaciones a la mujer embarazada

Es importante educar a la madre para contar con un plan de emergencia familiar, ayudándola a identificar el establecimiento a dónde puede ir en caso de alguna complicación y pedirle que haga el plan de emergencia junto con su esposo y/o la familia. También es importante educarla para que no falte a los controles prenatales y puerperales.⁶²

3.9.8 Salud buco dental

Se debe realizar examen clínico de la cavidad bucal a toda mujer embarazada, y enseñarle la técnica del cepillado y uso correcto del hilo dental. Debe además, referirse al servicio

de salud con odontólogo/a para evaluación, eliminación de focos sépticos y tratamiento periodontal, al menos 2 veces durante el embarazo.⁶²

3.10 Definición de muerte materna

La mortalidad materna no es un concepto cerrado se modifica y transforma de acuerdo a la nueva visión social, económica, tecnológica y del conocimiento. La Ley de Maternidad Saludable define muerte materna como: “La muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los cuarenta y dos días después del parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o posparto o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales”.⁵¹ La mayoría de MM se dan durante el primer trimestre y la primera semana post parto; el riesgo de muerte materna se incrementa durante los primeros dos días después del parto.⁶³

3.10.1 Perfil de la mortalidad materna en Guatemala.

3.10.1.1 Momento de la muerte materna

Más de la mitad de las muertes materna registradas ocurren el mismo día y menos de la cuarta parte ocurren en la primera semana después del parto.¹²

3.10.1.2 Causas de muerte materna

En Guatemala la primera causa de muerte materna es la hemorragia (54%), seguida de trastornos hipertensivos (25%), infecciones (14%) y aborto (4%).^{4, 64}

3.10.1.3 Lugar de la muerte materna

En el 2015 el 32.9% de las defunciones maternas ocurren en el domicilio lo cual es una proporción importante del total, esto se debe a que en el hogar no se tiene lo necesario para manejar las diversas complicaciones que puedan surgir durante el embarazo, parto o puerperio. Para el 2015 el 5.3% de las muertes se registra durante el traslado al servicio de salud, en lo cual saca a relucir la importancia de la identificación oportuna y traslado de las emergencias obstétricas para así aumentar las oportunidades de supervivencia de las mujeres.^{4, 64}

3.10.1.4 Mortalidad materna y paridad

Aproximadamente la mitad de muertes maternas se reportan en mujeres quienes tienen menos de tres hijos vivos o muertos, o no tienen ningún hijo; mientras que la razón de mortalidad materna por paridad simple, muestra que el riesgo de morir aumenta a medida que aumenta la paridad, esta tendencia sigue el patrón regular del indicador a nivel internacional.^{4, 64}

3.10.1.5 Mortalidad materna e identificación étnica

Los casos de MM en mujeres indígenas son el doble que, en las mujeres no indígenas, según Estudio Nacional de Mortalidad Materna (ENMM) 2007, el 53.3% de las muertes materna registradas ocurren en 5 departamentos son de mayor a menor, Huehuetenango, Alta Verapaz, Quiché, Guatemala y Totonicapán, una de las características principales de estos departamentos es que la mayoría de su población es indígena a excepción de Guatemala.¹⁷

3.10.2 Clasificación de muerte materna

La muerte materna puede ser clasificada como directa e indirecta. La primera resulta de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, por intervenciones, falta de tratamientos o tratamientos incorrectos. Se pueden añadir también secuelas de enfermedades como trastornos de la coagulación, la anestesia y sus complicaciones consecuentes motivadas por una indicación obstétrica como la cesárea o el manejo inadecuado o deficiente de esos eventos. La causa indirecta se debe a una enfermedad previa a la gestación o una enfermedad que surge durante la misma, resaltándose que debe ser una patología de causa no obstétrica, como una cardiopatía, nefropatía o procesos neoplásicos que se agudizan en el embarazo.^{65,66}

La mayor parte de las 13 muertes ocurridas (85%) en el departamento de Sololá se deben a causas directas, por lo que a continuación se describen únicamente las patologías reportadas como causas de las defunciones.²⁸

3.10.2.1 Causas directas de mortalidad materna

3.10.2.1.1 Hemorragia pre y transparto

3.10.2.1.1.1 Placenta previa

Es cuando la placenta se inserta parcialmente o en su totalidad en el segmento inferior del útero. La prevalencia es del 0,25-0,5% en las gestaciones únicas. El riesgo aumenta proporcionalmente al número de cesáreas.⁶⁷

Puede clasificarse como:

- Placenta de inserción baja: el borde placentario se encuentra a menos de 2 cm del orificio cervical interno.⁶⁷
- Placenta marginal: esta llega justo al borde del orificio cervical interno.⁶⁷
- Placenta oclusiva parcial: el orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.⁶⁷
- Placenta oclusiva total: la placenta cubre totalmente el orificio cervical interno.⁶⁷

3.10.2.1.1.2 Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta (DPPNI):

Se define como la separación parcial o total de la placenta no previa de la decidua uterina, ocurriendo esto antes del parto. Esta ocurre a consecuencia de una hemorragia en la interfase decidua-placenta y su definición queda limitada para gestaciones mayores de 20 semanas.⁶⁷ Se clasifica como:

- Grado 0: asintomático y generalmente se puede diagnosticar en periodo postparto.⁶⁷
- Grado I: pacientes que sólo presentan hemorragia vaginal.⁶⁷
- Grado II: pacientes que presentan hemorragia vaginal, hematoma retroplacentario, sensibilidad uterina (a veces sin hipertensión) y signos de sufrimiento fetal.⁶⁷
- Grado III: pacientes que presentan hemorragia vaginal, hematoma retroplacentario, sensibilidad uterina (con o sin hipertensión), choque materno, muerte fetal y signos de coagulopatía de consumo.⁶⁷

3.10.2.1.1.3 Placenta acreta

Es la placenta que se adhiere al miometrio de forma anormal. Su incidencia es mayor debido en gran parte al aumento del número de cesáreas. Su morbilidad asociada está principalmente causada por el elevado riesgo de hemorragia masiva, necesidad de transfusiones, infección intraabdominal y lesión de órganos adyacentes.⁶⁷

3.10.2.1.1.4 Vasa previa

Se produce por la presencia de vasos fetales en las membranas, desprotegidos de tejido placentario o cordón, que cruzan a través del orificio cervical interno. El cordón umbilical se inserta en las membranas ovulares en vez del tejido placentario (vasa previa tipo I), o por el cruce de vasos fetales entre uno o más lóbulos accesorios de la placenta (vasa previa tipo II). Su incidencia global es baja.⁶⁷

3.10.2.1.2 Hemorragia post parto

Es una de las complicaciones obstétricas más temidas y es una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Mundialmente, se define como la pérdida sanguínea superior a 500 mililitros posterior a un parto vaginal o a 1 000 mililitros tras una cesárea. La hemorragia postparto prematura ocurre en las primeras 24 horas tras el parto. La tardía acontece después de las 24 horas tras el parto y hasta 6 semanas tras el mismo.⁶⁸

3.10.2.1.2.1 Atonía uterina

Es la causa más frecuente de las hemorragias postparto, siendo responsable del 80-90% de los casos. Los factores de riesgo son: sobredistensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosómico), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, RPM prolongada).⁶⁸

3.10.2.1.2.2 Hemorragia por retención de la placenta y restos placentarios.

La retención de una porción de la placenta es más común si la placenta se desarrolla como succenturiada o con un lóbulo accesorio. Si posterior al manejo activo del alumbramiento y realizar la tracción controlada del cordón, la placenta permanece retenida después de 30 minutos, se establece el diagnóstico de placenta retenida. La retención de placenta es más frecuente en gestaciones pretérmino (menor de 24 semanas).⁶⁸

Existen diversas anomalías que se originan durante el proceso de placentación; las vellosidades coriales pueden penetrar en forma anormal en la pared uterina y dependiendo del grado de penetración, la placenta puede ser: acreta, cuando las vellosidades coriales se insertan en el miometrio en ausencia de la decidua basal y de la banda fibrinoide de Nitsbuch, increta cuando las vellosidades penetran el interior del miometrio y percreta cuando las vellosidades alcanzan la serosa peritoneal e incluso penetran en la cavidad abdominal e invaden órganos vecinos.⁶⁸

3.10.2.1.2.3 Desgarros obstétricos

El daño del tracto genital puede ocurrir espontáneamente o por el uso de instrumentos externos durante el parto para la extracción del feto.⁶⁸

El traumatismo puede ocurrir luego de un trabajo de parto prolongado, especialmente en pacientes con desproporción céfalo-pélvica relativa o absoluta y en el útero que haya sido estimulado con oxitocina o prostaglandinas. Casi todos los desgarrs perineales acompañan algún desgarro vaginal. Existen grados de profundidad, los cuales se clasifican de la siguiente manera: el primer grado afecta la piel y tejido subcutáneo, el segundo grado afecta la musculatura perineal, el tercer grado afecta el esfínter anal y por último el cuarto grado afecta la mucosa rectal.⁶⁸

3.10.2.1.2.4 Inversión uterina

Es una complicación potencial del tratamiento de la tercera fase del trabajo de parto, ya que este se da al realizar una tracción fuerte del cordón umbilical adherido a la placenta cuando ésta aún se encuentra implantada en el fondo uterino.⁶⁸

3.10.2.1.3 Trastornos hipertensivos durante el embarazo

Constituyen una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal, tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados en los que ocurre entre el 95% y 97%. Es una de las tres principales causas de muerte materna en todo el mundo, y la segunda en Latinoamérica. Se estima que en todo el mundo cada año fallecen 50 000 mujeres por causas relacionadas con los trastornos hipertensivos; en el caso de Guatemala, en el 2013 se reporta que son la segunda causa de muerte materna con 30% del total de casos.⁶⁹

En la actualidad los criterios para hipertensión arterial (HTA) son valores de presión arterial sistólica igual o mayor a 140 mmHg y de presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg. Se recomienda corroborar las cifras de presión arterial en más de 2 lecturas teniendo un intervalo mínimo de 4 horas entre cada toma.⁶⁹

3.10.2.1.3.1 Preeclampsia

Cuadro clínico que presentan algunas gestantes con presión arterial superior a 140 mmHg y presión arterial diastólica mayor a 90 mmHg, el cual se acompaña de proteínas en orina (> 300 mg en 24 h), después de las 20 semanas de embarazo.⁶⁹

3.10.2.1.3.2 Preeclampsia leve

Se caracteriza por presentar cifras de presión arterial (PA) $\geq 140/90$ mmHg, proteínas en orina ≥ 300 mg, en una paciente con más de 20 semanas de gestación y que además presenta alteraciones neurológicas como cefalea o somnolencia, edema o reflejos osteotendinosos aumentados.⁶

3.10.2.1.3.3 Preeclampsia grave

Cuadro presenta las siguientes características: presión arterial sistólica (PAS) = 170 mmHg o presión arterial diastólica (PAD) = 110 mmHg en 2 tomas separadas por un espacio de 6 horas, proteinuria = 2 g/24 horas, creatinina = 1,2 mg/dl, plaquetas < 100000/mm³, oliguria < 400 ml/24 horas, trastornos visuales o neurológicos y edema pulmonar o cianosis.⁶⁹

3.10.2.1.3.4 Eclampsia

Es cuando la paciente preeclámpsica inicia con convulsiones, las cuales se deben a la vasoconstricción cerebral intensa, es importante mencionar que una PA dentro de límites normales y el antecedente de epilepsia no descartan que paciente curse con eclampsia.⁶⁹

3.10.2.1.4 Sepsis

Es la disfunción orgánica debido a una respuesta del huésped a una infección que pone en peligro la vida. Dentro de las causas se pueden mencionar:⁷⁰

3.10.2.1.4.1 Infección puerperal

Es causada por la invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea, y que se ve favorecida por los cambios que ocurren en el organismo durante la gestación. La infección puerperal se caracteriza clínicamente por fiebre de 38°C o más, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del postaborto, posparto y post cesárea.⁷⁰

3.10.2.1.4.2 Fiebre puerperal

Mujer que presenta fiebre (temperatura de 38°C o más) en dos mediciones con un intervalo mínimo de 6 horas, que se produce más de 24 horas después del parto hasta 6 semanas post parto.⁷¹ Las principales causas son: endometritis puerperal e infección de herida operatoria.⁷¹

3.10.2.1.4.2.1 Endometritis puerperal

Cuadro infeccioso bacteriano que se presenta entre el primero y el décimo día posparto (lo más frecuente es entre el tercero y cuarto día posparto) debido a la infección posparto del tejido endometrial. Además de fiebre, aunque la presentación clínica es variable, puede asociar dolor hipogástrico, dolor a la movilización uterina, útero subinvolucionado, metrorragia persistente o loquios malolientes.^{70, 71}

Este cuadro es potencialmente grave que sin tratamiento adecuado puede evolucionar a una pelviperitonitis difusa e incluso a una septicemia puerperal. Se trata de un cuadro meramente polimicrobiano causado por una infección ascendente.^{70, 71}

3.10.2.1.4.2.2 Infección de la herida operatoria

La infección puede darse tanto a nivel de la pared abdominal como en la herida quirúrgica. Complica aproximadamente el 5% de las cesáreas, generalmente 4-7 días posteriores a la intervención. Los microorganismos causantes de la infección pueden proceder de la propia flora cutánea (*Staphylococcus aureus*) o vaginal que haya contaminado al útero o a la cavidad amniótica (flora aerobia y anaerobia como en la endometritis puerperal).^{70, 71}

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de diseño y enfoque metodológico

El estudio se realizó con un diseño de tipo cualitativo y teoría fundamentada como diseño metodológico.^{72, 73}

- Paso 1

Investigación documental: se solicitaron y se obtuvieron datos en el área de salud de Sololá, que consistieron en el número de muertes maternas registradas en el departamento de Sololá durante el año 2015, el número de casos por municipios, número de comadronas registradas en el área de salud, recurso humano con el que cuenta el área, proyección de embarazos para el año 2015, entre otros datos; esta fue la fase exploratoria que permitió aportar información básica para el diseño de la investigación, con el fin de orientar la información y tener fundamentos para la búsqueda de información en municipios prioritarios.

- Paso 2

Se buscaron y analizaron datos de censos, encuestas nacionales e informes nacionales, que fueron la guía para corroborar la información, identificar y seleccionar los municipios prioritarios en el departamento de Sololá.

- Paso 3

Posteriormente se recurrió a la búsqueda, análisis e interpretación de las autopsias verbales de los casos de mortalidad materna durante el año 2015 en el departamento de Sololá. Las cuáles fueron ubicadas en la Dirección del área de salud de Sololá. Para lo anterior se utilizó la forma I para la recolección de los datos de interés (Ver anexo 1)

- Paso 4

- 1) Selección de municipios prioritarios: se estableció que sería prioritario el municipio que contara con las siguientes características:
- 2) Presentará casos de muerte materna en el 2015.
- 3) No se tomaron en cuenta muertes incidentales, accidentales ni muertes que sucedieron en otro departamento, aunque las fallecidas fueran originarias del departamento de Sololá y estuvieran registradas en Sololá.
- 4) Que la causa de muerte materna haya sido directa y prevenible.

- 5) Nivel bajo o medio de priorización municipal por calidad de vida según lo publicado por SEGEPLAN en el año 2008.²⁰
- 6) Porcentaje de población indígena superior al 90%.
- 7) Población rural mayor al 65%.

Para poder determinar la influencia que tuvo el MIS como condicionante de salud, se realizó una comparación entre un distrito que no tenía el modelo y un distrito que tenía implementado dicho modelo; se incluyó la aldea Guineales del municipio de Santa Catarina Ixtahuacán en la priorización de municipios, ya que la densidad de población era superior a 10 000 habitantes, por lo que según el artículo 28 del Decreto 12-2002 del Congreso de la República de Guatemala, la población era lo suficientemente grande para ser considerada municipio.⁷⁴ Además la aldea de Guineales pertenece al distrito X (Guineales), la cual tenía implementado el MIS desde el año 2003, lo que nos permitió hacer una comparación de la funcionalidad del mismo en cuanto a las demoras en los casos de muerte materna;

Tabla 4.1
Municipios seleccionados
Sololá 2015

MUNICIPIO	CRITERIOS APLICADOS	CÓDIGO
Santiago Atitlán	Presento 3 casos de MM Causa de MM directa (2 casos de MM por hemorragia y 1 por trastorno hipertensivo) No contaba con el MIS Nivel medio de priorización municipal Población indígena de 98% Población rural de 66%	A
Sololá	Presento 2 casos de MM Causa de MM directa (ambos casos por hemorragia) No contaba con el MIS Nivel bajo de priorización municipal Población indígena de 94.4% Población rural de 89%	
Guineales	Presento 2 casos de MM Causa de MM directa (1 caso de retención placentaria y 1 caso de atonía uterina) Contaba con el MIS	B

Fuente: Elaboración propia con base a datos proporcionados por el área de salud de Sololá, SEGEPLAN, Vulnerabilidades de los municipios y calidad de vida de sus habitantes (2008) y Planes de Desarrollo Municipal 2008, 2010

- Paso 5

Se presentó por primera vez una idea formal acerca de la investigación, la cual fue presentada en el área de Salud de Sololá en donde se desglosó cada punto a tratar en la misma, se contó con la presencia del director de área, epidemiólogo, encargada de investigación y encargados de desarrollar el Modelo Incluyente en salud, posterior a la presentación se resolvieron dudas que surgieron y se pudo llegar a concretar las preguntas y los objetivos de la investigación y con ayuda de los Médicos y personal técnico pudimos enfocar la investigación a dos distritos; también se propuso realizar en los próximos días la prueba piloto.

- Paso 6

Ya priorizados los municipios y por sugerencia del área de salud de Sololá se trabajó con los distritos a los que pertenecían los municipios, así mismo indicaron que debido a la densidad poblacional del distrito de Sololá (110 000 habitantes aproximadamente) se utilizó este distrito únicamente para realizar la prueba piloto y se tomó en cuenta solamente el distrito IV Santiago Atitlán (49 631 habitantes) para el estudio y comparación adecuada con el distrito X de Guineales (33 510 habitantes).

- Paso 7

Se realizó la identificación de informantes clave, las características de los mismos se describen en el apartado de la muestra.

- Paso 8

Prueba piloto: Se llevó a cabo dicha prueba el día 22 de mayo del presente año, esto con la finalidad de verificar la funcionalidad de los instrumentos realizados para el trabajo y posteriormente poder realizar modificaciones a dichos instrumentos. La prueba piloto se realizó en el municipio de Sololá ya que también presentó muertes maternas en el año 2015 y presentó características similares a la de los otros distritos en donde se llevó a cabo el estudio.

- Paso 9

Antes de realizar el trabajo de campo se le notificó al área de salud de Sololá que ya se había realizado la prueba piloto y se informó que haríamos la presentación de la investigación en las áreas de salud seleccionadas previamente, con posterioridad viajamos a las áreas de salud de cada distrito para presentar el trabajo ya concreto y se aclaró que dicha investigación había sido analizada y aprobada por el área de salud de Sololá.

- Paso 10

Trabajo de campo: este consistió en tener contacto con la población que se seleccionó y se identificó previamente, para poder llegar a las personas de las comunidades y al personal de salud se viajó a los distritos de Santiago Atitlán y Guineales para dialogar acerca de la investigación con los médicos responsables de dichos distritos ya que ellos eran las personas responsables de sus comunidades y personal al cual se necesitaba tener acceso, por lo que se presentó el plan a realizar y ellos amablemente nos dieron la bienvenida a los distritos y nos convocaron a las personas requeridas para llevar a cabo este punto tan importante.

El día 14 de julio se realizó la primera entrevista grupal en el distrito de Santiago Atitlán, la cual estaba integrada por 5 personas quienes tenían conocimiento sobre los casos de muerte materna, se procedió a utilizar nuestro instrumento de recolección de datos, al terminar la entrevista se nos indicó a que personas debíamos dirigirnos para realizar las entrevistas individuales y recolectar la información. Posteriormente nos dirigimos a los puestos de salud de las comunidades que registraron casos de muerte materna, en donde nos indicaron que por la redistribución que se dio en el distrito de salud algunos de estos puestos fueron cerrados, actualmente en el centro de salud cada puesto de salud tiene una clínica para atender a la población, solamente el puesto de salud de Paculam tiene puesto como tal, por lo que fuimos al puesto de Paculam en donde entrevistamos a la enfermera que realizó la autopsia verbal y tuvo contacto directo con la fallecida y ella nos refirió que la familia de la fallecida ya no vivía en el área, también nos indicó que los líderes comunitarios dígame COCODES y otros no colaboran con los planes de emergencia por lo que no tienen conocimiento de los casos registrados durante el año 2015, en otro de los casos registrados en Santiago Atitlán, los médicos involucrados al ser parte de una entidad privada se negaron a brindar información y otro de los médicos ya no laboraba en el área por lo que no se pudo contactar.

El día 17 de julio se entrevistó en horas de la mañana al personal ajeno al servicio de salud las cuales estaban ubicadas en dos aldeas diferentes y en los cuales se tuvo que viajar a estos lugares para poder recolectar la información y así mismo se utilizó traductores ya que la mayoría de la población no hablaba el idioma español, en horas de la tarde del mismo día nos reunimos con el personal de salud en el centro de atención permanente ubicado en Guineales.

- Paso 11

Esta investigación utilizó el enfoque metodológico basado en la teoría fundamentada ya que esta buscaba identificar categorías teóricas que eran derivadas de los datos mediante la utilización de un método que exigía comparación periódica recurriendo a la sensibilidad teórica del investigador, lo que implicó que el investigador debía comparar contenidos de diversos episodios de entrevistas o de observación con los conceptos teóricos nacientes del esfuerzo de identificar los temas fundamentales.⁶⁸

- Paso 12

Luego se identificaron las diferencias y las similitudes de los datos, lo que condujo a la derivación de categorías teóricas, códigos y subcódigos sustantivos, que pudieron ayudar a comprender el fenómeno en estudio (Tablas 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 respectivamente). Siempre recordando que la utilización de este método ha estado en gran parte confinada, a la adopción de una teorización que se vincula a la recolección y el análisis de los datos, la recolección de datos precede, en gran parte, a la obtención y análisis de la literatura apropiada a fin de permitir que las teorías emergentes reflejen lo más estrechamente posible la naturaleza de los datos por oposición a las conclusiones ya establecidas en la literatura disponible.⁶⁸

- Paso 13

Como se mencionó en la justificación de la investigación, en el departamento de Sololá no se han realizado investigaciones de tipo cualitativas sobre el tema de la mortalidad materna, por lo que se pretendía crear una teoría emergente en cuanto a las características, definidas como determinantes sociales y condicionantes de la salud de tipo político. Por lo que al analizar estos determinantes y condicionantes de los casos de muerte materna, se creó una teoría que explico las características de los mismos y que definió los conceptos. Esto permitió tener una concepción más profunda del significado individual y social de la muerte materna en nuestro país, de los determinantes que aumentan el riesgo, así como los condicionantes de salud que evitan que los casos disminuyan.

4.1.1 Características de la investigación

4.1.1.1 Flexibilidad

Se presentó una entrevista de tipo semiestructurada a los informantes clave de los municipios prioritarios, para posteriormente desarrollar la técnica de discusión de grupo y entrevista individual en algunos casos para recolectar los datos, esta característica se estableció

en el momento de la entrevista, esto dependió de la información proporcionada, la calidad de información y la participación de los entrevistados, se modificó el instrumento, así como también se redirigieron las preguntas ya que fue necesario.

4.1.1.2 Credibilidad

La información obtenida busco ser coherente y auténtica para darle validez a la investigación, así como ser fuente de información para investigaciones posteriores. Por barreras lingüísticas y con el propósito de que los datos fueran confiables, auténticos y que no existiera fuga de información, se contó con la presencia de traductores en los casos que fueron necesarios traducir al idioma Quiché en Guineales, Tzutujil en Santiago Atitlán y por supuesto al idioma español para los investigadores.

4.1.1.3 Confiabilidad

La recolección de la información tuvo como base la identificación de los municipios prioritarios considerando los criterios antes descritos en el paso número 4. Durante el desarrollo de la búsqueda de información, el contacto con la población, la entrevista y durante el transcurso de la investigación se estableció quienes fueron los informantes clave (ver paso 5). Se recopilaban todas las entrevistas para luego interpretar y darle significado al desarrollo de los eventos, para unificar e identificar los aspectos importantes. La información que se obtuvo busco acercarse lo más posible a la realidad de los sucesos interpretando los datos obtenidos.

4.1.1.4 Confirmabilidad

Se buscó información de diversos informantes clave, de personas que intervinieron directa o indirectamente en la comunidad y que fueron fuente de información para la investigación. El entrevistador creó un ambiente cómodo y agradable, intervino lo menos posible en el desarrollo de la entrevista, hizo preguntas abiertas y busco captar la mayor información verbal y no verbal del entrevistado, evito la fuga de información, su función únicamente fue dirigir la entrevista y con esto evito que se desviara de los objetivos señalados.

Se creó un archivo de audiograbación de las entrevistas el cual fue almacenado en una base de datos en Dropbox, que sirvió para realizar la transcripción manual de las mismas al español y posteriormente se analizó, con el fin de captar la mayor información posible y que fuese de utilidad para la investigación.

4.2 Población y muestra

4.2.1 Población

Informantes clave, relacionados a los casos de muerte materna durante el año 2015 en los distritos a que pertenecen los municipios que se priorizaron en el departamento de Sololá (VI Santiago Atitlán, X Guineales); se tomó en cuenta el distrito de Guineales que reportó 2 casos de muerte materna en el 2015, además de utilizar el modelo incluyente de salud, lo cual sirvió de comparación con el Distrito VI que aún no contaba con dicho modelo.

4.2.2 Muestra

Muestreo no probabilístico, muestreo por criterio. El muestreo se realizó en los distritos prioritarios que como punto de partida se priorizaron los municipios y posteriormente se tomaron en cuenta los distritos a los que pertenecían, los cuales fueron Santiago Atitlán y Guineales.

Tomando en cuenta que se desconocía el entorno de la población, el muestreo por criterio fue de utilidad para la identificación de informantes clave. En primera instancia, se realizó un reconocimiento de la comunidad, el acercamiento y contacto con los líderes o autoridades comunitarias quienes nos ayudaron a identificar a los informantes clave.

4.2.2.1 Informante clave

Se definió en esta investigación a toda persona que, por sus vivencias, capacidad de relación social, que acepto participar y estuvo dispuesta a responder todas las interrogantes que se le plantearon, que fue fuente de información y facilito la relación con la comunidad.

Los informantes clave fueron divididos en dos grupos, los que pertenecían al sistema de salud (Ver tabla 6.2) y los que eran ajenos al sistema de salud (Ver tabla 6.3), además estos informantes clave tuvieron que poseer las siguientes características:

- Participante activo en la comunidad durante el año 2015.
- Ser líder, representante o tener algún tipo de cargo en la comunidad, por ejemplo, encargados de la comisión de salud de la comunidad, personal del centro y/o puesto de salud, representante de COCODE si la comunidad cuenta con el mismo, representantes de la o las iglesias, ancianos, etc.
- Residente de la comunidad.
- Brindar apoyo, participar o prestar algún servicio en las emergencias obstétricas.

- No tener conflictos con la comunidad.
- Estar involucrado directa o indirectamente en el (los) caso (s) de muerte materna.

Tabla 4.2
Informantes clave relacionados al sistema de salud
Sololá año 2015

SECTOR	INFORMANTES CLAVE
Área de salud	Director área de salud de Sololá, representante de programa de salud Reproductiva del MSPAS
Salud comunitaria	Comadronas, representante de comisión de salud de la comunidad, personal del puesto de salud
Para la recolección de datos se utilizará la forma II (Ver anexo 2)	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 4.3
Informantes clave ajenos al sistema de salud
Sololá año 2015

SECTOR	INFORMANTES CLAVE
Municipal	Coordinador Municipal del Centro de salud, encargado de coordinación de proyectos de salud de la Municipalidad
Sociedad Civil	Mujeres embarazadas, personas de la comunidad que tengan alguna relación con la fallecida
Líderes Comunitarios	Junta directiva del COCODE, ancianos de la comunidad, director de la escuela.
Otros	Familiares, amigos de la fallecida
Para la recolección de datos se utilizará la forma II (Ver anexo 3)	

Fuente: elaboración propia.

4.3 Instrumento de recolección de datos

4.3.1 Investigación documental

En una primera instancia, fue de utilidad la información que se obtuvo de la memoria de labores del departamento de Sololá, la proyección de población 2015, las autopsias verbales realizadas posterior a cada caso de muerte materna, la ficha clínica prenatal y/o post parto del distrito de Guineales y documentos proporcionados por el área de Salud de Sololá en referencia a los casos de muerte materna que fueron registrados en el año 2015. Para lo anterior se utilizó la forma I como instrumento para la recolección de estos datos (Ver anexo 1).

4.3.2 Discusión de grupo

Posteriormente a la investigación documental, se llevó a cabo dos discusiones de grupo con los informantes clave, en la discusión de grupo se pretendió recolectar la mayor cantidad de información tomando en cuenta las experiencias de cada participante. También se contó con moderadores para cada discusión de grupo, el principal tuvo la atención del grupo y orientaba la discusión, otro moderador tuvo a cargo la grabación del audio, uno más se encargó de obtener notas importantes de la discusión, todo ello se transcribió literal al español en los casos necesarios.

Se creó una guía de preguntas de tipo semiestructurada para orientar la discusión y obtener la información; la forma II (Ver anexo 2) se utilizó para personal relacionado al sistema de salud (tabla 6.2), mientras que la forma III (Ver anexo 3) se utilizó en las personas ajenas al sistema de salud (tabla 6.3).

Un aspecto importante que se consideró en determinado momento, fue la presencia de barreras lingüísticas por lo que se contó con la presencia de traductores para traducir al idioma Quiche, Tzutujil y español, a los cuales se les solicitó que hicieran la traducción literal de todo lo que los participantes compartían, las entrevistas realizadas sean individuales o discusión de grupo fueron grabadas con teléfonos celulares de alta sensibilidad, esto con la finalidad de que la información fuese confiable.

4.4 Método de análisis

La información que se obtuvo de los audios se transcribió manualmente y se analizaron los textos junto con las notas importantes.

4.4.1 Reducción de datos

Posteriormente a la transcripción de la información se inició con la lectura de la misma para identificar los datos que aportaron información relevante ya sea en entrevistas individuales como entrevistas grupales. Se tomó en cuenta como aspecto para la reducción de datos la saturación de los mismos, toda aquella información que se fue repitiendo no fue tomada en cuenta para la codificación ya que esta ya estaba incluida.

4.4.2 Separación de unidades de contenido

Posterior a la reducción de la información, se realizó un análisis formal, examinando a fondo los datos obtenidos, para luego clasificar los mismos con base a categorías de codificación abierta; las categorías se describieron en las tablas 4.4, 4.5, 4.6, y 4.7 respectivamente; estas categorías fueron obtenidas de los objetivos de la investigación.

Se realizó una codificación y subcodificación de tipo deductiva como lo permitía la metodología. Las categorías fueron analizadas en primer lugar por distritos, esto ayudo a identificar los determinantes y condicionantes que intervinieron en los casos de muerte materna; posteriormente la información fue analizada e interpretada globalmente para evidenciar la relación que existe entre las áreas temáticas y demostrando cómo dichos conceptos responden a las preguntas de la investigación, así como la creación de una teoría emergente en cuanto a los determinantes y condicionantes presentes en los casos de muerte materna.

Tabla 4.4
Tabla de categorías y codificación de los determinantes sociales y condicionantes de salud con base al objetivo general

OBJETIVO GENERAL		
Analizar los determinantes sociales y condicionantes de salud que intervienen directamente en relación a las causas prevenibles de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015.		
CATEGORÍAS	DEFINICIÓN	CÓDIGOS
Determinantes sociales de salud	Son las características individuales de las personas con las que nacen, crecen, envejecen y mueren. Aspectos culturales, sociales, económicos	DSS
Condicionantes de salud	Son las características de tipo político del sistema de salud que afectan a la población Son de tipo estructural	CS

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.5

Tabla de categorías y codificación del nivel de cumplimiento de las normas de atención en salud integral del primer nivel de atención del MSPAS con base a los objetivos específicos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS			
Identificar el nivel de cumplimiento en cuanto al control prenatal según lo establecido en las normas de atención en Salud Integral del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que presentaron los casos de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015.			
CATEGORÍAS	DEFINICIÓN	CÓDIGOS	DEFINICIÓN DE CÓDIGO
Normas de atención en Salud Integral del primer nivel de atención del MSPAS (acciones preventivas en el embarazo).	Son las guías para el diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades, y prevención de las mismas que rigen la atención del primer y segundo nivel de atención en Salud. Ya que se toma en que todo embarazo conlleva un riesgo es necesario generar acciones que disminuyan estos riesgos y/o que permitan una atención oportuna de los mismos.	CP	Control Prenatal: 1º 12 semanas 2º 26 semanas 3º 32 semanas 4º entre 36-38 semanas
		SP	Ver anexo no. 4
		EN	Peso, medición de la circunferencia del brazo, cálculo de IMC en cada control prenatal suplementación con hierro y ácido fólico
		L	Realizar pruebas de orina simple, VDRL, grupo y Rh, glicemia, Hematología, VIH, HB/HT.
		I	Inmunizaciones. Tétanos y difteria
		SBD	Evaluación de la cavidad oral, mostrar el uso adecuado de hilo y cepillo dental.
		OE	Orientar sobre el plan de emergencia familiar, identificación de establecimientos para atención en caso de una complicación.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.6

Tabla de características presentadas por el modelo de demoras, en el departamento de Sololá durante el año 2015

Caracterizar las demoras que intervinieron en los casos de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015.			
CATEGORÍAS	DEFINICIÓN	CÓDIGOS	DEFINICIÓN DE CÓDIGO
Modelo de las demoras	Modelo planteado por la Dra. Maine de la universidad de Columbia, este modelo originalmente estaba conformado por 3 demoras que presenta la mujer ante una emergencia obstétrica, pero para Guatemala dicho modelo se basa en 4 demoras.	D 1	"Falta de reconocimiento de señales de peligro"
		D 2	"Falta de toma de decisiones para búsqueda de atención oportuna"
		D 3	"Falta de acceso a una atención oportuna"
		D4	"Falta de atención oportuna y de calidad"

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4.7

Tabla comparativa de funcionalidad del Modelo en la prevención y manejo del embarazo de alto riesgo con base al modelo de las demoras, en la aldea Guineales y el distrito de Santa Catarina Ixtahuacán, del departamento de Sololá durante el año 2015.

Comparar la funcionalidad del Modelo en la prevención y manejo de la muerte materna con base a las 4 demoras entre el distrito de Guineales y el distrito de Santiago Atitlán que no cuenta con este modelo.			
CATEGORÍAS	DEFINICIÓN	CÓDIGOS	DEFINICIÓN DE CÓDIGO
Organización comunitaria	Descripción de la organización de la comunidad en cuento a la creación de planes de emergencia para atención en salud en los municipios prioritarios, en relación a la Aldea de Guineales que cuenta con dicho modelo	OC	Plan de emergencia comunitaria Plan de emergencia familiar Relación personal de salud-medicina tradicional
Número de muertes maternas	Número de casos de muerte materna reportados en el año 2015 en los municipios prioritarios que no cuentan con el Modelo Incluyente en Salud, en relación a la Aldea de Guineales que cuenta con dicho modelo	NMM	Número de casos de muerte materna

Fuente: Elaboración propia.

4.5 Aspectos éticos de la investigación

El presente estudio no implicó ningún riesgo, ya que se realizó la revisión de los documentos antes mencionados y así también se realizaron entrevistas a personas propias de la comunidad que deseaban participar y que estuvieron dispuestas a responder a las preguntas planteadas, dichas entrevistas fueron grabadas utilizando celulares con capacidad para grabar audio con alta sensibilidad, se realizó la traducción y/o transcripción de las mismas y se conservó el anonimato de las personas.

No se realizó ninguna intervención de tipo fisiológica, experimental, cultural o económica de las personas involucradas, únicamente se tomó en cuenta el factor emocional como posible inconveniente para la obtención de datos, esto hizo que fuese necesaria la empatía con los informantes para reducir estos inconvenientes. La información fue privada y exclusiva de los investigadores.

Se le entregó un consentimiento informado a la persona entrevistada. (Ver anexo 5). De igual manera se solicitó autorización del área de salud de Sololá, de los distritos donde se llevó a cabo la investigación, las municipalidades a las cuales pertenecen los distritos y a las autoridades comunitarias pertinentes.

Para conservar el anonimato de las comunidades investigadas, en la publicación de resultados se tuvo como referencia distrito A y B. Únicamente en el área de salud donde si es pertinente la divulgación de estos datos se proporcionó la información necesaria y resultados de la investigación con los nombres de los municipios y su correspondiente distrito.

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El presente apartado se realiza con base a los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los informantes clave previamente establecidos en los distritos seleccionados. Es importante mencionar que los elementos recabados nos permiten dar respuesta a la pregunta principal que se planteó, ¿Cuáles son los determinantes sociales y condicionantes de la salud que intervinieron directamente en relación a las causas prevenibles de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015? Para responder a ella, se establecieron cuatro secciones principales que orientan la investigación para obtener los resultados que ahora se mencionan, estas secciones se centran en los factores socioculturales, el control prenatal en relación a las normas de atención del primer nivel del MSPAS, las demoras que intervinieron en los casos y la implementación del modelo incluyente en salud; estas secciones se desarrollan a continuación divididos en relación a los objetivos específicos.

- Objetivo 3.2.1 Describir los factores socioculturales que predominan en los casos de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015.

Tabla 5.1

Los factores socioculturales que predominan en los casos de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015, julio–agosto de 2017.

Categorías	Subcategorías
Los factores socioculturales que predominan en los casos de muerte materna	Entorno cultural de la muerte materna
	• “ama de casa.” (CO) • “Eh solo, eh solo hay como hacen así diario pues, lavar su trasto, lavar ropa, algunas mujeres que tejen allí, pero casi la mayoría de las embarazadas, algunas no hacen nada.” (PS2). • “Cuando las embarazadas tiene estudio entonces puede hablar en español, cuando no es siempre, la mayoría hablan Quiche. (PS3) • “Si, pues principalmente tal vez tendíamos que son, eh mujeres analfabetas, amas de casa, eh cien por ciento pertenecen a, a poblaciones de, de Guineales, del habla Quiche, rural, rurales, con una economía pues mínima tal vez, dentro de las consideraciones que están porque como les digo verdad son amas de casa pues muchas de ellas no trabajan.” (PS4) • “Si, en realidad, este, hace años, en el año dos mil pues teníamos que tenían hasta diez, ocho hijos verdad.” (PS2)

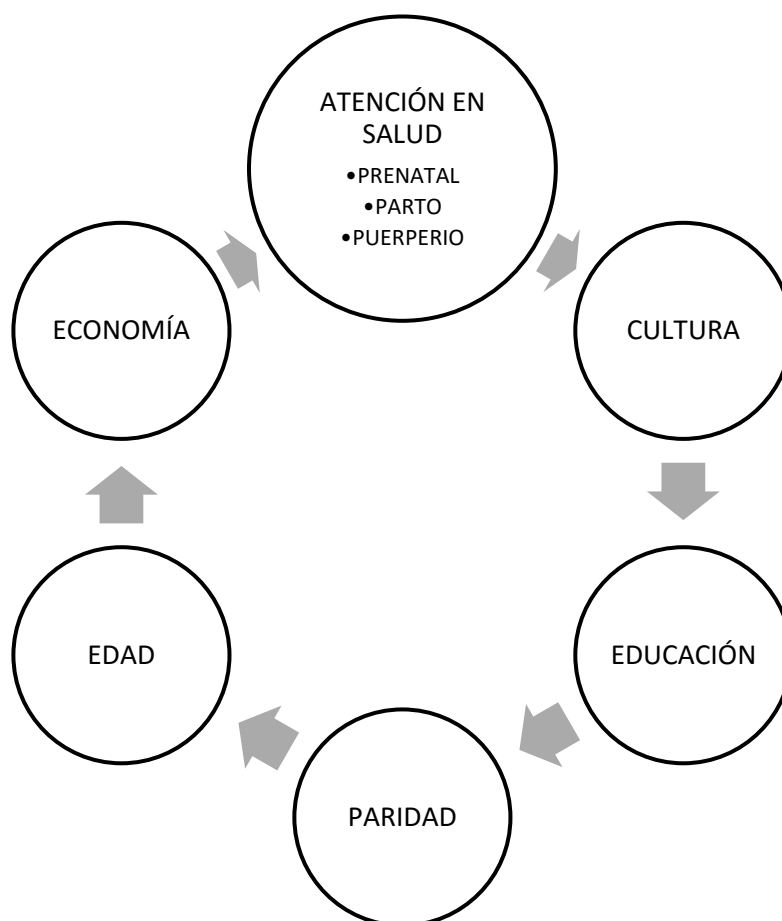
	• “la embarazada, la que hace aquí en la casa, solo así su, solo tortiar y siempre, siempre se queda aquí en la casa, lavar ropa, lavar trasto, pero ella en ningún momento así tiene trabajo, siempre se mantiene en la casa porque no es, no es su hija sino es su suegra, a veces sale aquí en su casa se va con su mamá y va tardar un día y allí, siempre regresa después se mantiene en la casa.” (F2) • “solo tomando en consideración que el 98% de la población es eminentemente indígena va eh la escolaridad pues estamos como te digo abajo porque casi la mayoría de mujeres que consultan tienen primaria, o no tienen ni un tipo de grado de estudio entonces esa parte es donde nosotros recalcamos un poquito verdad el nivel de educación, es lo que no permite a veces de tener este tipo de acercamiento o simplemente de entendernos, allí sí que entendernos aun que si la comunicación se da porque si de hecho la mayoría del personal eh que tiene ese contacto con las personas domina el idioma tzutujil entonces eso es algo que, que no podemos decir que es una barrera, el idioma. Pero si el nivel de escolaridad si no permite mucho uno, lo otro es la parte de la cultura verdad las personas todavía mantienen acá en Santiago su cultura, sus tradiciones su manera de vivir el pensamiento de los abuelitos por decirlo así, yo tuve mis diez y ocho hijos usted también debe tener sus diez y ocho hijos.” (PS2)
	Influencia del sexo en la toma de decisiones • “Ah, en primero cuando la, el esposo pues, si tiene la capacidad de, de, de tener dinero pues, para que ella como puede llevar así un, como lo saquen de su casa o también de falta de medicamentos o también tiene que, como, como, como ella pues puede, puede ir en el Centro de Salud, si necesitaban algo siempre le apoyo con el COCODE, eso.” (PS3) • “Eh, según lo que yo sé, con el esposo siempre se lo pego a, a ella pues y entonces siempre dijo que, que siempre no, no va bien con su esposo, siempre así hace problemas y por eso así resulto.” (PS3) • “antes de su primer control prenatal, yo había llegado yo con ella en su casa a ofrecerle su control prenatal, allí yo le decía a ella, si le da vergüenza llegar al Centro de Salud, yo con mucho gusto, yo le doy su control allí en su casa, entonces ella dijo que no, que yo, este mi esposo no permite que yo reciba mi control dijo, entonces y no permite y yo le tengo miedo, porque si me viene a encontrar, este me viene a encontrar y usted evaluándome aquí en la casa, después me va a pegar a mí.” (PS4)
	El nivel educativo de la mujer en las comunidades • Algunas estudian y otras no, la mayoría no estudia. (SO1) • “Algunas si tiene estudio, así no es de, así de diversificado, sino que primaria nada más y algunas embarazadas no tienen estudio.” (PS3) • “Cuando las embarazadas tiene estudio entonces puede hablar en español, cuando no es siempre, la mayoría hablan Quiche.” (PS3)

	• “Tenemos que llevar unas cartulinas para enseñarles, para que ellas entiendan aunque uno le habla muchas veces pero a veces no entienden y nosotros tenemos esas fotos cuales son señales de peligro, tenemos que enseñarles a nuestras pacientes para que ellos entiendan.” (C1)
	Número de gestas en población femenina
	• “Entre cinco a seis. Promedio hay familias que se quedan todavía con eso que tienen trece hijos. Yo tuve trece embarazos y recientemente tuvimos una paciente que atendimos, ella tenía como treinta no veinte y siete años y era el quinto hijo que llevaba ya y había tenido un aborto, entonces seis embarazos. Cinco vivos y un muerto. Y un muerto.” (PS1)
	Intervención de los aspectos socioeconómicos
	• “Pues si, por ejemplo, si alguna familia si hay algunos, si va a necesitar algunos así alguna emergencia de plano, si nosotros tenemos la responsabilidad de apoyar o ayudar al así, tal vez no económicamente, pero el contratar algún carro o cualquier así si podemos ayudar, pero si cuando uno tiene su comunicación, sí.” (CO1) • “Que si hay transporte dice, pero no hay que esperar cuando un ya, ya está para morir, hay que pagar otro así rápidamente para llevar al Centro.” (C2) • “Algunas que si cuentan económicamente y otros están medio y otros están extrema precariedad, en caso de la hija de ella, la que fue fallecida entonces dice que ella este siempre ósea comía bien. A veces el esposo de ella este no contaba con dinero, pero acudía con su mama, digamos con su alimentación.” (F1) • “Dice que, tiene que ir a buscar un carro para pagar y después lo va llevar al Centro de Salud.” (F2) • “No, pagaron porque, por ejemplo ella es a la hora de salió de la capacitación entonces se fue al CAIMI pero sería en carro particular.” (PS5)

Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave. *PS: personal de salud, CO: COCODE, C: Comadrona, F: Familiar

Como se ha mencionado, la importancia de los determinantes sociales en relación a la atención en salud de la mujer embarazada es vital e influye de tal manera que los aspectos culturales, la educación de la mujer, las gestas, la edad del embarazo, como también la edad de su primera gesta, la situación económica individual como familiar, su posición en la sociedad, entre otros aspectos, se reflejan en los acontecimientos que tuvieron como consecuencia la muerte materna

Figura 5.1.
Determinantes que influyen en la atención en Salud en el distrito A y B del departamento de Sololá en el año 2015, Guatemala, agosto de 2017.

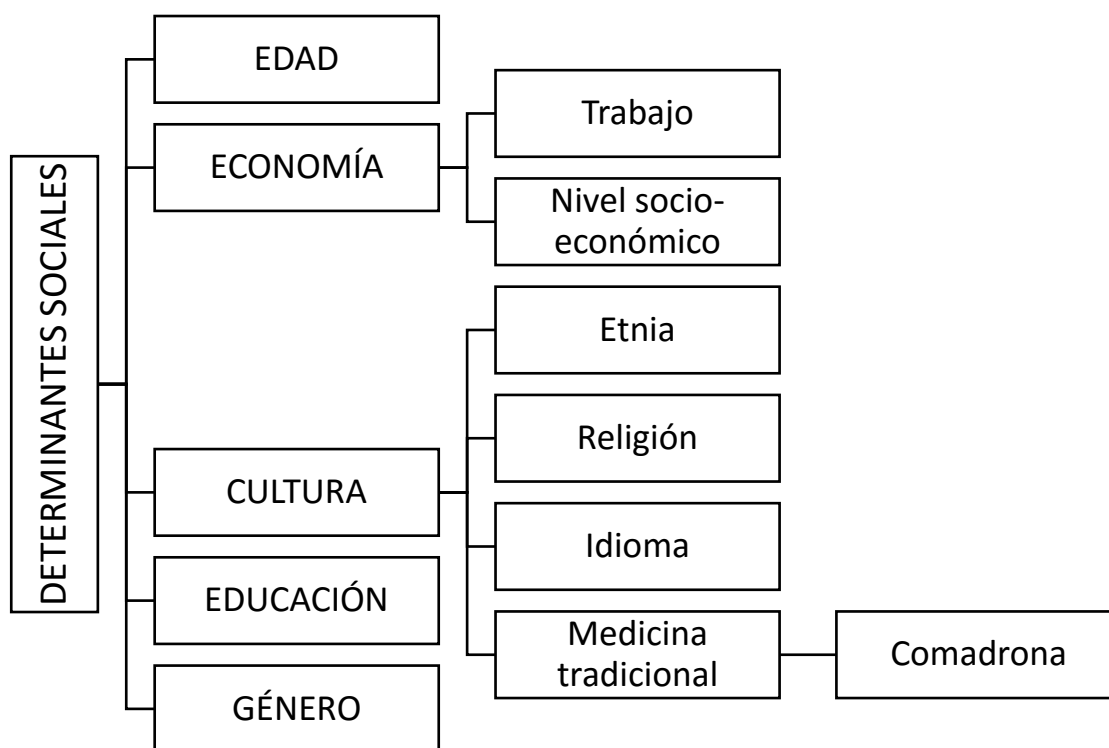


Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

En la figura 1 se establece una relación de los determinantes sociales antes mencionados y cómo estos influyen en la calidad de atención a la mujer en lo que se refiere al embarazo, parto y puerperio, se hace la salvedad que no se refiere a la calidad del servicio que cada mujer debe tener en referencia a su situación económica o social, sino que a la calidad del servicio que cada una tiene la posibilidad de obtener, asociado claramente a las condicionantes de la salud que intervienen directamente en los servicios. Y como se muestra en la gráfica hay un círculo que según los determinantes puede ser virtuoso como vicioso, ante lo cual se hace difícil intervenir por las condiciones inherentes a la mujer.

A continuación se presentan las características socioculturales de los casos de muerte materna en los distritos A y B del departamento de solola, durante el año 2015.

FIGURA 5. 2.
Determinantes sociales que intervinieron en los casos de muerte materna reportados en el distrito A y B en el año 2015. Guatemala agosto de 2017.



FUENTE: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados.

- Entorno cultural de la muerte materna

La cultura es un factor determinante en ambos municipios, ya que más del 90% de la población es indígena, la mayoría de personas hablan su idioma materno, que en el caso del distrito A es el Tzutujil y en el distrito B el Quiché, la mayor parte de la población de estas regiones hablan muy poco o nada del idioma español. Otro aspecto cultural muy importante que se identificó fue la importancia o el papel que juega la comadrona en estas comunidades en donde el ser comadrona es un don, por tal razón las mujeres tienden a acudir más con la comadrona que el personal de salud, en una de las comunidades el trabajador social nos comentó que las

mujeres no asisten a un servicio de salud por vergüenza, al preguntar porque sentían vergüenza, él nos manifestó que se debe a que hay muy pocas las doctoras que laboran en el área de salud.

Un factor que marca mucho la vida de la mujer en estas áreas del país es el rol del hombre para la toma de decisiones, ya que las mujeres de los casos reportados no consultaban debido a que los esposos se lo prohibían, esto indicado por los prestadores de servicio, asimismo mencionaron que fueron los esposos quienes tomaron la decisión de consultar o no consultar a un servicio de salud al momento de que se presentaron las complicaciones en el parto. La doctora del área hace mención que en 2 casos reportados a pesar de que el personal de salud visitó en varias ocasiones las viviendas de las fallecidas estas indicaban que no recibirían el control prenatal con ellos ya que su esposo no quería y que debían de irse ya que si él los encontraba en la casa podría pegarle a ella después.

El trabajador social del distrito A comentó la importancia de las creencias en la comunidad respecto al Tuj o Temazcal, el cual es un baño de vapor utilizado en la cultura maya y que según la perspectiva de las abuelas comadronas, el Tuj prepara el cuerpo para el parto. Según las abuelas comadronas si no se utiliza el tuj, aumentan los riesgos durante el parto, pero esta práctica ha ido en disminución.

Un aspecto importante en la cultura de las personas son las creencias religiosas, según lo mencionan los informantes clave, en dos de los cinco casos las familias acudieron en principio a un pastor y un profeta respectivamente para asistir a la madre durante las complicaciones en el parto, los cuales oportunamente le indicaron a la familia que las madres debían ser atendidas por personal de salud.

- La influencia del sexo en la toma de decisiones

En los cinco casos de muerte materna registrados el esposo es quien toma las decisiones no solo en las acciones de la esposa, sino que también del acercamiento de la esposa hacia el personal de salud para el control prenatal, toda decisión en relación a tratamientos debe tener el aval del esposo, esto indicado por los informantes clave. Al presentarse las emergencias obstétricas, en el momento de la toma de decisiones es al esposo a quien se acude primero, según lo comentó una de las prestadoras de salud, en cuatro de los casos, el esposo no estaba presente al momento de las emergencias obstétricas y hubo necesidad de esperar su presencia en casa para la toma de decisiones; en el último caso el esposo estaba presente, pero no autorizó

el traslado de la paciente. Una informante clave explicó que en el distrito B en uno de los casos la paciente era renuente en el control prenatal, debido a que a su esposo no le parecía que recibiera atención del personal de salud; la informante le realizó varias visitas domiciliarias indicándole que se debía presentar al centro de salud para los controles e incluso le ofreció recibir los controles prenatales en casa, a lo cual ella respondió que no podía porque el esposo no estaba de acuerdo; manifestó además que si la señora no obedecía las órdenes del esposo era agredida.

En uno de los casos, según lo mencionan los informantes asociados a la atención en salud, se reporta violencia intrafamiliar, mencionan que el día anterior a la muerte, el esposo golpeó a la señora e hizo que se hincara en maíz como castigo, al parecer por no obedecer algunas indicaciones del esposo.

Otro aspecto identificado es que durante la entrevista al esposo de una de las fallecidas y al presidente del COCODE de la misma comunidad, ambos no supieron dar datos importantes sobre sucesos alrededor del caso de muerte materna, así como desconocen qué es específicamente el control prenatal, las acciones que se toman en el mismo, no saben cuándo un embarazo es de alto riesgo o cuáles son las señales de peligro durante el mismo.

- El nivel educativo de la mujer en las comunidades

Las mujeres de los casos de muerte materna ninguna sobrepasaba la educación a nivel primario, es más de los cinco casos investigados solamente un caso reporta que la señora tuvo educación a nivel primario, las demás no tenían educación alguna por lo cual era analfabetas, esto se identificó en las autopsias verbales; al preguntar a los entrevistados ellos refieren que las mujeres apenas llegan a nivel primario, lo cual les representa una barrera en muchos aspectos de su vida personal.

El personal de salud refiere que el nivel de educación influye en la recepción del plan educacional hacia la mujer embarazada, por lo que se prefiere contar con material visual para la mejor captación de la información.

- Número de gestas de los casos de muerte materna

Esta característica en estas áreas del país tiene una relación muy estrecha con la cultura, durante la realización de las entrevistas individuales una enfermera Auxiliar nos comentó que las

abuelas o madres de las fallecidas y de las mujeres en general tienden a decir que si ellas tuvieron 18 hijos ellas también deben tener la misma cantidad de hijos, además señalan que si el parto fue atendido por comadrona ellas también deben de tenerlo de esa manera.

Analizando las autopsias verbales, se reportan dos mujeres gran multíparas con 10 y 8 gestas respectivamente, 3 multíparas con 2, 3 gestas respectivamente y 1 con 4 gestas. En relación con la población en general, específicamente en el distrito B las mujeres suelen tener entre 10 y 8 gestas número el cual han logrado ir disminuyendo a 5 o 3 gestas, algo similar sucede en el distrito A en donde el promedio es entre 6 a 3 gestas.

- Edad como determinante en los casos de muerte materna

Las autopsias verbales revelan que en el distrito A las pacientes tenían edades de 33, 41 y 42 años respectivamente, mientras que en el distrito B ambos casos son de 23 años. Los informantes relatan que los casos son mayormente en extremos de las edades recomendadas, hay muchas mujeres menores de 25 años, pero con 3-4 gestas, así como mujeres mayores de 30 años con más de 5 gestas.

- Intervención de los aspectos socioeconómicos

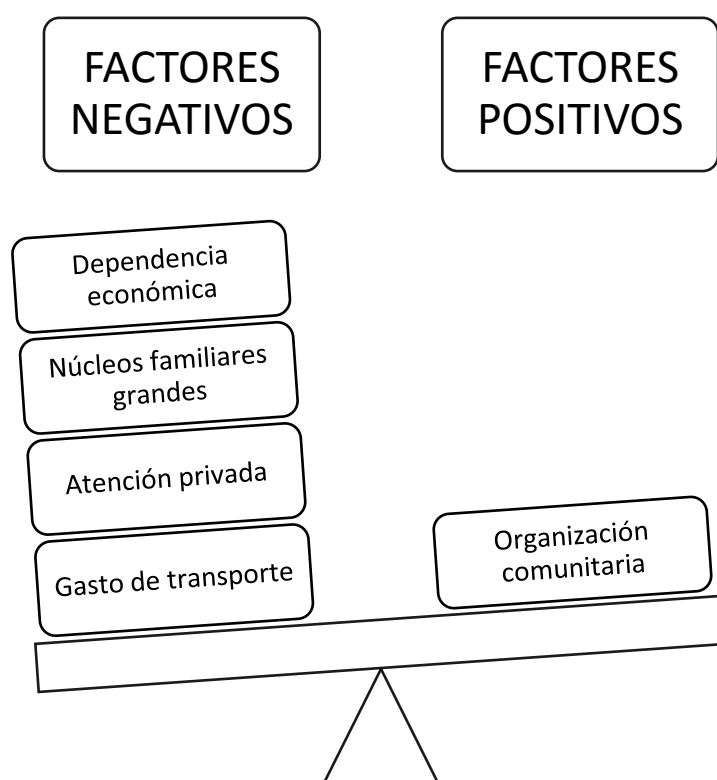
El personal de salud indica que la mayoría de las mujeres que habitan las áreas en donde se realizó el trabajo de campo son amas de casa, aunque algunas también se dedican a la elaboración de textiles o bisutería. En lo que corresponde a los casos de las muertes maternas, las autopsias verbales indican que todas las mujeres eran amas de casa, quienes dependían directamente del ingreso económico del esposo; en referencia al empleo de los esposos, uno de ellos pertenece a la economía informal ya que es conductor de un tuc tuc, otro era guardián de una propiedad y los otros tres son jornaleros. También un factor importante en uno de los casos, según lo manifiesta una informante clave, el esposo laboró en Estados Unidos con lo cual permitió brindar una estabilidad económica y una mejor vivienda a la fallecida, pero que se vio en la necesidad de regresar al país.

A los aspectos antes descritos se debe añadir que la economía de las familias involucradas en los casos se vio afectada por la cantidad de miembros que componen el núcleo familiar que en promedio es de 5-10 personas y el sueldo de los esposos no es el adecuado, esto es confirmado por el trabajador social, quien indica que los esposos son los encargados de llevar los recursos económicos al hogar, pero debido al tipo de empleo que desempeñan no son los suficientes, las mujeres no se alimentan adecuadamente y la mayoría de las veces no tienen

los recursos necesarios para realizar gastos extra cuando lo necesitan, lo que crea una barrera al momento de la atención.

En el distrito A se presenta una dificultad económica al momento de adquirir atención médica en el área privada, ya que el Hospital Nacional más cercano se encuentra a aproximadamente hora y media en carretera de terracería, por lo que las personas deben decidir si acuden al Hospital privado que se encuentra en el municipio o si están a tiempo de consultar al Hospital nacional, lo cual es mencionado por el director de área, quien mencionó que consultar en el sector privado implica recursos económicos, los cuales son insuficientes en la mayor cantidad de la población. También se menciona que al momento de solicitar exámenes de laboratorio estos no pueden ser realizados por la escasez de recursos.

FIGURA 5. 3.
Factores económicos que influyeron en los casos de muerte materna reportados en los distritos A y B del departamento de Sololá en el año 2015, Guatemala julio- agosto de 2017.



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

- Objetivo 3.2.2 Identificar el nivel de cumplimiento en cuanto al control prenatal según lo establecido en las Normas de Atención en Salud Integral del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que presentaron los casos de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015.

El MSPAS a través de las normas de atención en salud integral del primer nivel de atención establece que el número de controles prenatales mínimos es de cuatro, en ellos se debe realizar una evaluación exhaustiva para localizar cualquier factor de riesgo en la embarazada, se debe evaluar sus signos vitales.

Tabla 5.2
Cumplimiento de las Normas de atención en salud integral del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en los casos de muerte materna
Distrito de Guineales y Santiago Atitlán del año 2015, julio-agosto 2017.

CATEGORÍA	SUB-CATEGORÍA
Cumplimiento de las Normas de Atención en Salud Integral del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	Lo que piensan del control prenatal
	• "... para mí pues en el control prenatal es una evaluación, este, es una evaluación que se le da para detectar riesgos a la embarazada, para que no lleguen a una mortalidad..." (PS3)
	Inmunizaciones en el control prenatal
	• "... a veces dicen para que sirven la vacuna, y yo les digo si yo si ustedes quieren que yo le atienda en sus casas yo no tengo limpio mis manos, no tengo guantes y mis equipos no están bien esterilizados que les pasa, le va dar tétanos a ustedes y al bebe también del ombligo le va dar tétano o le da una infección, porque no está bien esterilizada los equipos entonces por eso yo siempre así les digo, tienen que poner sus vacunas." (C1)
	Control prenatal y la medicina tradicional
	• "... ella confía más en con comadrona" (E1)
	Influencia del MIS en el control prenatal
	• "Por ejemplo ahorita estamos en un programa del MIS entonces eh por ejemplo si una mujer ahora ya llama ya tiene por ejemplo de noveno mes decimos nosotros porque si ya falta 4 semanas para nacer su bebe, cada semana, cada semana va tenemos que ir." (E1) • "En relación a lo que sucedió en 2015 también dejo una lección y eso este género la estrategia de darle seguimiento a los del 9no. Mes por lo menos una vez semanal." (PS1) • "... se trata de cumplir las normas de atención verdad, en los cuatro controles prenatales que dice el Ministerio de Salud, eh, incluso pues acá se ha optado también por examinar a las pacientes de una manera integral mes a mes y hemos logrado por ejemplo, eh, en la captación de las embarazadas antes de las doce semanas." (PS2)

	Suplementación durante el control prenatal “... nosotros tenemos la responsabilidad de ir a visitar como está la paciente y emm entregamos sulfato ferroso, ácido fólico, entonces tomamos los signos vitales examinamos como esta posiciones de su bebe como está la señora, entonces en cambio una comadrona solo va ir a hacer masaje pero no da vitaminas, algunos pueden tomar los signos vitales y algunos no, entonces es la ventaja de nosotros.” (E1)
--	---

Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave. *PS: personal de salud, CO: COCODE, C: Comadrona, F: Familiar

El control prenatal en estas comunidades es proporcionado por el personal de salud y las comadronas. El personal de salud de ambos municipios saben de la importancia del mismo, hacen la referencia de que el acercamiento que se le hace a las pacientes es diferente ya que uno cuenta con el MIS y otro no, el personal de salud refiere que ellos tratan de cumplir las normas dándoles por lo menos sus cuatro controles; uno de los aspectos que todos refieren cumplir es la suplementación durante el embarazo, la toma de signos vitales, el plan educacional sobre las señales de peligro y plan de emergencia familiar; sin embargo en los casos de muerte materna de ambos municipios las mujeres no recibieron sus cuatro controles prenatales, de los cinco casos solamente una cumplió con sus cuatro controles en el servicio de salud correspondiente, dos casos recibieron un control en el puesto de salud asignado, mientras que dos no recibieron control prenatal por parte del servicio de salud ya que lo recibieron en una clínica privada; es importante señalar que a ninguno de los casos se les realizó evaluación bucodental.

El control prenatal en su mayoría es propiciado por las comadronas, tanto por aspectos culturales como sociales, las mujeres prefieren acudir a las comadronas por la confianza que tienen hacia ellas, por influencia de la familia, por el hecho de que se tiene más relación con ellas y un mayor acercamiento hacia las pacientes por considerarlas parte integral de la comunidad. En la atención de las comadronas, estas pueden ser clasificadas como abuelas comadronas y comadronas jóvenes, las madres prefieren la atención de las abuelas comadronas por la experiencia y conocimientos que poseen.

En uno de los casos de muerte materna durante su control prenatal se pudo detectar que la paciente sufría de violencia intrafamiliar e infidelidad por parte del esposo lo cual la afectaba psicológicamente. En el distrito A, uno de los casos no acudió al puesto de salud por indicar que

llevaba su control en una clínica privada y que para evitar gastos innecesarios no acudía al puesto, únicamente aceptaba los “atoles” que les dejaban en las visitas domiciliarias.

- Objetivo 3.2.3. Caracterizar las demoras que intervinieron en los casos de muerte materna en los distritos de Santiago Atitlán y Guineales del departamento de Sololá durante el año 2015.

Los casos que a continuación se presentan, corresponden a los sucesos entorno a la muerte materna de los cinco casos reportados en ambos distritos investigados. Los sucesos fueron recabados de las autopsias verbales y de las entrevistas a informantes clave. Lo importante de crear una línea de tiempo en cada caso es determinar los hechos que al sumarse tuvieron como consecuencia la muerte de una mujer embarazada, con base a lo anterior se puede establecer qué demora fue la que intervino, es claro que más de una demora se presenta en cada caso, pero es necesario mencionar que una es consecuencia de la otra, por lo tanto al presentar los hechos como sucedieron podemos identificar el momento clave en cada caso, ese momento que al ser intervenido correctamente o al tomar las acciones oportunas, pudo haber evitado que se añadiera un caso más a las estadísticas de nuestro país en relación a mortalidad materna.

- CASO 1: Paciente atendida por comadrona, quien inicia posterior al parto con hemorragia, roja, abundante, pese al alumbramiento completo de placenta. La comadrona indica a la familia que debe ser trasladada al centro de salud, pero la familia se tarda en buscar ayuda. Al buscar ayuda, dos horas posteriores al parto, llaman a un “profeta”, quien al ver la situación indica que la paciente necesita ayuda de un personal calificado. Los familiares van a la farmacia en donde no les brindan atención, por lo que al final buscan ayuda en el centro de salud.
- CASO 2. Paciente que no recibe atención durante el parto y posterior al mismo inicia con hemorragia. Al llegar los familiares al domicilio la paciente estaba acostada en el suelo, sin embargo rehúsan en buscar ayuda hasta que llegue el esposo, quien no se encuentra en casa. Al llegar el esposo deciden no consultar, pero al ver pasar a una comadrona le indican que la señora había tenido a su bebé y que si podía observarla, pero al no tener ella sus “instrumentos” les indica que busquen ayuda al centro de salud, por lo que una de las hijas de la fallecida es quien ve a su madre y decide llamar al personal del puesto de salud para

que le den atención. La enfermera al observar que la madre esta inconsciente decide trasladarla al centro, al principio la familia se opone, sin embargo al final aceptan el traslado al ver el estado de la señora, pero por no contar con recursos económicos esperan la llegada de la ambulancia del centro de salud, la cual se demora treinta y cinco minutos en llegar por la condición de la carretera. Al trasladar a la paciente, la cual inconsciente, hipovolémica e hipotensa, es difícil canalizarla por lo que la trasladan sin canalizar al centro, en el traslado al centro no se encuentran signos vitales por lo que inician maniobras, se le administran soluciones intrarrectales sin embargo la paciente no responde por lo que pierde la vida.

- CASO 3. Paciente evaluada en clínica privada donde le indican que tiene “presión alta y no hay movilidad fetal”, es referida al Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI) pero ella decide acudir a su comadrona, quien al evaluarla decide llevarla al CAIMI. Al evaluar a paciente en el centro le informan que no hay vitalidad del feto por lo que la refieren al Hospital de Sololá por necesitar resolución quirúrgica. La familia se niega a traslado de paciente, al informarles que la paciente puede morir, deciden llevarla al “Hospitalito”, un centro privado del municipio. En el centro privado la evalúan y deciden ingresarla por óbito fetal, es inducida para el parto; luego de pasar aproximadamente seis horas, al no avanzar inducción, indican el traslado a Sololá. El esposo se rehúsa al traslado, una hora más tarde un pastor interviene para el traslado, sin embargo se niegan a buscar atención de mayor nivel; en las siguientes cuatro horas aproximadamente paciente deteriora estado clínico aumentando dolor, a lo cual el personal del centro privado indican que es normal por la inducción, posteriormente la paciente fallece.
- CASO 4. Paciente que acude a clínica privada por cefalea, es referida a CAIMI con diagnóstico de hipertensión arterial inducida por el embarazo, realiza la referencia para acudir, sin embargo deciden no buscar atención. Aproximadamente 6 días más tarde la comadrona evalúa a la paciente, con hallazgo de hipertensión y señales de peligro, por lo que la refiere al CAIMI, pero al estar ausente el esposo, la familia decide esperar a que llegue. El traslado se realiza tres horas después en mototaxi, al llegar al CAIMI, paciente con PA 250/140, FC 142 FR 24, paciente desorientada, quejumbrosa por lo que se impregna con $MgSO_4$ y labetalol proporcionado por entidad privada por no tener medicamento en el centro. Luego la paciente inicia con convulsiones de más o menos dos minutos quedando inconsciente, por lo cual se decide traslado de la paciente en ambulancia del CAIMI hacia el

Hospital de Sololá; paciente presenta paro cardiorrespiratorio, no responde a reanimación y se declara fallecida.

- CASO 5. Paciente con trabajo de parto atendida por comadrona en el domicilio, en el momento del tercer período al traccionar el cordón umbilical, este se rompe y la placenta no es alumbrada, por lo que inicia con hemorragia, deciden el traslado de la paciente, sin embargo, la paciente rehúsa la atención por vergüenza. Después de más o menos una hora el esposo busca un pick up para traslado de la paciente, se demora en encontrar transporte, al localizar uno, la paciente ya había fallecido.

Tabla 5.3

Caracterizar las demoras que intervinieron en los casos de muerte materna en los distritos de Santiago Atitlán y Guineales del departamento de Sololá durante el año 2015, julio-agosto 2017.

Categoría	Sub-categoría
Caracterizar las demoras que intervinieron en los casos de muerte en los distritos de Santiago Atitlán y Guineales.	Demora 1
	• “...Ellas no conocen, no saben nada, pero nosotros como comadronas si (PASS)”. • “Entonces lo que se está haciendo es darles una charla y darles sobre todo la enseñanza esta sobre signos de peligro verdad entonces cualquier signo de peligro (PASS)”.
	Demora 2
	• “...Hicieron la referencia, pero la familia, ellos no se ponen de acuerdo a donde van a ir, a Sololá o al hospitalito (PS)”. • “Si una parte sí, porque a veces también hasta los maridos no quieren que ellos vienen acá y la suegra entonces, no quieren (PS)”. • “Aquí hasta al gato hay que pedirle permiso. No de verdad, nos ha costado muchas veces y muchas veces por ejemplo están aquí y hay alguna complicación allí sí que llaman al doctor me llaman a mi llaman a todo el equipo para convencer (PSS)”. • “...Hasta se ha tenido que llamar a derechos humanos ustedes con tal de que salvar la vida. esta esa renuencia (PSS)”. • “Allí las compañeras o compañeros que son propiamente de allí que tienen a cargo el puesto de salud estuvieron allí tratando de convencer, pero no y se les ofreció la ambulancia para ir a traerlos y todo y no entonces son situaciones que se dieron. (PSS)”.

	“...La segunda que es la toma de decisiones porque como decía acá la doctora es que algunas veces si la información ha llegado, está allí pero la toma de decisiones para trasladar es el momento donde nos afecta más verdad (PSS)”.
	Demora 3
	“...Aunque lo que están haciendo los compañeros aunque ellos saquen de sus bolsas pero de plano es para el bien de, la familia entonces eh aunque raras veces se terminan pero ellos buscan la manera como, como darla gasolina de la ambulancia (PS)”. “...A veces nos quedamos sin combustible es cierto. Por el momento no nos quejamos, tenemos suficiente gasolina. Pero si nos ayuda la municipalidad por decirlo así el fin de semana de hecho los días viernes se deja full la ambulancia (PSS)”. “Igual, solo que ahora se ha deteriorado un poquito más las carreteras, pero las ambulancias que tenemos son de aguante. (PSS)”. “La única desventaja que tenemos a Chacayá que cuando llueve se tapa la carretera si porque es un cerro entonces la gente tiene que salir por lancha y a veces como no estamos acostumbrados de tomar lanchas (PSS)”. “Como cuando hay alguna comunicación si podemos contratar algún transporte así como hay de centro de salud, podemos llamar así en alguna emergencia (F1)”. “Transporte. Nosotros llamamos al centro de salud y ellos vienen a traernos en carro. (F1)”. “Contamos con una ambulancia y dos vehículos, el problema es cuando los vehículos digamos no están verdad, así como hoy, ustedes se llevaron uno, eh, nosotros o la ambulancia andaba el otro y entonces los dos choferes que estaban para manejar (PSS)”. “Si ahorita sí. Si por ejemplo ese día si eh nosotros tenemos por ejemplo cualquier cosa, nosotros tenemos ambulancia ese día (PS)”.
	Demora 4
	“Porque aquí gracias a Dios que tenemos muchos compañeros que trabajamos juntos con ellos (PASS)”. “No, porque no habían medicamentos (PS)”. “Bueno talvez si se tiene lo necesario pero algunos implementos indispensables que deberíamos de tener para una para cualquier complicación, no contamos con misoprostol (PSS)”.

	• “Hemos tenido la cuarta demora verdad, que es una de las principales que nos ha afectado verdad, en, en cuanto a la atención Hospitalaria verdad, no queremos decir que solo sea el Hospital (PSS)”.
--	--

Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave. *PS: personal de salud, CO: COCODE, C: Comadrona, F: Familiar

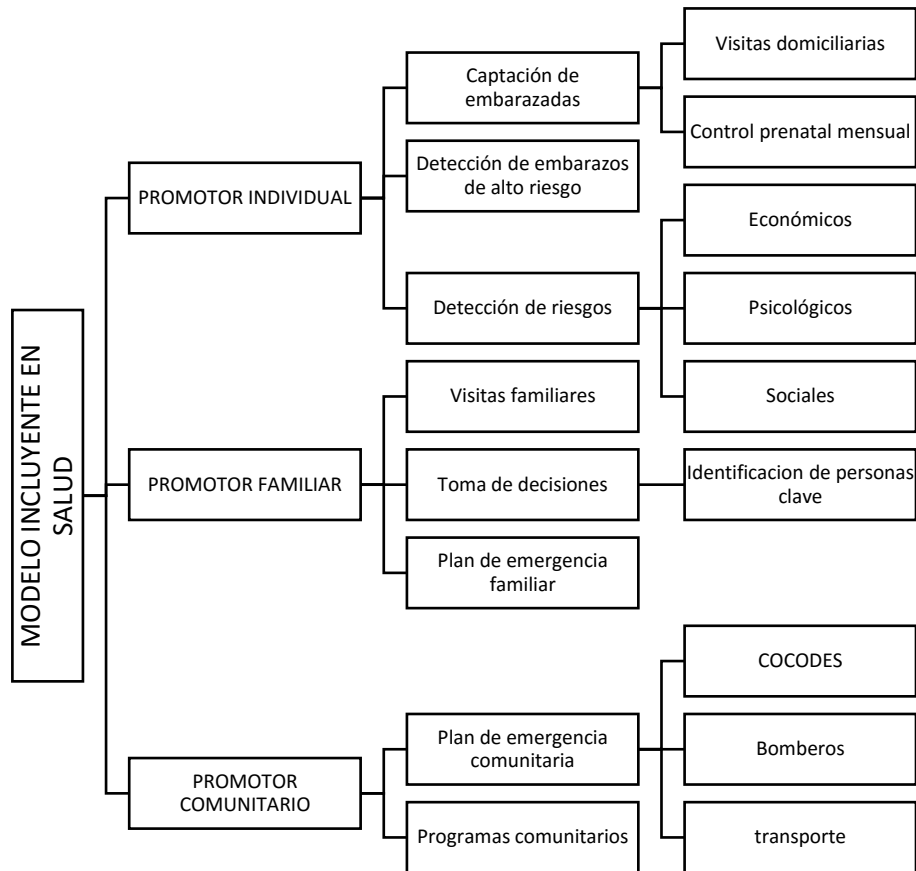
Luego de caracterizar cada uno de los casos de muerte materna, se debe incluir aspectos importantes para el personal de salud, ya que en ninguno de los casos se presentó la primera demora. Además el personal de salud refiere que tratan de educar a las mujeres sobre las señales de peligro además las comadronas reconocen estas señales, permitiendo de esta manera identificarlas y actuar a tiempo. La segunda demora es la que más mención tuvo durante las entrevistas, puesto que el personal refirió que las personas son renuentes al momento de solicitar o aceptar la atención por el personal de salud, en algunos casos han tenido que recurrir a las autoridades estatales para poder actuar y salvar una vida.

La tercera demora también tuvo su importancia debido a las condiciones precarias de las carreteras, la distancia de las diferentes comunidades y el acceso a un medio de transporte. Por último, el frágil sistema de salud con el que contamos actualmente, hace que en algunos lugares no se cuente con los medicamentos básicos para la atención de las emergencias obstétricas; lo positivo que se observa es que en el distrito B que cuenta con el MIS hay mayor cantidad de personal lo cual facilita la atención.

- Objetivo 3.2.4. Comparar la funcionalidad del modelo incluyente en salud en la prevención y manejo de la muerte materna con base a las cuatro demoras entre el distrito de Guineales y el distrito de Santiago Atitlán que no cuenta con este modelo.

FIGURA 5.4.

Funcionamiento del Modelo incluyente en Salud



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

Las políticas que giran en torno a la salud se establecen con base a los programas de salud que son implementados por parte del MSPAS, en el distrito A durante el año 2015 se utilizaba el modelo tradicional, a principios de este año se da la fase inicial de la implementación del modelo; mientras que en el distrito B se implementó el modelo incluyente en salud a partir del año 2003. Es por ello que se busca comparar las diferencias que existen en la atención a la comunidad con base a estos modelos, ya que el enfoque de ambos varía en ciertos aspectos que al final de cuentas influyen en la atención de los pacientes. El modelo incluyente busca fortalecer el primer nivel de atención en salud, sus acciones son enfocadas a la población en todos los ciclos de la vida, atender a las personas en el idioma materno, realizar acciones preventivas y de promoción en tres facetas específicas que son a nivel individual, comunitario y familiar. A continuación, se presentan las características identificadas en las entrevistas a informantes clave.

Tabla 5.4

Influencia del Modelo Incluyente en Salud en los casos de muerte materna distrito de Guineales y Santiago Atitlán en el año 2015, julio-agosto 2017

Categoría	Sub-categorías
Influencia del modelo incluyente en salud	Ventajas del MIS
	“... las historias digamos de vidas salvadas que hemos tenido... muchas vidas salvadas de, de en cuanto al modelo verdad.” (PS2) “... con el modelo identificamos rápido a las pacientes.” (PS1) “...así como el día de ayer las compañeras estaban dando una atención del noveno mes, que eso está estipulado ahorita dentro de todo el modelo...” (PS1) “...ya como en el modelo en el MIS ahora se están trabajando como un grupo de personas que están. Las enfermeras auxiliares que se quedan intramuros dando la consulta, control prenatal y dando plan educacional para cada una de ellas abarcan diferentes temas con ellas dependiendo la edad gestacional que lleva la embarazada e uno y dos que a nivel comunitario también se está haciendo esto. Entonces ahorita se está manejando esto.” (PS1)
	Participación comunitaria
	“Por medio de los programas, el comunitario y el programa familiar, nos permite tener una mejor relación con la comunidad verdad y al tener una buena comunicación, entonces lo que nosotros hemos logrado es que las familias nos acepten verdad.” (PS2) “...nos quedamos más del tiempo que se debería verdad y eso es lo que nos ayuda a nosotros a que ellos tengan confianza también y en algún momento aceptar las referencias que se les da...” (PS2)
	Participación de las comadronas
	“...ahora con el modelo incluyente aunque anteriormente el doctor ha decidido formar un club de comadronas donde mensualmente se ha venido tenido una comunicación con ellas. Este anteriormente se daban capacitaciones sobre la atención que se le debe de prestar a las embarazadas. A partir de eh febrero de este año ya se empezó a trabajar con el intercambio de conocimientos tomando en cuenta que también las comadronas también tienen alto conocimiento en la atención de partos.” (PS1)

Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave. *PS: personal de salud, CO: COCODE, C: Comadrona, F: Familiar

El distrito A cuenta únicamente con el inicio de la implementación del MIS por lo que los cambios que han notado a partir de este año han sido muy evidentes en comparación con el año 2015 en el cual utilizaban el modelo tradicional; mientras que el distrito A que cuenta con 14 años de haber implementado el modelo incluyente los cambios han ido avanzando hasta lograr un mejor control de la población a cargo, esto referido por los informantes clave relacionados al sistema de salud

Durante las entrevistas al personal de salud podemos concretar que para ambos distritos hay un antes y un después de la implementación del modelo; se compara mucho el actuar del personal en el 2015 con respecto al de este año, en la mayor parte de las preguntas se dan referencias de “ahora con el modelo”. Según el personal de salud, la división del trabajo entre los promotores de salud tanto los individuales, familiares como comunitarios ha ayudado a ampliar el conocimiento que gira en torno a la embarazada, ya que en el modelo incluyente se ve la importancia del promotor como alguien que pertenece a la comunidad, lo que mejora el acercamiento entre los servicios de salud y la comunidad.

Otro aspecto importante en el uso del modelo incluyente es el acercamiento que se tiene con las comadronas, según lo que es indicado por el director de área del distrito A, hay un “club de comadronas” donde se capacita y se busca integrar a la comadrona en la atención de la mujer embarazada, lo que incluye reunión mensual con la comadrona, algo que hasta el año 2015 había sido difícil y motivo de controversia ya que las comadronas no habían aceptado adecuadamente la información que se proporciona por parte del sistema de salud por indicar que ser comadrona es un “don” y que tienen los conocimientos necesarios por el hecho de llevar mucho tiempo laborando como comadronas. Se debe añadir que se han elaborado programas y se ha buscado ayuda internacional para incluir a las comadronas, que sean capacitadas, que puedan recibir algún tipo de beneficio y donación de equipo como estetoscopios, esfigmomanómetros y doppler; es necesario hacer mención de que la relación con el sistema de salud ha mejorado al punto de que las comadronas llevan a los pacientes cuando hay algún hallazgo en el examen físico de sus pacientes, esto según los participantes ha beneficiado con el aumento en la atención de partos por parte del centro de salud, la reducción de muertes maternas, ya que en el primer semestre de este año no se han reportado muertes en el distrito A.

El modelo también ha implementado a partir de febrero de este año en el distrito A, el “Intercambio de Conocimientos”, que consiste en la relación personal de salud-comadronas, para incluir a las comadronas en la atención, así como también la integración de las comadronas jóvenes, que como se menciona ha habido problemas entre ellas. Además de esto se brinda información a las comadronas sobre señales de peligro, se les proporciona material informativo para sus pacientes.

En los casos de muerte reportados en el distrito A, las pacientes de alguna forma llegaron al centro asistencial, mientras que en el distrito B fue el personal de salud quienes llegaron a los domicilios para el traslado de pacientes, esto debido al funcionamiento del modelo, por la cantidad de personal disponible para la atención y la integración de los promotores en la comunidad, de tal manera que forman parte de la comunidad, por lo que la comunicación entre la comunidad y el centro de salud es más eficiente, lo que les permite mejorar como prestadores de salud.

En el distrito B, en relación al control prenatal ha existido una mejor atención, acercamiento y captación de embarazadas, los controles mínimos se han incrementado a uno mensual e incluso se ha implementado el “control del último mes” que busca la atención de la paciente una vez a la semana en el noveno mes de gestación. Así también se va realizando el plan de emergencia familiar donde se identifica a la persona encargada de tomar las decisiones sobre la paciente, también se realiza la captación de pacientes con embarazo de alto riesgo; para lo cual se ha implementado una clasificación por colores con base a los riesgos de la paciente; se clasifica como rojo a la paciente prioritaria, necesita seguimiento o atención por alguna situación que pone en peligro su vida, naranjado para la paciente que tiene problemas familiares o situaciones externas que pueden afectar el embarazo, amarillo para las pacientes renuentes en el control prenatal, celeste para las pacientes con problemas nutricionales y por ultimo verde para aquellas que no presentan ningún factor de riesgo durante el parto.

Tabla 5.5
Resultados de la triangulación de la información generada en las entrevistas con personal de salud y personal ajeno al área de salud
Distrito A y B
Sololá, julio-agosto de 2017

Resultados de la triangulación generada en entrevistas a personal de salud y personal ajeno al área de salud			
FACTORES	PERSONAL DEL ÁREA DE SALUD	PERSONAL AJENO AL ÁREA DE SALUD	CONCLUSIÓN DEL INVESTIGADOR
FACTORES SOCIOCULTURALES QUE PREDOMINAN EN LOS CASOS DE MUERTE MATERNA	- Las mujeres son analfabetas, amas de casa, dependen del salario del esposo, tienen entre cinco y seis hijos, hablan el idioma natal, el 98% es indígena. - Están sujetas a las decisiones del esposo, por sí solas no pueden tomar decisiones. En ocasiones la toma de decisiones depende de la familia política	- Las mujeres se dedican a las labores diarias en el hogar. - No estudian, pues tienen que cumplir con las tareas del hogar. - Hablan el idioma natal, entienden muy poco el español. - No trabajan, solo se dedican al hogar, a cuidar a sus hijos.	Los casos de muerte materna no escapan de las características predominantes de la población, ya que las mujeres se dedican a las labores del hogar, a cuidar y educar a los hijos, dependen económica y socialmente del esposo, así como también de los familiares más cercanos y la toma de decisiones no es propia, deben consultar ante cualquier situación.
CUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL MSPAS	- La captación, vigilancia epidemiológica, el control, seguimiento y manejo del embarazo es el trabajo diario del personal. - Es de suma importancia el cumplimiento mínimo de cuatro controles prenatales, además del control del noveno mes donde el seguimiento es semanal. - Toda mujer embarazada debe ser suplementada. - Debe ser una evaluación completa e integral de la paciente embarazada	- Se tiene mayor confianza en la comadrona, ella es parte fundamental de su entorno cultural. - El control prenatal es importante, los aspectos que más destaca este grupo poblacional es la toma de presión arterial, señales de peligro, inmunizaciones y suplementación. - Se tiene cierta incertidumbre en cuanto a la eficacia del control prenatal.	- El control prenatal ha sido implementado de forma correcta por el personal de salud, incluir en la educación de las mujeres en edad reproductiva a las comadronas ha sido un factor importante. A pesar de esto aún existen barreras educativas, económicas y socioculturales. - Los cuatro controles mínimos se han aumentado con la implementación del MIS, con las visitas domiciliarias por parte de los promotores individuales.

DEMORAS QUE INTERVINIERON EN LOS CASOS DE MUERTE MATERNA	• La renuencia de la población obliga al personal de salud a pedirle permiso hasta al gato o en los casos más drásticos se debe de recurrir a instituciones como derechos con tal de salvar las vidas de las embarazadas. • En distrito A, el personal de salud refirió que la segunda demora es la predominante ya que la mujer embarazada debe pedirle permiso al esposo para poder tomar una decisión. • Para el traslado de pacientes no siempre se cuenta con combustible lo cual es un problema, en algunos casos la municipalidad o el mismo personal tiene que contribuir para poder mantener la ambulancia o los carros abastecidos. • El personal de salud expresa que si se cuenta con algunos implementos indispensables pero para la atención de las complicaciones obstétricas no cuentan con medicamentos como misoprostol o hidralazina.	• La mayoría de las mujeres embarazadas no conocen nada acerca de las señales de peligro. • La toma de decisiones es una demora importante ya que antes de actuar deben de preguntarle a su esposo o alguna otra persona antes. • Ni los mismos familiares se ponen de acuerdo a donde llevar a su paciente por lo que la segunda demora es importante de mencionar, ya que esta afecta a la mayor parte de las fallecidas.	• En los casos investigados la demora predominante fue la segunda ya que las mujeres embarazadas conocían las señales de peligro, se les había brindado la educación adecuada, pero ellas no eran autosuficientes para tomar la decisión de ir al servicio de salud, sino que debían consultarle principalmente al esposo y luego a suegra o la mamá.
COMPARAR LA FUNCIONALIDAD DEL MODELO INCLUYENTE EN SALUD EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA MUERTE MATERNA	• Con la implementación del MIS en el distrito B hay un antes y un después ya que se trabaja como un grupo, las enfermeras intramuros dan consulta, control prenatal y plan educacional a cada una de las mujeres embarazadas, se implementa	• El personal de salud en el distrito B son personas propias de la comunidad, lo cual facilita el acercamiento y atención, mientras que en distrito A el personal de salud pertenece a otras comunidades a pesar de que estas sean cercanas hay	• La implementación del MIS en el distrito B ha permitido un mejor acercamiento a la población ya que cuentan con mayor personal, haciendo que puedan haber encargados para cada grupo focal, además la inclusión de la medicina tradicional facilita el acceso a salud

	programas comunitario, individual y familiar. Actualmente en el distrito A se ha implementado un club de comadronas donde mensualmente se comparten experiencias con ellas, lo cual ha facilitado la comunicación, cosa que anteriormente no se hacía, ya que en el modelo tradicional no se le daba mucho valor al rol de la comadrona en la comunidad.	dificultad para que se les considere como miembros propios de la comunidad.	en estas poblaciones que en su mayoría son indígena. Mientras que en distrito B se da todo lo contrario en el año 2015 ya que en ese entonces no contaban con el MIS, por lo que trabajaban usando el programa de extensión de cobertura, en donde el personal era escaso, también se apoyaban de organizaciones no gubernamentales lo cual también influía en que el personal no fuera parte de la comunidad, generando de esta manera desconfianza y hermetismo por parte de la comunidad.
--	---	--	---

Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

6. DISCUSIÓN

A continuación se desglosa en seis apartados la discusión de los resultados: a) la relevancia de la edad en muerte materna, b) el papel que juega la economía en muerte materna, c) aspectos culturales arraigados en la población, d) inequidad de género y su importancia, e) demoras en la atención materna, f) influencia del modelo incluyente de salud, Los apartados se construyen con base a los objetivos de la tesis, con la finalidad de poder poner a la luz los resultados y resaltar la importancia de cada uno de estos, lo anterior se realizó utilizando la triangulación múltiple ya que se confrontaron datos de fuentes diferentes y la propia, la opinión de expertos y sobre todo la triangulación de la teoría la cual nos permite reformular la teoría.

La atención que recibe una mujer en lo referente al control prenatal, parto y puerperio está estrechamente relacionado con los determinantes sociales como lo muestra la figura 2. Las características que presentaron los casos de muerte materna durante la investigación, como lo son el analfabetismo, las edades de los embarazos (33, 41 y 42 años) en los extremos de las mujeres en edad reproductiva, mujeres con más de 4 gestas, factores económicos tales como ser amas de casa, depender económicamente del esposo, familias con núcleos familiares mayores a 7 integrantes, intervienen en el tipo y la calidad de atención, así como también en la búsqueda de atención oportuna.

Es importante destacar que el acceso a servicios con mayor nivel de atención se complica en ambos distritos principalmente por la distancia entre el centro de salud y el hospital de referencia, en el distrito A, la distancia es de aproximadamente 59 kilómetros, con un tiempo de más o menos hora y media de camino en vehículo, añadiendo que la carretera es de terracería y que en épocas de clima lluvioso el tiempo se amplía por el mal estado de la carretera; el distrito tiene la ventaja de que posee un centro privado de atención con capacidad de atención quirúrgica, el problema es que un porcentaje pequeño de la población tiene los recursos necesarios para adquirir esos servicios.

En el distrito B, la referencia a un hospital se complica aún más por el hecho de que el hospital de Sololá se encuentra a una distancia de 140 kilómetros que es el camino más corto, mientras que la otra ruta está a 180 kilómetros de distancia. La referencia a este centro es difícil y complicado, además del tiempo que se necesita, no se hace posible trasladar a los pacientes por lo cual se ven en la necesidad de referir a los pacientes al hospital de Mazatenango que se

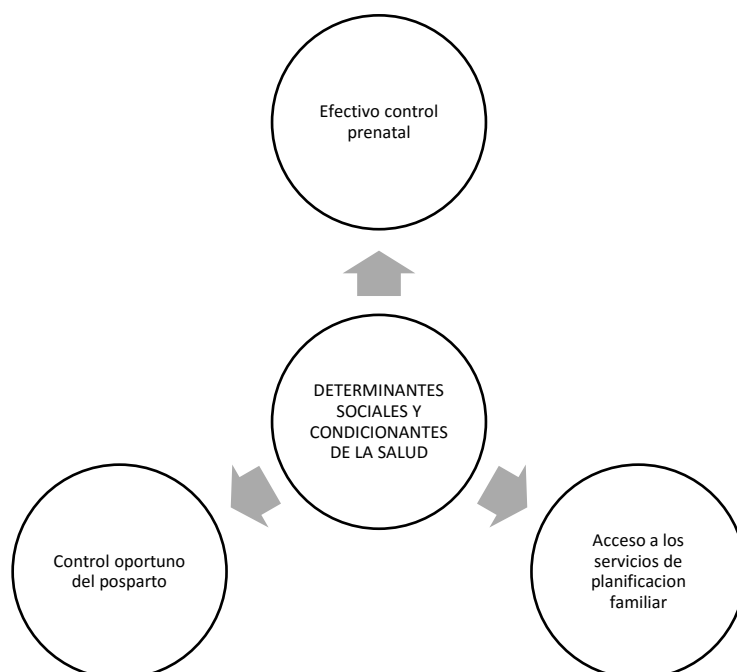
encuentra más o menos a hora y media de camino, pero por el camino de terracería son dos horas. Se complica aún más porque en varias ocasiones no han querido recibir a los pacientes por no ser el hospital de referencia.

a) Relevancia de la edad en muerte materna

La edad es un factor que presenta variaciones dependiendo del distrito, ya que las mujeres del Distrito A tienen una edad mayor que las mujeres del distrito B, y esto es directamente proporcional con la cantidad de hijos, esto puede estar relacionado a que en la cultura indígena las mujeres comienzan a temprana edad a procrear hijos, lo que conlleva a que aumente el riesgo de complicaciones en la madre, además de que no se tienen los conocimientos necesarios sobre planificación familiar, puesto que es el hombre quien decide cuantos hijos van a procrear; esto está íntimamente relacionado con la inequidad de género, ya que se ve a la mujer solamente como dadora de vida, sin pensar en los riesgo psicológicos y asociados a la salud que conlleva un embarazo en los extremos de la vida.

FIGURA 6.1.

Influencia de los determinantes sociales y determinantes de la salud en la atención materna de los casos de muerte materna reportados.



FUENTE: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

Cabe mencionar que en el artículo 18 del capítulo IV de la Ley de Maternidad Saludable indica que es necesaria la prevención de embarazos en niñas y adolescentes; en el artículo 21 del reglamento refiere que es obligación del MSPAS y del MINEDUC garantizar la educación integral en la sexualidad, teniendo en consideración “Identificar y comunicar de inmediato sobre los embarazos a la Procuraduría de los Derechos Humanos y otras organizaciones responsables para la investigación de casos de violencia sexual y su abordaje integral.

b) Papel que juega la economía en muerte materna

Las mujeres de los casos de muerte materna, son mujeres que se dedicaban a ser amas de casa, esto significa que ellas no generaban ningún ingreso económico, lo que hace que dependa del ingreso económico de otra persona, en la mayoría de casos es el esposo quien da el sustento a la familia, esta dependencia económica repercute en la toma de decisiones. Por ejemplo si las mujeres asisten al control prenatal y se les solicitan exámenes de laboratorio ellas deberán de acudir al esposo para realizarlos, eso limita el cumplimiento de las normas de atención en salud y detección oportuna de complicaciones. Los recursos económicos son limitados ya que la mayoría de esposos pertenecen a la economía informal (comercio) y pertenecen a la población que se encuentra debajo de la línea de pobreza, en donde no tienen prestaciones como en el caso de los esposos que son jornaleros, o no tienen un sueldo fijo como en el caso del esposo mototaxista.

El déficit económico interviene grandemente al momento de la búsqueda de un servicio de salud adecuado, por ejemplo en el Distrito A, en donde deben de referir al Hospital Nacional del departamento, pero este se encuentra a aproximadamente hora y media de distancia por lo cual deciden consultar en el hospital privado de la localidad, en donde por una cesárea suelen cobrar Q6 000, algunos corren con mejor suerte y logran por medio de una trabajadora social que disminuya el precio a Q4 000 o Q3 000. Pero quienes no cuentan con este recurso deben afrontar no solo el hecho de viajar una distancia mayor sino el transporte, el cual suele ser escaso o deben de esperar por el mismo; en el distrito A solo cuentan con 1 ambulancia, por lo que algunas veces el personal de salud espera que se junten un par de emergencias para realizar dicho traslado. Mientras que en distrito B cuentan con ambulancia y 2 carros de doble tracción lo cual aumenta las posibilidades de contar con transporte.

c) Aspectos culturales arraigados en la población

La atención prenatal que se lleva a cabo por una comadrona, es un aspecto integral en ambos modelos de atención, sin embargo hasta hace aproximadamente un año en el distrito A, la relación sistema de salud-comadrona no era la adecuada, caso contrario en el distrito B, que con más de 10 años de implementación del modelo, la relación es más estrecha y hay mejor comunicación entre ambas partes. Sin embargo la atención por comadronas tiene un factor cultural determinante. Primeramente hay que hacer énfasis el rol de la comadrona, ya que la comadrona es vista como parte importante en la comunidad, una mujer con un don, con amplio conocimiento sobre el entorno de la embarazada, por lo cual las mujeres tienden a consultar con ella, esto influenciado por la presión familiar, ya que la madre, abuela o alguna familiar cercana recibió la atención de la misma por lo cual ella debe de igual forma recibir el mismo tipo de atención.

En algunos casos la confianza hacia las nuevas comadronas no es tan fuerte como el que se tiene con las abuelas comadronas, esto se describe en el caso del Distrito B en donde la comadrona tiene más de 80 años y a pesar de haberse retirado aun la buscan para que atienda los partos, sin embargo esto ha venido cambiando con la implementación del modelo, que busca el fortalecimiento de la relación sistema de salud y comadronas; los intercambios de conocimiento, capacitaciones y nuevas experiencias hay tenido repercusiones positivas para la población en cuanto a la atención de la embarazada se refiere.

Las pacientes suelen tener mucha confianza en su comadrona tratante, lo que se ve reflejado en las estadísticas que nos indican que aproximadamente el 61% de los partos son atendidos por comadronas; en uno de los casos se le indica o se le recomienda a la paciente visitar a otra comadrona para la toma de la presión, pero que esta se rehúsa porque actualmente está siendo atendida por otra comadrona. Otra práctica relacionada con las comadronas es el uso del tuj o temazcal, el cual como se mencionó anteriormente ha disminuido su uso, esto se debe a que las abuelas comadronas son cada vez menos o deciden retirarse, además que los espacios para la construcción de los mismos son más limitados así como el recurso económico.

El aspecto religioso jugó un papel importante en los casos de muerte materna, en donde cada distrito presentó un caso en cual el líder religioso tuvo que intervenir para el traslado o búsqueda de atención en beneficio de la mujer, ya que la familia era renuente. Esto se ve

reflejado en el hecho de que las familias necesitan la influencia de alguien externo para la toma de decisiones.

El idioma como barrera no influye en la atención de la mujer embarazada, puesto que se ha implementado la contratación de personal que resida en las comunidades cercanas y que a la vez habla español y la lengua natal. Según se mencionó en la reunión con autoridades del área de salud del distrito B, más del 90% del personal habla el idioma de la comunidad siendo estas Quiché y Tzutujil para los distritos seleccionados.

d) Inequidad de género y su importancia

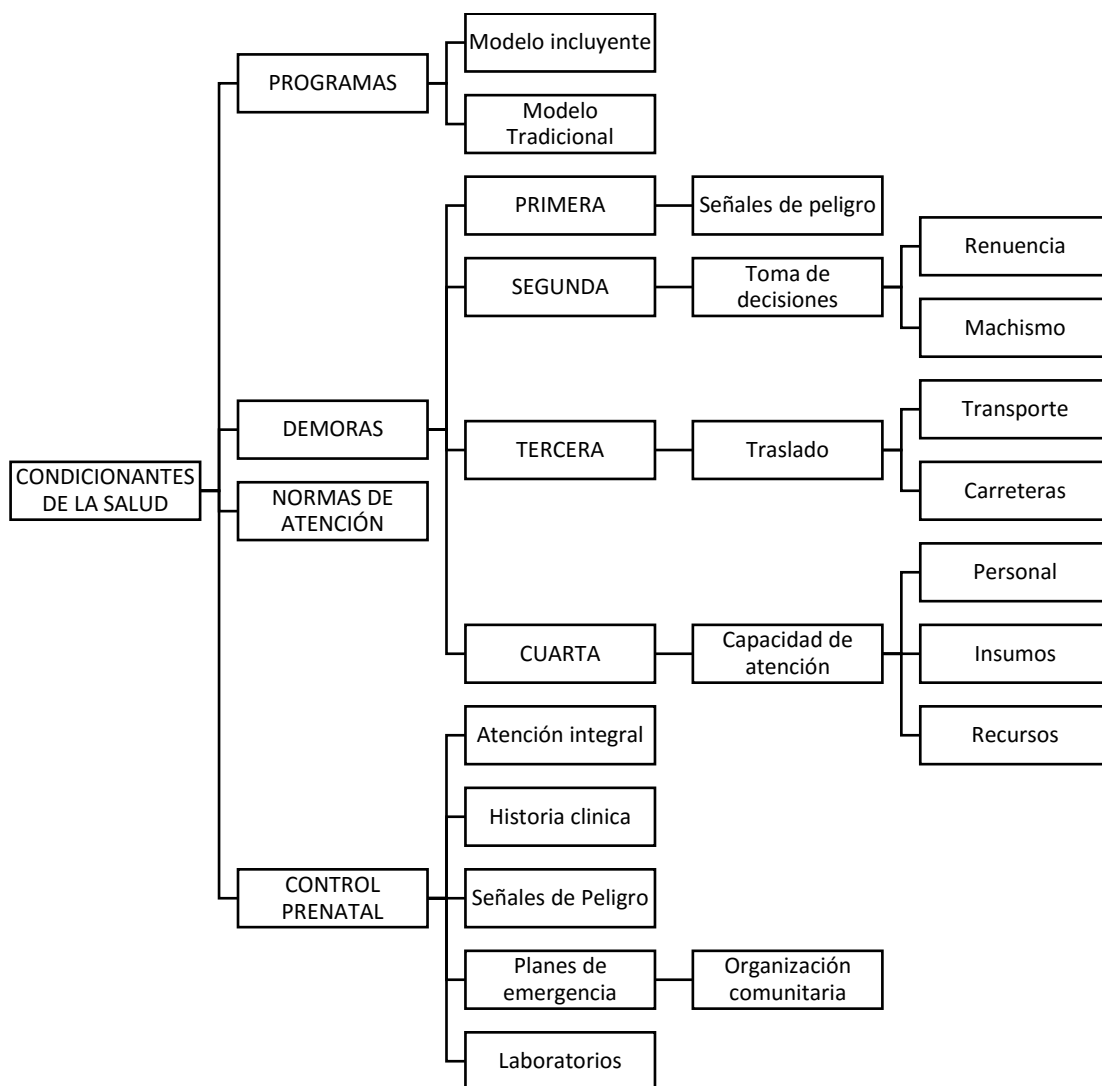
El rol de género es muy marcado en las comunidades indígenas, tal es el caso de ambos distritos, en donde los hombres desconocen datos claves sobre las muertes maternas a pesar de estar relacionados directamente con la fallecida (esposo) o ser vecino de la misma. En estas comunidades el control prenatal, el parto y todo lo relacionado con la mujer es un tema propiamente de las mujeres, lo cual favorece que las mujeres se sientan más cómodas cuando son atendidas por una doctora, pero al haber escases de personal médico femenino, las mujeres evitan acudir a los servicios de salud por vergüenza a que un hombre que no sea su esposo vea sus partes íntimas, a pesar de esto la mujer no puede tomar decisiones sobre su cuerpo ante una emergencia, debido a que en estas comunidades el machismo y el patriarcado sigue siendo dominante proyectándose en el día de la mujer cuando el esposo es quien toma todas las decisiones pertinentes al momento de una emergencia obstétrica.

Debido al rol del hombre en esta cultura se puede catalogar como machismo, ya que se le resta importancia a la mujer, por lo cual se menosprecia el esfuerzo que conlleva el trabajo de parto y como la mujer luego de dar a luz pasa a un segundo plano, siendo el protagonista el recién nacido, claro ejemplo se da en uno de los casos del distrito B, en donde ante la emoción de tener al recién nacido en brazos, el esposo y la familia deja desatendida la mujer en su puerperio inmediato lo que perjudica la detección temprana de señales de peligro. Asimismo es el hombre quien debe de tomar la decisión del acercamiento de la esposa hacia el personal de salud para el control prenatal como también en el caso de acudir ante una emergencia, esto se vuelve un factor muy importante para la rapidez del actuar en una emergencia obstétrica, muchas veces los esposos no se encuentran presentes en los domicilios al momento del parto por lo que se debe esperar a que ellos lleguen y así poder trasladar o administrar un medicamento, lo cual retrasa la atención.

El machismo ha llegado a tal nivel que en 2 de los casos de muerte materna se reportó violencia intrafamiliar, lo cual creó un daño psicológico y físico en las mujeres, influyendo grandemente en que ellas evitaran acudir a un servicio de salud o recibir algún tipo ayuda domiciliaria por parte del personal de salud.

FIGURA 6.2

Condicionantes de la salud asociados a los casos de muerte materna en los distritos A y B del departamento de Sololá en el año 2015. Guatemala julio- agosto de 2017



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informante clave.

A pesar que el estado es el rector de la salud y que en la Constitución Política de Guatemala está plasmado que la salud es universal aún siguen existiendo deficiencias muy

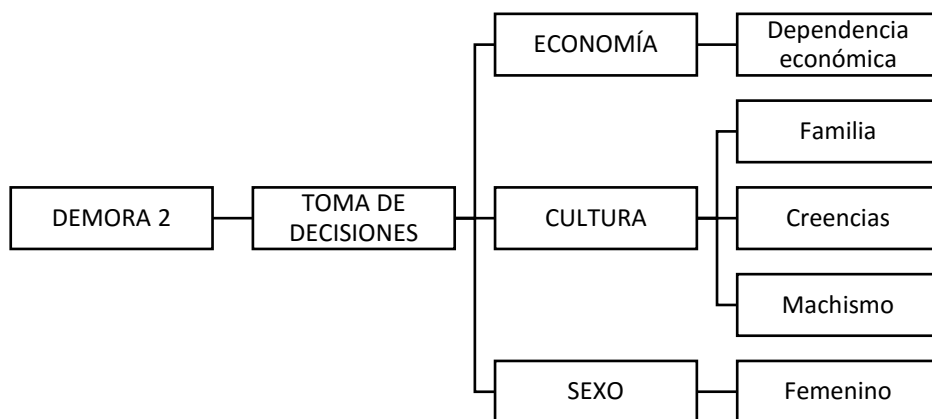
marcadas en el sector de salud. También en los últimos años han creado programas para la vigilancia, prevención y reintegración en todos los ámbitos de la salud, sobre todo en programas dirigidos a la reducción de mortalidad materna, a pesar de todo lo anterior, se refleja en las cifras obtenidas que estos programas y políticas son ineficientes y puntualizando el tema de mortalidad materna desde el punto de vista de los condicionantes de la salud que son regidos por las políticas del estado, ponen en evidencia que son ineficientes y que hasta el momento no han tenido resultado ya que Guatemala continua siendo uno de los países de Centroamérica con las tasas más altas de mortalidad materna.

Se pudo constatar por medio de esta investigación que sigue existiendo inequidad en la distribución de todos los recursos ya que lastimosamente las personas que no son beneficiadas con esta distribución de recursos son las que más presentan complicaciones y deficiencia en la cobertura de salud, también las leyes de maternidad son sin duda alguna ineficientes ya que a través del control prenatal podemos dejar en evidencia que el 80% de la población no reciben el mínimo de los controles prenatales pero es por falta de reforzamiento y apoyo a los programas ya creados para la reducción de mortalidad materna.

e) Demoras en la atención materna

FIGURA 6.3.

Influencia de la segunda demora en los casos de muerte materna reportados en el distrito A y B del departamento de Sololá en el año 2015. Guatemala julio- agosto de 2017



Fuente: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados en las entrevistas con informantes clave.

Al comparar las autopsias verbales con la información recabada con las entrevistas, se pueden apreciar ciertas discrepancias, además vemos el trasfondo que proporcionan las

entrevistas versus las preguntas cerradas de la autopsia verbal, así mismo como que todos los casos presentan características de más de una demora, pero hay una demora que fue la que más peso tiene al momento de retrasar la atención de la emergencia obstétrica.

Durante la discusión grupal en el Distrito B se dijo que la demora predominante era la cuarta ya que muchas veces ellos no contaban con todos los medicamentos, o incluso hicieron énfasis en el caso de paciente que no se podía canalizar, pero analizando ese caso se puede establecer que si la imposibilidad de canalizar a la paciente complico la atención a la misma, pero el estado clínico de la paciente ya estaba muy deteriorado cuando el personal de salud llegó, hubo dificultades con el transporte pero a pesar de eso el área de salud prestó el servicio; el verdadero retraso en este caso fue la toma de decisiones ya que debieron esperar a que llegara el esposo, lo cual le resto tiempo valioso a la paciente para que pudiera ser atendida a tiempo.

Esta decisión no debería de caer solo en el esposo ya que al revisar los casos, 4 de los 5 presentaron retraso en la toma de decisiones esto debido a que el esposo no se encontraba en casa, esto es un factor que puede afectar en otros futuros casos, debido a que la población masculina de ambos distritos se dedica a trabajos de campo o trabajos que requieren que se encuentren lejos de sus hogares.

La búsqueda de la atención adecuada también es de suma importancia, como se describió en el distrito B en donde en uno de los casos en donde al llegar el esposo este decide consultar con personas no aptas para el manejo de la emergencia obstétrica, en uno de los casos el esposo consulta primero con el dependiente de una farmacia y con un “Profeta” para que atienda a su esposa, fue una mala decisión acudir a ellos y por eso también se pierde tiempo valioso.

La organización comunitaria es otro aspecto que debe tomarse en cuenta, el distrito B tiene una mejor organización comunitaria y un mayor apoyo, puede que este no sea el ideal pero la comunidad tiene más conocimiento del sucesos de muerte materna, saben que si nuevamente se da un problema similar o algún miembro de la comunidad necesita ayuda ellos están dispuestos a colaborar. Mientras que el distrito A el acercamiento a la población es un poco más difícil, no se cuenta con una estructura comunitaria organizada para actuar en estos casos, es más por falta de apoyo de las comunidades el personal de salud no cuenta con instalaciones en

las diversas comunidades por lo que todos los puestos de salud tienen una clínica en el centro de salud para atender a la población que por la organización territorial les correspondería.

Además la población de este distrito es de difícil acercamiento, hay desconfianza con las personas que no pertenecen a su comunidad, esto puede deberse al pasado que engloba a esta comunidad, ya que es una de las poblaciones que más fue golpeada por el conflicto armado interno, gracias a esto dejó un rezago de confiabilidad, lo cual dificultó recabar más información en la población, más que en 2 de las comunidades donde hubo muerte materna fue donde más fuerte fue la intervención del ejército y a población dejando grandes cantidades de fallecidos víctimas del conflicto armado interno.

Uno de los casos mostró una variación al momento de la toma de decisiones, en el distrito A se presenta el caso en que el esposo y la comadrona identifican las señales de peligro y esposo busca el transporte para realizar el traslado, lamentablemente esposa se niega a ser llevada a un centro asistencial indicando que siente vergüenza al momento de la atención del parto. Acá nuevamente vemos como la cultura y el rol establecido de la mujer hace que por pudor ellas se nieguen a ser atendidas.

f) Influencia del modelo incluyente en salud

La aplicación del modelo incluyente en salud según lo mencionan en el distrito B ha influido bastante en la disminución de casos, aunque como se observa en el año 2015 incrementó el número de casos, esto debido precisamente a factores externos. La implementación del modelo ha mejorado la calidad del servicio en cuanto al control prenatal, durante el parto y puerperio; a través de los programas individual, familiar y comunitario se tiene un mejor acercamiento a la persona, familia y comunidad respectivamente, lo que trae como beneficio tener un mejor control de los llamados “territorios” que cada área de salud tiene a su cargo.

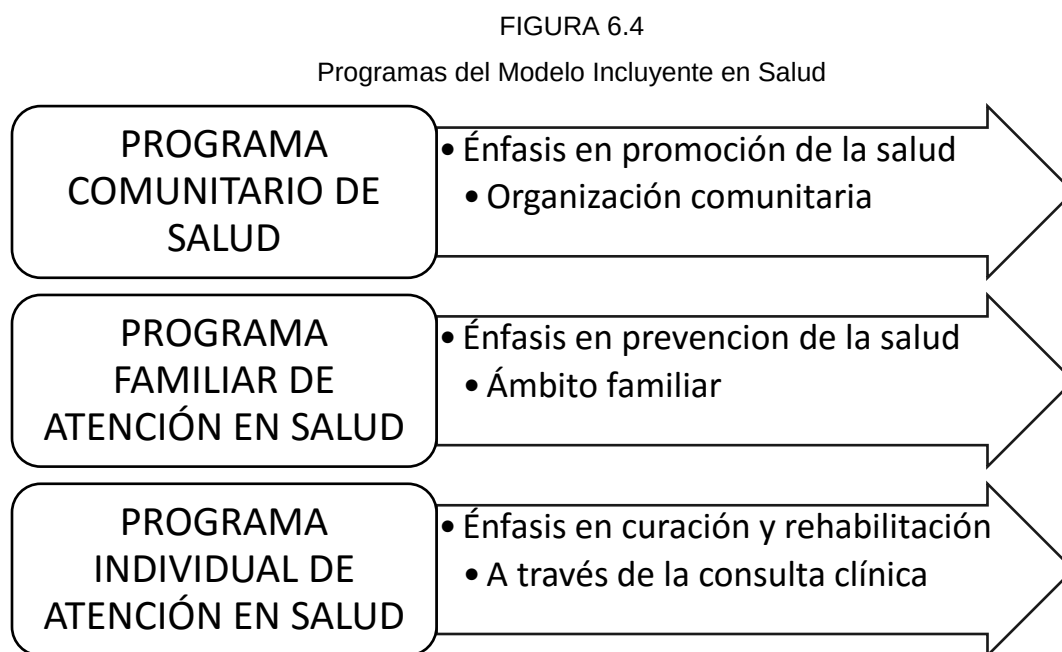
El acercamiento e inclusión del personal de salud a las comunidades ha ganado terreno y la confianza de las personas, a esto se le añade la aplicación del personal y contratación de personal que comparta características de la población en la cual va a trabajar.

La clasificación de pacientes es un aspecto importante del modelo que permite identificar a las pacientes en cuanto los factores de riesgo que se presentan en cada caso, esto es una

forma de priorizar los casos de embarazos las comunidades que cuentan con elevadas cifras de mujeres en control prenatal.

La relación entre el personal de salud y las comadronas ha sido un logro muy grande en el distrito A, que para el año 2015 no contaba con programas de inserción de comadronas, ahora para el año 2017 se cuenta con un “intercambio de conocimientos” que implica reuniones mensuales con abuelas comadronas, comadronas jóvenes y el personal de salud; esto tiene como ventaja la mejor comunicación entre el sistema de salud y la medicina tradicional, ya que como se ha mencionado en los apartados anteriores en estas poblaciones la cultura es parte fundamental de su cosmovisión, por lo que el acercamiento a las comadronas es vital en la atención de la mujer.

Se ha notado el aumento de controles prenatales, el aumento en el número de partos atendidos, el número de casos presentados por comadronas que consideran no poder atender un parto, el número de referencias de pacientes para evaluación, entre otros. Es aquí donde vemos la importancia del modelo incluyente con respecto al modelo tradicional.



FUENTE: Elaboración propia con base a las categorías de análisis y códigos identificados.

El modelo incluyente en salud tiene la característica que influye en los tres ámbitos importantes de una población; a nivel comunitario se encuentran los promotores del programa comunitario de salud (PCOS) que tienen a su cargo la promoción de la salud, para mejorar las condiciones de vida de la población; los programas familiares de atención en salud (PFAS) tiene un énfasis preventivo, que busca disminuir los riesgos y fortalecer factores para la protección de la salud a nivel familiar; y por último el programa individual de atención en salud (PIAS) que se encarga de la parte curativa y rehabilitación a través de visitas domiciliarias.

7. CONCLUSIONES

Para el abordaje de esta sección se toman en cuenta las preguntas de investigación y la verificación del cumplimiento de los objetivos planteados, todo esto por medio de la unificación de la información recolectada durante la revisión bibliográfica y del conocimiento de las experiencias de los informantes clave. Por medio de la categorización y codificación realizada con el programa Atlas.ti se logra analizar la información de una manera fácil y lógica. Permitiendo llegar a las conclusiones pertinentes de cada objetivo.

- Respecto al objetivo general, se analizaron las determinantes sociales y condicionantes de la salud que intervinieron directamente en relación a las causas prevenibles de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015.

Entre las determinantes sociales que intervinieron directamente en los casos de muerte materna se pueden mencionar la cultura, sexo, educación, edad, paridad y economía, las cuales se interrelacionan entre sí, por ejemplo el rol de género está ligado a la cultura, la educación depende del sexo, ya que ser mujer disminuye la asistencia escolar, al no contar con una educación adecuada hay dificultad en el entendimiento del plan educacional otorgado por el personal de salud, lo cual aumenta el riesgo de presentar o no identificar alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio, también la falta de educación aumenta la paridad haciendo que esto repercuta en la economía familiar y al presentar una menor disposición económica se pueden presentar dificultades para poder solventar la compra de medicamentos o la asistencia a una institución privada en caso se presente una emergencia obstétrica.

Las condicionantes de salud juegan un papel importante en los casos de muerte materna, ya que la manera de actuar de cada distrito de salud depende de las políticas de salud implementadas, específicamente los modelos de atención. Estos modelos de atención presentan variantes las cuales van desde el número de personal con el que se cuenta hasta los contextos culturales de cada población.

- Con relación al primer objetivo específico se describieron los factores socioculturales que predominan en los casos de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015. Se pueden concluir 5 puntos:

El estudio reveló que la economía de la población de Sololá se encuentra bajo la línea de pobreza, junto con los integrantes de cada familia que en promedio son de 5 a 10 personas hacen que las oportunidades y condiciones de vida sean más precarias para esta misma.

La dependencia económica del sexo femenino hacia su pareja, junto con los conflictos culturales relacionados con el machismo deja en evidencia que dificultan la toma de decisiones al momento de presentar algún tipo de complicación durante el embarazo, parto y puerperio.

El nivel escolar está fuertemente relacionado con todos los casos de muerte materna ya que la mayoría contaba con un bajo o ningún estudio y esto hizo más difícil la educación de las pacientes con respecto a los temas de salud por ejemplo el control prenatal, las señales de peligro y el plan de emergencia familiar.

Aunque se habla tanto de la barrera lingüística, se pudo constatar que en esta población no hay tal tipo de problema, ya que el 100% del personal del servicio de salud pertenece a la misma comunidad o hablan el mismo idioma maya, lo cual permite una aceptación del personal de salud como parte de la comunidad y hace que se dé una mejor atención a la población.

Queda en evidencia que el papel de la comadrona es parte fundamental en la población de Sololá, ya que está relacionada con la cultura de esta misma, porque el hecho de ser comadrona representa un don destinado al servicio de la población y relacionado directamente con el control prenatal y la atención del parto, como lo evidencian las entrevistas en donde hacen referencia al hecho de confiar más en la comadrona que en el personal médico y se termina de confirmar con los datos reportados en la memoria de labores en donde el 61% de la atención de los partos fue atendido por comadrona.

- También se cumplió el segundo objetivo específico ya que se identificó el nivel de cumplimiento en cuanto al control prenatal según lo establecido en las Normas de Atención en Salud Integral del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que presentaron los casos de muerte materna en el departamento de Sololá durante el año 2015.

Sobre el cumplimiento del control prenatal llevado a cabo por las mujeres de los casos de muerte materna utilizados en este estudio, se identificó que solamente el 20% de los casos

cumplió con los controles prenatales que se establecen como mínimo durante el embarazo según lo establecido en las Normas de Atención en Salud Integral del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el 80% restante solo tuvo un control prenatal y de este el 20% cumplió los controles prenatales en el sector privado.

El bajo porcentaje del cumplimiento del control prenatal en la población se debe a que el sexo femenino es infravalorado, en contraposición al sexo masculino, ya que para este último es de poca importancia y genera influencia en la decisión de acudir a un servicio de salud, contribuyendo de esta manera a que la mujer embarazada sea renuente a recibir control prenatal por parte del personal de salud.

La posible duplicidad de control prenatal crea renuencia a la atención del mismo por el personal de salud cuando las mujeres ya asisten a otra entidad o comadrona para la prestación de este servicio.

- Con respecto al tercer objetivo específico en donde se caracterizaron las demoras que intervinieron en los casos de muerte materna en los distritos de Santiago Atitlán y Guineales del departamento de Sololá durante el año 2015. La cual se describe a continuación.

Del modelo de las demoras se puede puntualizar que en todos los casos se presentaron características de más de una demora, pero es más evidente que la inequidad de género y la dependencia del sexo femenino hacia la pareja, con respecto a la toma de decisiones, limita el tratamiento oportuno de las complicaciones que se presentan durante el embarazo, parto o puerperio, por lo que se concluye que la demora dos es la que más limita la atención oportuna y hace que se presenta con mayor frecuencia.

Factores culturales como el pudor de la mujer influenciaron en la toma de decisiones en uno de los casos, ya que esa fue la razón por la cual la paciente se negó a ser trasladada a un servicio de salud.

A pesar de que la segunda demora fue la predominante, los casos de muerte materna registraron características de las demás demoras, lo cual nos permitió comparar la funcionalidad del modelo incluyente en salud en la prevención y manejo de la muerte materna con base a las

cuatro demoras entre el distrito de Guineales y el distrito de Santiago Atitlán que no cuenta con este modelo.

Respecto a la primera demora hay un mejor abordaje para el plan educacional sobre las señales de peligro en el distrito que cuenta con el MIS, ya que ellos ven la importancia de que este debe ser impartido en conjunto, personal de salud y comadrona, para así abarcar más población y reiterar esta información.

En cuanto a la segunda demora a pesar de que en ambos distritos la toma de decisiones recayó en la pareja, a excepción de un caso, cabe mencionar que el MIS contempla el acercamiento a la pareja y a la familia, mientras el modelo tradicional lo toma como algo secundario.

Sobre la tercera demora se observa que en el municipio que cuenta con el MIS se presenta más dificultad en el acceso a las comunidades debido a las carreteras en mal estado, pero el personal cuenta con más de un vehículo para realizar el transporte de pacientes, mientras que el distrito sin el MIS, cuenta con mejores carreteras pero los vehículos son escasos lo cual dificulta la atención oportuna por parte del personal.

Por ultimo en relación a la cuarta demora el MIS permite que exista una mayor cantidad de personal médico (7) y paramédico (45) para la atención de los pacientes y un lugar idóneo para la atención del parto culturalmente adaptado (parto de pie, de cuclillas, etc.), mientras que en el distrito con el modelo tradicional, el personal médico (6) y paramédico (27) es menor lo cual dificulta la atención. Ambos Distritos presentan deficiencias en el abastecimiento de insumos, lo cual hace que se les solicite medicamento a los familiares o a instituciones privadas.

Aunque se registraron casos de muerte materna en el distrito que contaba con el MIS, se concluye que las muertes no fueron relacionadas a la ineficiencia del modelo que practican en dicho distrito, sino al contrario el modelo cumplió con la promoción de salud que le corresponde pero por cuestiones culturales se impidió la atención de este personal.

8. RECOMENDACIONES

Al área de salud de Sololá

- Enfatizar el cumplimiento de los controles prenatales, lo que reducirá las complicaciones prevenibles durante el embarazo.
- Promover de manera efectiva la importancia del control prenatal.
- Brindar plan educacional al sexo masculino, para que este acepte que la mujer embarazada lleve un adecuado control prenatal, lo cual le permitirá una mejor relación con el servicio de salud y poder sobrellevar las creencias o mitos culturales.
- Identificar y promover planes dirigidos a evitar el maltrato del sexo femenino, ya que éste sigue siendo un problema muy marcado en el tema de salud pública.

Organismos no gubernamentales y las instituciones públicas que trabajan con mujeres en el área de salud de Sololá

- Crear programas de apoyo para las mujeres vulnerables y desprotegidas o que en determinado momento no sean apoyadas por su pareja, para que tengan una adecuada salud materna.
- Reforzar los programas y las capacitaciones sobre la igualdad de género a través de los ámbitos en donde se tiene más debilidad respecto a la mortalidad materna.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Docencia:

- Ampliar y recalcar la importancia respecto a los temas de cultura, interculturalidad y pertinencia, ya que son temas que han sido y siguen siendo problemas que afectan a la población, porque aún no se tiene claro que cada individuo es diferente. Por tanto, se hace necesario fortalecer estos conceptos para que la cobertura y el servicio de nuestros profesionales sean adecuados para toda la población de Sololá.

- **Investigación**

No obstante se han tenido avances en el tema de mortalidad materna, se hace necesario promover la importancia de continuar con la investigación sobre el mismo, ya que se sigue poniendo en evidencia el grado de subdesarrollo que ha alcanzado el país. De esta forma se podrán detectar las fallas que se presentan en el sistema de salud de Sololá en cuanto a la atención materna y el manejo de la emergencia obstétrica para que sea modificado y poder prevenir o disminuir el número de muertes maternas en el departamento.

9. APORTES

Al surgir esta idea se pudo contactar a diferentes personajes en el área de Sololá que en determinado momento tuvieron un cuadro de emoción para trabajar y ponerse a nuestros servicios, ya que estos lugares no son visitados con frecuencia por parte de estudiantes tesistas de medicina e investigadores que se interesen por el bienestar y progreso de estas comunidades, dejamos con total convicción que esta experiencia de investigación nos permite haber aprendido a través del discurso de los actores sociales la realidad que se construye en las comunidades.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Mundial de la Salud [en línea]. Suiza: OMS; 2016. [citado 18 Feb 2017]; Mortalidad materna; [aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- 2) Organización Panamericana de la Salud [en línea]. Washington: OPS; 2013. [actualizado 6 Mayo 2014; citado 18 Feb 2017]; Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en la reducción de la mortalidad materna, según nuevo informe de la ONU; [aprox. 2 pant.]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9552%3A2014-11-countries-latin-america-caribbean-reduced-maternal-mortality-new-data-show&Itemid=1926&lang=es
- 3) López L. Gobernanza y participación social en el desarrollo de programas contra la mortalidad materna en Guatemala [en línea]. Guatemala: USAC 2014 [citado 10 Mayo 2017]. Disponible en: http://editorialdigi.weebly.com/uploads/6/8/4/7/6847711/libro_mortalidad_final.pdf
- 4) Chávez E. Estadística de mortalidad materna Guatemala, Enero a Diciembre 2014-2015 [en línea] Guatemala: MSPAS, Centro Nacional de Epidemiología; 2015. [citado 15 Mar 2017]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202016/Salas%20Situacionales/INFORME%20MM2014-2015.pdf>
- 5) -----. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Perfil de salud de los pueblos indígenas de Guatemala [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2016 [citado 15 Mar 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=792-perfil-de-salud-de-los-pueblos-indigenas-de-guatemala&Itemid=518
- 6) Ortega Martínez F J. Epistemología y ciencia en la actualidad. Rev de Filosofía [en línea]. 2002. [citado 12 Mayo 2017]; (28): 161-174. Disponible en: <http://institucional.us.es/revistas/themata/28/09%20ortega%20martinez.pdf>

- 7) Thomas G, James D. Reinventing grounded theory: some questions about theory, ground and discovery. British Educational Research Journal. 2006 Dic; 32 (6): 767-795.
- 8) Organización Panamericana de la Salud [en línea]. Guatemala: OPS/OMS; 2015. [citado 18 Feb 2017]; Guatemala reduce la mortalidad materna. [aprox. 2 pant.]. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=825:2015-11-gut-reduce-mm&Itemid=441
- 9) World Health Organization [en línea]. Nueva York: UNICEF, UNFPA; 2015. [citado 22 Feb 2017]; Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Disponible en: <http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-05/trends-in-maternal-mortality-1990-to-2015.pdf>.
- 10) Index mundi [en línea]. North Carolina: CIA World Factbook; 2014. [citado 14 Mar 2017]; Índice de mortalidad materna; [Aprox. 2 pant.]. Disponible en: <http://www.indexmundi.com/map/?v=2223&ca&l=es>
- 11) Ávila C, Bright R, Gutiérrez J. Análisis del sistema de salud 2015 [en línea]. Guatemala: Health Finance & Governance; 2015. [citado 15 Mar 2017]. Disponible en: http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/PDF/201606/324_2.pdf
- 12) México. Instituto de Información Estadística y Geográfica. Reproductive Age Mortality Survey [en línea]. México: IIEG; 2013 [citado 14 Mar 2017]; Disponible en: <http://iieg.gob.mx/contenido/PoblacionVivienda/Salud/ResumenMetodoRamo.pdf>
- 13) Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio: objetivo 5 mejorar la salud materna [en línea]. Guatemala: SEGEPLAN; 2010 [citado 14 Mar 2017]; Disponible en: http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_content&view=article&id=472&Itemid=472

- 14) Colindres J. Certificación de mortalidad materna. Revista del Colegio de Médicos de Guatemala. 2011 Jun; 6 (1): 39.
- 15) Menkos J, Saiz I, Ely A. ¿Derechos o privilegios? EL compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala. Guatemala. Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales; 2009.
- 16) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y asistencia social. Situación y la mortalidad materna informe del país 2013. Guatemala: MSPAS; 2015.
- 17) García G. Estudio nacional de mortalidad materna en Guatemala 2007. Guatemala: Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social; 2011.
- 18) Guatemala. Ministerio de Salud Pública Y Asistencia Social. Planes departamentales de reducción de la mortalidad materna. Guatemala: SEGEPLAN; 2007.
- 19) Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Censo nacional XI de población y IV de habitación. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística; 2002.
- 20) Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Vulnerabilidades de los municipios y calidad de vida de sus habitantes. Guatemala: SEGEPLAN; 2008.
- 21) Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Guatemala: INE; 2011.
- 22) Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Plan de desarrollo Nahualá, Sololá. Guatemala: Consejo de Desarrollo Municipal; 2010.
- 23) ----- . Plan de desarrollo Santa Catarina Ixtahuacán. Sololá. Guatemala: Consejo de Desarrollo Municipal; 2010.
- 24) ----- . Plan de desarrollo con enfoque territorial, género y pertinencia cultural. Sololá, Guatemala: Municipalidad de Sololá; 2010.

- 25) ----- . Plan de desarrollo municipal con enfoque territorial 2008–2018 Concepción. Sololá. Guatemala: Consejo de Desarrollo Departamental; 2010.
- 26) ----- . Plan de desarrollo municipal con enfoque territorial 2008–2018 San Lucas Tolimán. Sololá, Guatemala: Consejo de Desarrollo Departamental; 2010.
- 27) ----- . Consejo de Desarrollo Departamental. Plan de desarrollo municipal con enfoque territorial 2009-2023 Santiago Atitlán. Sololá, Guatemala: Consejo de Desarrollo Departamental; 2010.
- 28) Ayala Rápalo MI. Anteproyecto Centro Ecoturístico Atitlán, Municipio de Panajachel, Sololá [tesis Arquitectura en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Arquitectura; 2002 [citado 14 Mar 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/02/02_1639.pdf
- 29) Aldana Quiñonez IO. Diagnóstico socioeconómico, potencialidades productivas y propuestas de inversión [tesis Administradora de Empresas en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Económicas; 2008 [citado 14 Mar 2017] Disponible en: http://www.biblioteca.usac.edu.gt/EPS/03/03_0696_v8.pdf
- 30) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estadística muerte materna 2014-2015. Guatemala: MSPAS; 2015.
- 31) ----- . Centro Nacional de Epidemiología. Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Memoria de estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica. Memoria de Labores 2015. Guatemala: MSPAS; 2015.
- 32) Guatemala. Concejo Municipal. Plan de desarrollo municipal, municipio Santiago Atitlán 2008-2012. Guatemala: Consejo municipal; 2008.
- 33) Hernández Yol R A. Diagnostico socioeconómico, potencialidades productivas y propuestas de inversión [Tesis Contador Público y Auditor en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Económicas; 2008. [citado 7 Ago 2017.]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/EPS/03/03_0683_v14.pdf

- 34) Municipalidad de Santiago Atitlán. Proyecto de política municipal de salud de Santiago Atitlán 2012-2016 [en línea]. Guatemala: Municipalidad de Santiago Atitlán, Junta de Andalucía; 2012. [citado 15 Ago 2017]. Disponible en: <https://onedrive.live.com/?authkey=%21AGzqBKGexdQM1X8&cid=6E79C374C48FE5E3&id=6E79C374C48FE5E3%21485&parId=6E79C374C48FE5E3%21128&o=OneUp>
- 35) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología. Memoria de estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica, Memoria de labores Santiago Atitlán 2015. Guatemala: MSPAS; 2015.
- 36) Quixtán Xic JN. Sistematización de experiencias de la práctica profesional supervisada II [tesis Trabajo Social en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social; 2012 [citado 14 Ago 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/22/22_0209.pdf
- 37) Yumán Calderón EA. Diagnóstico socioeconómico, potenciales productivas y propuestas de inversión [tesis Contador Público y Auditor en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Económicas; 2011 [citado 14 Ago 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/EPS/03/03_0774_v13.pdf
- 38) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Centro Nacional de Epidemiología. Memoria de estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica. Memoria de labores 2015 Distrito No. 10 Guineales. Guatemala: MSPAS; 2015.
- 39) Asociación para la Promoción y el Desarrollo de la Comunidad. Formulación, estrategia, modelos y métodos en salud, hacia un modelo de salud integral pertinente de base comunitaria [en línea]. Guatemala: CEIBA; 2010 [citado 14 Ago 2017]. Disponible en: <http://ceibaguatemala.org/estudiosypublicaciones/Salud/Modelos%20y%20Metodos%20de%20Salud.pdf>
- 40) USAID. Salud al alcance de más guatemaltecos [en línea]. Guatemala: IDC, USAID; 2008 [citado 25 Mar 2017]; (Serie de Noticias Técnicas Sobre Extensión de Cobertura; Artículo 1).

- 41) Feo O, Tabar K. Informe de evaluación del modelo incluyente en salud MIS Guatemala [en línea]. Guatemala: saludintegralincluyente.com; 2013 [citado 14 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.saludintegralincluyente.com/ftp/saludintegralincluyente/DOCUMENTOS/PDF/informes/Informe%20Evaluacion%20MIS.pdf>
- 42) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención integral en salud [en línea]. Guatemala: MSPAS; [200?] [citado 22 Mar 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518
- 43) Galeano D, Trotta L, Spinelli H, García JC. Notas sobre una trayectoria de vida. Salud Colectiva (Argentina) [en línea]. 2011 Sept-Dic [citado 15 Mar 2017]; 7 (3): 285-86. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v7n3/v7n3a02.pdf>
- 44) Organización Panamericana de la Salud. Orientación regional sobre determinantes sociales de la salud en la Región de las Américas [en línea]. Washington D.C.: OPS; 2012 [citado 24 Feb 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6067/Documento-de-Orientacion-Regional-Sobre-DSS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 45) Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación [en línea]. Buenos Aires, Argentina: OMS; 2009. [citado 25 Feb 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- 46) Agencia de los Estado Unidos para el Desarrollo Internacional. Determinantes del estado de salud en Guatemala [en línea]. Guatemala: USAID; 2006 [citado 25 Feb 2017]. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadh416.pdf
- 47) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Las políticas favorables a la salud. Guatemala: MSPAS; 2002.
- 48) Guatemala. Observatorio en Salud Reproductiva. Plan de monitoreo y evaluación del observatorio en salud reproductiva [en línea]. Guatemala: OSAR; 2011 [citado 23 Mar 2017]. Disponible en: http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/86_2.pdf

- 49) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acuerdo Gubernativo 65 de 2012, Reglamento de Ley para la Maternidad Saludable. [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2015. [citado 23 Mar 2017] Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/LeyparalaMaternidadSaludable.pdf>
- 50) -----. Unidad de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad. Informe ejecutivo 2009-2011. Guatemala: MSPAS; 2011.
- 51) -----. Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad. Perfil informativo de avances en el desarrollo de los programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas. Guatemala: MSPAS; 2012.
- 52) Guatemala. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Derecho a los servicios de salud interculturales. Guatemala: UNFPA; [2010].
- 53) Asociación para la Promoción, Investigación y Educación en Salud – PIES de Occidente. diagnóstico sobre la situación de políticas y programas del ministerio de salud en la prestación de servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención. Quetzaltenango, Guatemala: Asociación PIES de Occidente; 2017.
- 54) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad. Aportes de la unidad de pueblos indígenas al diagnóstico de salud. Guatemala: MSPAS; 2012.
- 55) Verdugo JC, Hernández L, Morales LC, Oliva V, Arriaga CA, et al. Del dicho al hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente [en línea]. Guatemala: Médicos Mundi; 2008 [citado 21 Mar 2017]. Disponible en: http://isis.org.gt/images/publicaciones/Del_dicho_al_hecho.pdf
- 56) Ajú ML, Oliva Herrera V. Sistematización del modelo incluyente en salud [en línea]. Guatemala: USAID; [200?] [citado 21 Mar 2017]. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadq551.pdf

- 57) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención integral en salud [en línea]. Guatemala: MSPAS; [200?] [citado 22 Mar 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518
- 58) ----- . Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2010. [citado 24 Mar 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=normas-protocolos-y-resoluciones&alias=403-plan-de-accion-para-la-reduccion-de-la-mm-y-nn-y-mejoramiento-de-la-salud-reproductiva&Itemid=518
- 59) Mogollon Archila KV. Conocimiento que poseen las embarazadas o puérperas sobre el modelo de las cuatro demoras que inciden en la mortalidad materna [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2009. [citado 26 Mar 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8505.pdf
- 60) Mazza MM, Vallejo CM, González Blanco M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. Rev Obstet Ginecol Venez [en línea]. 2012 [citado 25 Feb 2017]; 72 (4): 233-48. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000400004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 61) Quiacaín Navichoc I P. Factores asociados a mortalidad materna [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2002. [citado 26 Feb 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_0180.pdf
- 62) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala: MSPAS; 2010.

- 63) Alvarez Toste M, Hinojosa Álvarez MC, Salvador Álvarez S, López Barroso R, González Rodríguez Rodríguez G, Carbonell I, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Rev Cubana Hig Epidemiol [en línea]. 2011 [citado 25 Feb 2017]; 49 (3): 420–33. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v49n3/hie10311.pdf>
- 64) Guatemala. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. La Mortalidad materna en Guatemala. Guatemala: USAID; 2003.
- 65) Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Sistema nacional de vigilancia de la mortalidad materna. Guatemala: MSPAS; 2008.
- 66) Brazier C, Di Noia M, Gebre-Egziabher H, Goodman E, Hage Y, Ingraham N, et al. Estado mundial de la infancia 2009: Salud materna y neonatal [en línea]. Nueva York: UNICEF; 2009 [citado 23 Mar 2017] Disponible en: [http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008\(10\).pdf](http://www.unicef.org/lac/SOWC_2009_LoRes_PDF_SP_USLetter_12292008(10).pdf)
- 67) Perelló M, Mula R, López M. Anomalías placentarias (Placenta Previa, Placenta Accreta y Vasa Previa) y manejo de la hemorragia de tercer trimestre [en línea]. Barcelona, España: medicinafetalbarcelona.org; 2012 [citado 23 Mar 2017]. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/placenta_previa_y_otras_anomal%EDas_hemorragia_3er_t.pdf
- 68) Karlsson H, Pérez Sanz C. Hemorragia postparto. An Sist Navar [en línea]. 2009 [citado 23 Mar 2017]; 32 Suppl 1: S159-67. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf>
- 69) Vigil-De Gracia P. Trastornos hipertensivos del embarazo: diagnóstico y tratamiento. Revista Médico-Científica [en línea]. [2010] [citado 23 Mar 2017]; 15 (1): 33-7. Disponible en: <http://www.revistamedicocientifica.org/uploads/journals/1/articles/180/submission/copyedit/180-624-1-CE.pdf>

- 70) Bataglia Araujo V, Rojas de Rolon G, Ayala J. Prevención y manejo de la infección puerperal. Rev Per Ginecol Obstet [en línea]. 2006 [citado 25 Mar 2017]; 52 (3): 153-7. Disponible en: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/PREVENCI%C3%93N%20Y%20MANEJO%20DE%20LA%20INFECCI%C3%93N%20PUERPERAL.pdf>
- 71) Ferrero S, López M, Cobo T, Palacio M, Bosch J, Gene A, et la. Fiebre Intraparto, fiebre puerperal [en línea]. Barcelona, España: medicinafetalbarcelona.org; 2016 [citado 23 Mar 2017]. Disponible en: https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/fiebre%20puerperal.pdf
- 72) Páramo Morales D. La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. Pensamiento y Gestion. Universidad del norte (Colombia) [en línea]; 2015. [citado 14 Mar 2017]; (39): 7-9 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n39/n39a01.pdf>
- 73) Ulin PR, Robinson ET, Tolley EE. Investigación aplicada en salud pública métodos cualitativos [en línea]. Washington DC: OPS; 2006. [citado 23 Mar 2017]; Publicación No. 614. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/729/9275316147.pdf>
- 74) Guatemala. Congreso de la República. Código Municipal Decreto 12 2002, mayo 09, establece los principios constitucionales referentes a organización, gobierno, administración y funcionamiento de los municipios y demás entidades locales determinadas...Guatemala: El Congreso; 2008.



11. ANEXOS

11.1. Anexo 1

FORMA I

Datos de casos registrados de Mortalidad Materna en mujeres en edad fértil.

Autopsia Verbal

IDENTIFICACION DE LA LOCALIDAD	
1.Departamento	
2.Municipio	
3.Código de caso	
INFORMACIÓN DEL CASO	
4.Edad	5.Estado Civil
6.Etnia	7.Escolaridad
8.Lugar y fecha de defunción	
9.Distancia del servicio de salud más cercano	
10.Diagnóstico de defunción	
10.Personal que atendió el caso	
11.Antecedentes Obstétricos	
12.Control Prenatal	

NOTA. La información de la presente boleta únicamente será de utilidad para la recolección de datos que posteriormente se utilizará para ubicar el lugar de residencia de la fallecida y realizar la entrevista a las personas relacionadas con el caso. Los datos de esta forma son tomados de las autopsias verbales proporcionadas por el área de salud de Sololá.

11.2. Anexo 2

Forma II

Modelo de entrevista al personal de salud involucrado con el caso de mortalidad materna

Número de distrito
DATOS GENERALES DEL CASO
Relato del suceso
INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA ATENCIÓN
¿Cuáles son las características sociales, culturales y económicas de las mujeres que asisten a control prenatal en su distrito?
¿Cuál es la importancia del control prenatal?
¿Sabe usted si el caso de muerte materna llevó control prenatal?
¿Sabe usted si durante el embarazo se catalogó como embarazo de alto riesgo?
¿Consideran que la información proporcionada con respecto a las señales de peligro es adecuada? ¿Por qué?
¿A nivel comunitario que apoyo brinda el personal de salud, con respecto a planes comunitarios de emergencia obstétrica?
¿Conoce usted el modelo de las demoras?
¿Saben ustedes si el conocimiento de las comadronas es el adecuado para poder referir los casos complicados a un nivel superior de atención?
¿Cómo ha sido la relación entre los encargados de medicina tradicional y el MSPAS en el distrito?
¿Cómo calificarían el nivel de infraestructura, abastecimiento y transporte que posee su distrito?
¿Cree usted que el caso pudo ser prevenido?
Personal que atendió el caso
Tratamiento instituido
¿Contaba con los recursos necesarios para atender a la paciente?
¿Respecto al personal de salud, consideran que es suficiente y si están capacitados adecuadamente para atender las emergencias obstétricas?
¿Fue referida? ¿Por qué?
Qué es lo más importante que recuerda usted respecto a los acontecimientos
Causa de la muerte (según el entrevistado)
¿Cuáles cree que fueron las situaciones adversas en la atención del caso

11.3. Anexo 3

Forma III

Modelo de la entrevista a personas ajenas al sistema de salud.

Distrito
DATOS GENERALES DEL CASO
CONOCIMIENTOS GENERALES
¿Sabe usted cual es el control que debe de llevar una mujer durante su embarazo?
¿Cuáles son las características sociales, culturales y económicas de las mujeres que asisten a control prenatal en su distrito?
¿Sabe usted cual es el seguimiento que se le da a la mujer embarazada que tiene algún riesgo sobre el mismo?
¿Sabe usted cuales son las señales de peligro o señales de que algo está mal con el embarazo?
¿Sabe si en la comunidad tienen planes de emergencia o si está organizada para actuar ante las complicaciones en el embarazo?
¿Cómo actuaría al presentarse alguna eventualidad en la comunidad?
¿La comunidad cuenta con algún medio de transporte para utilizar ante cualquier situación?
¿Qué servicio de salud es el más cercano a la comunidad?
Conoce de personas en la comunidad que se dediquen a la medicina tradicional como por ejemplo sobadores, sopladores, chamanes, etc.
INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA DEFUNCIÓN
¿Tenía alguna relación con el caso de muerte materna?
¿Sabe usted si la embarazada que falleció consulto con alguien de la medicina tradicional (sobador, soplador, chaman, etc.)?
¿Podría contarnos que fue lo que pasó con esta persona?
¿Cuánto tiempo después del inicio de los signos o síntomas decide consultar a un servicio de salud?
¿Fue llevada a un centro asistencial antes de morir?
¿Sabe usted si el servicio de salud más cercano cuenta con el material, equipo o personal necesario para atender alguna eventualidad con las mujeres embarazadas o postparto?

11.4. Signos y síntomas de peligro en el embarazo

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO EN EL EMBARAZO	TRIMESTRE
Hemorragia vaginal	1ro, 2do y 3ro.
Flujo vaginal fétido amarillo, verde o blanco espeso	1ro, 2do y 3ro.
Molestias urinarias	1ro, 2do y 3ro.
Fiebre	1ro, 2do y 3ro.
Dolor tipo cólico en región pélvica	1ro, 2do y 3ro.
Sensación de múltiples partes fetales.	2do.
PA igual o mayor a 140/90 mmHg o elevación de 15 mmHg en presión sistólica y más de 10 mmHg en la presión diastólica compara con la presión anterior.	2do y 3ro
Salida de líquido por la vagina.	2do y 3ro
Disminución o ausencia de movimientos fetales.	2do y 3ro
Dolores de cabeza	3ro y 3ro
Dolores tipo parto.	3ro.
Edema de cara y manos.	3ro.
Trastornos visuales	3ro.

Fuente: Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel.

11.5. Consentimiento informado

La investigación a realizar forma parte del estudio de graduación titulado “Determinantes y Condicionantes de la Salud relacionados a los casos de mortalidad materna en el departamento de Sololá, durante el año 2015” que se llevara a cabo en dos distritos de dicho departamento. Esta investigación será realizada por César Ariel López Ajxup, Andrea Lucía Ramírez Godoy, José Carlos Chávez Grajeda, Daniel Andrés López Chávez, Mario Alberto Prado López, estudiantes de 7º año de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Con dicho estudio se pretende reunir información sobre los determinantes sociales y condicionantes de salud que desencadenaron las muertes maternas, por lo cual es necesario realizar una entrevista a su persona, donde se le solicitarán datos como: el cargo que ejerce o su relación con la fallecida, información asociada a la muerte materna y con la comunidad; la cuál será confidencial y de uso estricto para la presente investigación. Su participación es voluntaria, por lo que puede rehusarse a contestar cualquier pregunta de la entrevista o interrumpir ésta en cualquier momento. En caso de surgir alguna pregunta, duda o desea más información, puede comunicarse con los autores de dicha investigación.

He sido invitado a participar de la Investigación “Determinantes y Condicionantes de la Salud relacionados a los casos de mortalidad materna en el departamento de Sololá, durante el año 2015” y se me ha informado sobre los usos de la información que yo proporcione, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Por lo que doy mi consentimiento en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente.

Firma del Entrevistado (a):

Fecha: _____

Firma del Entrevistador:

11.6. Bitácora

DOMINGO 9 DE JULIO DE 2017

13.00 pm – Salida de la Ciudad capital de Guatemala, del Centro Comercial Peri-Roosevelt rumbo a San Antonio Suchitepéquez

Debido a la ubicación de la residencia de cada uno, nos reunimos en el centro comercial Peri-Roosevelt

13.30 pm – Salimos con rumbo a San Antonio Suchitepéquez, decidimos salir el día domingo, ya que debemos estar el día lunes a las 8 am en la Aldea Guineales para reunirnos con la Dra. Silvia Rodríguez, directora del Centro de Salud y no conocemos el lugar ni la carretera hacia dicha aldea.

15.00 pm – Llegada a San Antonio Suchitepéquez

Hospedaje en Hotel Paradise, San Antonio Suchitepéquez, luego nos dirigimos hacia la terminal de buses para solicitar información sobre los horarios de bus y decidimos salir mañana a las 5:45.

LUNES 10 DE JULIO DE 2017

5.45 am – Salida de la terminal de buses de San Antonio Suchitepéquez rumbo a Santo Tomás la Unión Suchitepéquez. Debido a que desconocíamos la calidad de la carretera, decidimos viajar en un servicio público, únicamente teníamos referencias de la doctora Rodríguez directora del CAP de Guineales. El camino es de terracería, tiene demasiados baches, por lo tanto el traslado es lento. No hay un transporte directo hasta Guineales por lo que se requiere transbordar en Santo Tomás

6.30 am – Llegada a Santo Tomás. En Santo Tomás se puede abordar el bus para Guineales o bien un pick-up; aproximadamente cada media hora sale el transporte.

6.45 am – Abordamos un pick-up en Santo Tomás que nos llevara hacia Guineales. Fue un viaje incomodo ya que es necesario ir de pie y en la parte trasera del vehículo. La carretera hacia Guineales es de terracería y se encuentra en malas condiciones, por lo que a pesar de que no es una gran distancia nos llevó aproximadamente media hora.

7.20 am – Llegamos a Guineales, caminamos alrededor de 5 minutos, hasta llegar al CAP, en donde nos presentamos y esperamos en la sala de reuniones hasta las 8am.

8.00 am – Inicio de la reunión y bienvenida en el de distrito

8.30 am – Realizamos una presentación del protocolo de investigación, luego la doctora nos indicó que nos reuniéramos la siguiente semana el lunes 17, para que ella pudiera organizarse y

reunirnos a las personas que necesitamos para poder realizar las entrevistas de nuestra investigación.

13.00 pm – Nuevamente abordamos un Pick-up en Guineales, hacia Santo Tomas la Unión Suchitepéquez

13.30 pm – Llegamos a Santo Tomas la Unión Suchitepéquez, en donde abordamos un bus extraurbano, hacia San Antonio Suchitepéquez

14.30 pm – Llegamos al hotel Paradaise en San Antonio Suchitepéquez

15.00 pm – Salida de San Antonio Suchitepéquez rumbo a la Ciudad Capital de Guatemala

VIERNES 14 DE JULIO DE 2017

5.00 am – Salida de la Ciudad Capital de Guatemala rumbo al Departamento de Sololá, ya que el Dr. Juan Chumil director del distrito de Santiago Atitlán nos citó a las 8am

7.15 am – Llegada a Panajachel, dejamos estacionado el vehículo y nos dirigimos hacia el lago

7.30 am – Salida de Panajachel rumbo a Santiago Atitlán, utilizando como medio transporte una lancha pública

8.00 am – Llegada a Santiago Atitlán, en donde abordamos un tuc-tuc para dirigirnos hacia el CAIMI de Santiago Atitlán

8.15 am – Llegada al CAIMI de Santiago Atitlán, nos presentamos con el director de distrito e Iniciamos de la reunión en dicho lugar

8.30 am – Inicio de la entrevista grupal con un total de 5 integrantes.

10.15 am – entrevista con la doctora en el centro de salud de Santiago Atitlán

11.30 am – Nuevamente abordamos un tuc-tuc y nos dirigimos hacia el puesto de Salud de la aldea Panabaj Santiago Atitlán, en donde le realizamos la entrevista a la enfermera de dicho puesto

13.00 pm – Gracias al número que nos proporcionó la enfermera de Panabaj, contactamos a una comadróna llamada Juana, con quien nos reunimos en el Centro de Salud de Santiago Atitlán y le realizamos la entrevista

DOMINGO 16 DE JULIO DE 2017

13.00 am – Debido a la experiencia de la semana pasada, decidimos nuevamente salir hoy domingo de la Ciudad capital de Guatemala, del Centro Comercial Periroosevelt rumbo a San Antonio Suchitepéquez

15.00 pm – Llegada a San Antonio Suchitepéquez

Hospedaje en Hotel Paradise, San Antonio Suchitepéquez

LUNES 17 DE JULIO DE 2017

05.45 am – Salida de la terminal de buses de San Antonio Suchitepéquez rumbo a Santo Tomás la Unión

6.30 am – Llegada a Santo Tomás la Unión

6.45 am – Salida en Pick-up de Santo Tomás la Unión a Guineales

7.20 am – Llegamos al CAP Aldea Guineales, donde la doctora nos prestó un vehículo para poder trasladarnos hacia las zonas en donde ocurrieron las muertes maternas de dicha aldea

8.30 am – Llegamos a Xetulul, en donde nos reunimos con la enfermera María, tres de nosotros fuimos con ella para realizar las entrevistas, nos dirigimos hacia la casa de la señora que falleció, allí entrevistamos a la mamá y al esposo y debido a que la suegra no podía hablar español la enfermera fue nuestra traductora

8.30 am – Otros dos se dirigieron a buscar al representante del COCODE para realizarle la entrevista

9.30 am – Al regresar a donde se encontraba el Pick-up se realizó la entrevista a la enfermera María.

10.30 am – Nos reunimos todos nuevamente y nos dirigimos en el pick up hacia la casa de la comadrona que había tenido contacto con la muerte materna de Xetulul, a quién también se le realizó la entrevista, siendo nuevamente la enfermera María nuestra traductora.

11:10 am – Abordamos el Pick-up nuevamente y nos trasladamos hacia Paculam, un camino bastantes pendientes y complicado.

11.30 am – En Paculam nos reunimos con la enfermera del puesto de salud de dicho lugar, quién nos llevó hacia la casa donde vivía la señora que falleció, allí encontramos a la suegra a quien entrevistamos, utilizando nuevamente traductora, que en este caso fue la enfermera del Puesto de Paculam

12.00 am – Nos dirigimos hacia el puesto de salud de Paculam, en donde realizamos la entrevista a la enfermera de dicho puesto.

12:30 am – Nos dirigimos al CAP de Guineales a realizar la entrevista grupal al personal del CAP pero seguían en reunión por lo que decidimos almorzar.

14.00 pm – Para finalizar nuestro trabajo de campo, realizamos una entrevista grupal con el personal del CAP de Guineales, con un total de 5 integrantes.

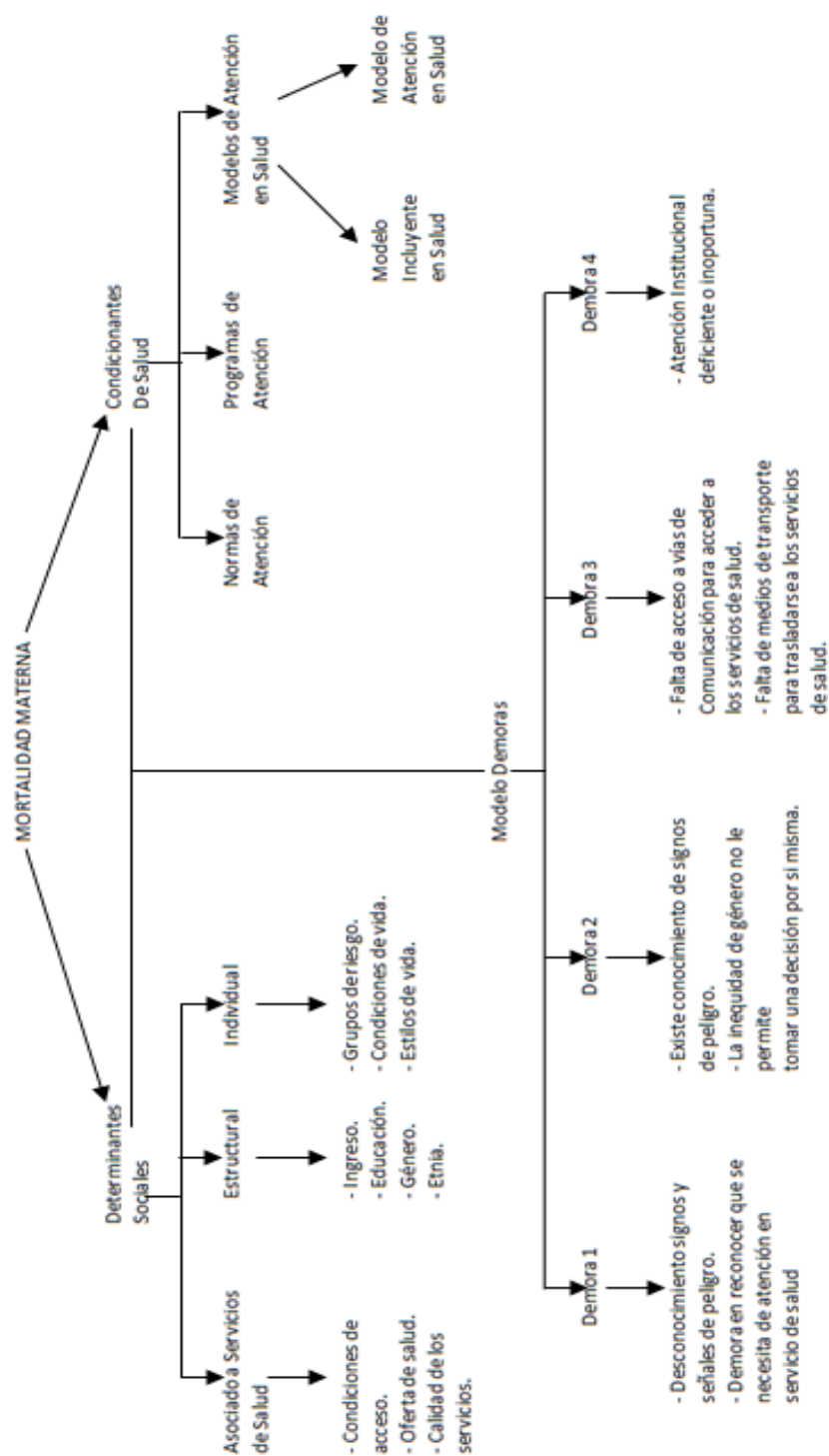
13.00 pm – Nuevamente abordamos un pick-up en Guineales, hacia Santo Tomas la Unión Suchitepéquez

14.30 pm – Llegamos a Santo Tomas la Unión Suchitepéquez, en donde abordamos un bus extraurbano, hacia San Antonio Suchitepéquez

15.00 pm – Llegamos al hotel Paradaise en San Antonio Suchitepéquez

15.30 pm – Salida de San Antonio Suchitepéquez rumbo a la Ciudad Capital de Guatemala

11.7. Mapa conceptual: Intervención de los determinantes sociales y condicionantes de la salud en la atención en salud.



FUENTE: Elaboración propia

11.8. Índice de abreviaturas

CIA: Central Intelligence Agency

CAIMI: Centro de Atención Integral Materno Infantil

CAP: Centro de Atención Permanente

CEDAW: Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer

CMPMS. Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable

CORDAID: Catholic Organization for Relief and Development Aid

CSC: Casas de Salud Comunitarias

COCODES: Consejos Comunitarios de Desarrollo

COPEC: Comisiones y Planes de Emergencia Comunitaria

DSS: Determinantes Sociales de la Salud

DPPNI: Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta

ENCOVI: Encuesta Nacional de Condiciones de Vida

ENSMI: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil

IGSS: Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

INE: Instituto Nacional de Estadística

INS: Instancia Nacional en Salud

IDIE: Investigation Development Integral Educación

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

MM: Mortalidad materna

MIS. Modelo Incluyente en Salud

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

OSAR. Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva

PA: Presión Arterial

PAD: Presión Arterial Diastólica

PAS: Presión Arterial Sistólica

PIES: Promoción Investigación y Educación en Salud

PEC: Planes de Emergencia Comunitaria

PIAS: Programa Individual de Atención en Salud

PFAS: Programa Familiar de Atención en Salud

PCOS: Programa Comunitario de Atención en Salud

RAMOS: Reproductive Age Mortality Survey

RMM: Razón de mortalidad materna

SIGSA: Sistema de Información Gerencial en Salud

SIAS: Sistema de Atención en Salud

SEGEPLAN: Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia

TMI: Tasa de Mortalidad Infantil

THE: Trastornos Hipertensivos del Embarazo

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana