

Expandiendo opciones en **SALUD REPRODUCTIVA**

Diagnóstico para identificar intervenciones prioritarias
que mejoren el acceso y la calidad de los servicios básicos
de salud materna en Guatemala



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa Nacional de Salud Reproductiva



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Expandiendo opciones en SALUD REPRODUCTIVA

Informe preparado por:

**Programa Nacional de Salud Reproductiva
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Secretaría Presidencial de la Mujer
Asociación Pro Bienestar de la Familia
Asociación Guatemalteca de Educación Sexual
Proyecto REPROLATINA
Programa de Salud Materno Neonatal
Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud
Centro de Estudios en Salud/MERTU/CDC/UVG
Consejo de Población
Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva**

Las opiniones expresadas en este documento corresponden a las de cada uno de los participantes en el diagnóstico estratégico y no necesariamente reflejan las del Programa Nacional de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La mención de determinadas empresas o de ciertos productos comerciales no implica que las instituciones los aprueben o recomienden con preferencia a otros análogos que no se mencionan. Salvo error u omisión, las marcas registradas de productos se distinguen por una letra inicial mayúscula.

Guatemala, agosto de 2002



CONTENIDO

SIGLAS Y ABREVIATURAS	ix
RESUMEN EJECUTIVO	1
INTRODUCCIÓN	7
SITUACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN GUATEMALA	9
Indicadores de población	10
Indicadores de salud reproductiva.....	11
Mortalidad materna.....	11
Atención prenatal.....	13
Infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA.....	13
Patrones de uso de los métodos de planificación familiar.....	14
Salud reproductiva y enfoque de género.....	15
CONTEXTO NACIONAL DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS	17
Antecedentes	17
Avances recientes	18
Ley de Desarrollo Social.....	18
Política de Desarrollo Social y Población.....	19
Programa Nacional de Salud Reproductiva.....	19
<i>Cooperación técnica</i>	20
<i>Investigación</i>	25
<i>Coordinación interinstitucional</i>	25
Ambiente político, religioso y grupos organizados	26
Política Nacional de Promoción de las Mujeres y Plan de Equidad de Oportunidades ...	26
<i>Promoción de mecanismos institucionales para la aplicación de la política y los componentes de salud integral</i>	27
<i>Sistema de información y monitoreo</i>	27
<i>Metas sectoriales</i>	27
<i>Informes y dictámenes</i>	28
El papel de las iglesias en la planificación familiar	28
El papel de los grupos organizados de mujeres en la planificación familiar	28
MARCO CONCEPTUAL DEL ENFOQUE ESTRATÉGICO	29
Objetivos	33
Meta.....	33
Objetivos.....	33





METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO EN GUATEMALA	35
Preparación del diagnóstico estratégico	35
Organización del equipo	35
Preparación del trabajo de campo	35
Selección de los departamentos a visitar.....	36
Trabajo de campo	36
Prueba piloto	38
Recolección de datos.....	38
Análisis de datos y preparación del informe.....	38
HALLAZGOS	39
Gente	39
Concepto de salud reproductiva en la población	39
<i>Perspectivas sobre los derechos reproductivos</i>	39
<i>Perspectivas de género de la responsabilidad de la planificación familiar</i>	40
<i>Perspectiva sobre la salud materna y la emergencia obstétrica</i>	40
Perspectivas sobre el número ideal de hijos	40
Perspectivas sobre la planificación familiar.....	41
Conocimiento, uso y temores sobre los métodos de planificación familiar	41
Acceso a los servicios de planificación familiar	42
Acceso a los servicios de atención materna y emergencia obstétrica	42
Barreras para el acceso de la planificación familiar	43
Barreras para el acceso de la atención materna y la emergencia obstétrica.....	44
Servicios	45
Filosofía del servicio y percepción de las necesidades de salud reproductiva	45
Programa gerencial	45
Disponibilidad de los servicios de salud.....	47
<i>Para planificación familiar</i>	47
<i>Para el tratamiento de la emergencia obstétrica</i>	48
Calidad de los servicios	48
<i>Para planificación familiar</i>	48
<i>Para el tratamiento de la emergencia obstétrica</i>	49
Recursos humanos para los programas de planificación familiar.....	50
Recursos humanos para el tratamiento de la emergencia obstétrica	50
Infraestructura física	51
Tecnología	51
Filosofía de la tecnología.....	51



CONTENIDO



Características y disponibilidad de la gama de métodos de planificación familiar del sistema público de salud	51
<i>Comunidad</i>	51
<i>Puestos de salud</i>	53
<i>Centros de salud</i>	53
<i>Hospital del tercer nivel</i>	53
<i>Suministros al sistema por el Programa Nacional de Salud Reproductiva</i>	53
<i>Distribución de Métodos de planificación familiar por otras instituciones</i>	53
Tecnologías disponibles relacionados con la atención del parto y el tratamiento de la emergencia obstétrica	54
INTERACCIONES	57
Influencia recíproca entre gente y servicios	57
Influencia recíproca entre gente y tecnología	58
Influencia recíproca entre servicios y tecnología	59
PREGUNTAS ESTRATÉGICAS	61
¿Es necesario mejorar la oferta de métodos anticonceptivos actualmente disponibles en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social?	61
¿Es necesario eliminar algún método disponible en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social?	61
¿Es necesario introducir nuevos métodos de planificación familiar?	61
¿Es necesario mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para la atención de pacientes con una emergencia obstétrica?	61
LÍNEAS DE ACCIÓN	63
Intervenciones prioritarias a corto plazo	63
Participación comunitaria.....	63
Fortalecimiento de los servicios.....	63
Información, educación y comunicación comunitaria	63
Estrategias de fortalecimiento institucional	64
Capacitación	64
Análisis y revisión de políticas y programas	64
Investigaciones cualitativas.....	64
VÍNCULOS ESTRATÉGICOS PARA LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN	65
REFERENCIAS	67





SIGLAS Y ABREVIATURAS

AOC	Anticonceptivos orales combinados
APP	Años protección pareja
AGES	Asociación Guatemalteca de Educación Sexual
APROFAM	Asociación Pro Bienestar de la Familia
AQV	Anticoncepción quirúrgica voluntaria
CIESAR	Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
DCA	Distribución comunitaria de anticonceptivos
DIU	Dispositivo intrauterino
DMPA	Acetato de medroxiprogesterona de depósito
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
HGSJD	Hospital General San Juan de Dios
IEC	Información, educación y comunicación
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITS	Infecciones de transmisión sexual
LAMM	Iniciativa para la América Latina en la Reducción de la Mortalidad Materna
MATE	Manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PNMI	Programa Nacional de Salud Materno Infantil
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PSMN	Proyecto de Salud Materno Neonatal
SEGEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
SEPREM	Secretaría Presidencial de la Mujer
SIAS	Sistema Integrado de Atención en Salud
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Servicios de Salud
TGF	Tasa global de fecundidad
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida







RESUMEN EJECUTIVO

Visión general de la salud reproductiva en Guatemala

Históricamente, la situación de la salud reproductiva de la mujer guatemalteca ha sido un serio problema. Como en muchos países de la región centroamericana, los datos en esta área generalmente son escasos, la tasa de natalidad es de 36,6 por 1000 habitantes y la tasa global de fecundidad de 5,0 hijos por mujer, con 5,8 hijos en el área rural y 4,1 en la urbana. Se determinó recientemente la razón de mortalidad materna en 153 por 100.000 nacidos vivos, con marcadas diferencias entre grupos étnicos, y donde el mayor problema corresponde a las indígenas. No hay información con representación nacional sobre otros problemas de salud reproductiva como infertilidad, violencia contra la mujer e intrafamiliar, cáncer ginecológico y de próstata, aborto y la salud reproductiva en la adolescencia y adultez.

A pesar de los esfuerzos recientemente iniciados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) al haber creado oficialmente el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), que por primera vez incorpora el concepto holístico de la salud reproductiva, se acepta en general que las intervenciones en salud reproductiva enfrentan grandes desafíos para ser implementados en poblaciones étnicas postergadas que viven en las áreas rurales y sectores periféricos marginados del país. Dadas las condiciones geográficas, sociales, culturales y económicas, así como las malas vías de comunicación y la falta de transporte que también limita el acceso de las mujeres del área rural y periférica a los servicios de salud. Por esta razón el MSPAS está interesado en mejorar la calidad de los servicios, lo que propiciará y fortalecerá una atención adecuada a los usuarios y la coordinación de los diferentes niveles de atención de salud.

Avances políticos y programáticos de la salud reproductiva

Recientemente se promulgó la Ley de Desarrollo Social y la Política de Desarrollo Social y Población, que en su componente de salud reproductiva incluye la necesidad de desarrollar acciones específicas en las diferentes áreas de la salud reproductiva. Complemento de estas leyes es la oficialización del PNSR. En general, los gobiernos tienen la responsabilidad moral y legal de respetar, proteger y cumplir de manera activa los derechos de la población. El esfuerzo necesario para poder llevar estos derechos a la población requiere de la formulación de políticas reproductivas claras que deberán apuntalarse con la promulgación de legislación congruente con las políticas. El Estado guatemalteco ha iniciado este camino que pretende mejorar la salud de la mujer guatemalteca.

Marco conceptual del enfoque estratégico

Dentro de la estrategia del MSPAS para mejorar el acceso y la calidad de los servicios básicos en la salud reproductiva de los habitantes del país se inició la implementación del enfoque estratégico, una metodología cualitativa y participativa desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y





que consta de tres etapas. La primera, llamada diagnóstico estratégico y planificación de la acción, es un proceso que desarrolla recomendaciones para cambios en las políticas de salud, modificación de programas existentes e intervenciones, además de identificar necesidades de investigación. La segunda etapa del enfoque estratégico, investigación-acción, evalúa y comprueba las principales recomendaciones para desarrollar intervenciones y en la tercera etapa se replican e implementan estas intervenciones en una mayor escala. Las oportunidades de actuar se presentan en las tres etapas, dándole a los formuladores de políticas y gerentes de programas la información oportuna para realizar políticas basadas en evidencia y seleccionar programas que puedan mejorar el acceso y la calidad de los servicios básicos en la salud reproductiva.

El diagnóstico estratégico se centra en las necesidades y perspectivas de las usuarias, lo que permite identificar de mejor manera aspectos críticos de aceptabilidad y sostenibilidad de la tecnología anticonceptiva. El componente de la tecnología incluye las características de la gama de métodos disponibles y de cualquier otro método que se contemple introducir en algún programa. Por otra parte, los servicios determinan los factores que afectan la capacidad del sistema de prestación de servicios para asegurar a los usuarios un acceso a los servicios con calidad.

El marco conceptual enfatiza los aspectos involucrados en la calidad de la atención, así como las interacciones entre los usuarios y los servicios, entre los usuarios y la tecnología y entre la tecnología y los servicios. Formulan interrogantes que tienen implicaciones con la calidad de la atención, tomando en cuenta el entorno social, cultural, económico y político que influencia las relaciones entre cada uno de los

componentes y ayuda a comprender aspectos como las condiciones económicas, las ideologías políticas, las relaciones de inequidad genérica, étnicas y generacionales que determinan las prioridades para abordar las necesidades de salud reproductiva.

Metodología del diagnóstico estratégico

La base del diagnóstico estratégico es impulsar la participación de la mayor parte de actores involucrados del país. El grupo coordinador seleccionó a los representantes y coordinadores de grupo de los dos equipos de trabajo que diseñaron el diagnóstico, realizaron el trabajo de campo, analizaron los resultados y prepararon el informe del diagnóstico dirigido a los tomadores de decisiones del más alto nivel y otras personas que trabajen en el campo de la salud reproductiva.

Se realizaron actividades para revisar los aspectos programáticos más importantes, introducir a los participantes en el concepto del diagnóstico estratégico, su proceso y propósito, revisar el documento de antecedentes para identificar aspectos no contemplados e importantes a examinar durante el diagnóstico, identificar las preguntas estratégicas y determinar las áreas geográficas para la realización del trabajo de campo. Los criterios para la selección fueron que permitieran la evaluación de todos los niveles de atención en salud e incluir toda la variedad de instituciones que ofrezcan servicio, según accesibilidad, variaciones regionales, culturales y programáticas. Los departamentos seleccionados fueron: Chiquimula, Escuintla, Guatemala, Huehuetenango y El Petén. La elección de cada una de las comunidades visitadas se definió en el campo de acuerdo con la información proporcionada por funcionarios locales clave.





Previo al trabajo de campo se diseñaron las guías de entrevistas semiestructuradas a líderes de la comunidad, formuladores de políticas, directores y gerentes de programas, proveedores de servicio, grupos de mujeres, usuarios y miembros de la comunidad. Después de cada día de recolección de datos el equipo se reunía para discutir los hallazgos del día y analizar cómo se relacionan con las preguntas estratégicas.

Hallazgos

Gente

Para la población, la salud reproductiva se limita a la atención del parto y, en algunos casos, a la planificación familiar. Generalmente la decisión para usar métodos anticonceptivos es más por problemas económicos que por beneficio para la salud de la mujer. En muchos casos el hombre decide sobre los eventos reproductivos de la mujer aunque la responsabilidad y la carga del proceso recae exclusivamente en ella.

En la población entrevistada persiste la preferencia por familias numerosas (8-10 en el área rural y 4-5 en la urbana). Para una gran proporción la planificación familiar es irrelevante y desconocida y no la considera necesaria para personas que no están unidas, aunque se identifican algunas perspectivas de espaciamiento y limitación del número de embarazos.

Los conocimientos sobre planificación familiar son limitados y parciales, y más acentuados en los grupos postergados. Se encontró una difundida práctica de medicina folclórica para evitar el embarazo o provocar abortos y hay temor en la comunidad sobre posibles daños a la salud que pueden causar el uso de métodos de planificación familiar.

El método anticonceptivo más utilizado es el acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) porque es el más aceptado y demandado

en los servicios. Sin embargo, una amplia proporción de la población desconoce la disponibilidad gratuita de métodos anticonceptivos en las instalaciones de salud del sector público y la población que vive en el área rural donde no hay puestos de salud enfrenta mayores dificultades para obtener estos servicios. También se identificaron una serie de barreras religiosas, culturales, económicas, generacionales y de género, donde destaca la necesidad de contar con autorización escrita del cónyuge para la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV).

Gran parte de la comunidad considera que el nacimiento de un hijo es un evento natural y sin riesgo. No le dan importancia a la emergencia obstétrica y no creen que la mortalidad materna sea un serio problema de salud, incluso la consideran como una consecuencia natural en algunos partos. En el área rural predomina la preferencia de la atención por comadronas, probablemente debido a que lo asocian con un menor riesgo de mortalidad, la incorporación de prácticas simbólicas socio-culturales del embarazo y el parto y por los costos que conlleva trasladarlas a un hospital.

La distancia y los malos caminos son una limitante para el acceso a los servicios de salud, además del costo económico extra que es determinante para el traslado de la paciente. Por otra parte, la comunidad reconoce la importancia de los servicios hospitalarios para salvar la vida de la mujer. Otra barrera para la atención de la emergencia obstétrica es la oposición de los cónyuges a que las mujeres sean evaluadas por proveedores masculinos.

Servicios

El PNSR incorpora por primera vez en el sistema nacional de salud una visión holística del concepto de salud reproductiva. Sin embargo, en





los servicios de salud el programa está en fase de desarrollo, a tal punto que algunos proveedores desconocen el programa. A pesar de la disponibilidad de métodos de planificación familiar en el sistema de salud, se encontró que en algunas instalaciones de servicios de salud no se ofrece la gama completa de métodos. Aunque durante los últimos dos años se ha incrementado la disponibilidad de los servicios de planificación familiar en las comunidades, en los centros y puestos de salud el horario de atención es limitado para las necesidades de la población que lo solicita.

Se encontró cierta evidencia de que en algunos casos los proveedores influyen a las usuarias para la selección de los métodos, sin que medie una consejería que la ayude a seleccionar el más adecuado para ella. Algunos proveedores del sector público ofrecen información insuficiente sobre el tema y en algunas regiones de salud existen barreras de idioma que influyen la relación interpersonal y limita la capacidad para proporcionar consejería. La oferta del servicio en salud reproductiva no es proactiva, actualmente solo se proporciona el servicio cuando la usuaria lo solicita.

El sistema de salud es el principal responsable del diagnóstico y tratamiento de la emergencia obstétrica. Sin embargo, en el ámbito nacional los servicios para estos problemas son limitados y dispersos en términos de recursos humanos y materiales. Las pacientes que residen en comunidades rurales aisladas enfrentan grandes dificultades para el acceso a los servicios obstétricos, y cuando acuden a puestos o centros de salud, estos servicios no están en condiciones para resolver la mayoría de los casos de emergencia obstétrica. Por lo que la comadrona desempeña un papel importante en la atención del parto, pero carecen de los conocimientos y facilidades para hacer frente a estas emergencias.

Tecnología

La mayor parte de métodos disponibles son para uso femenino, probablemente debido al elevado riesgo reproductivo que enfrentan las mujeres y la potenciación que les confiere decidir sobre su vida reproductiva. La gama de métodos actualmente disponible en el sistema de salud se basa en evidencia técnica y científica probada internacionalmente.

En las comunidades y en todos los niveles de atención se promocionan los métodos de planificación familiar. La disponibilidad de los diferentes métodos incrementa conforme a la capacidad de atención de las instalaciones de salud. Los métodos actualmente disponibles en el sistema sanitario público son AQV masculina y femenina, hormonales inyectables (DMPA), orales combinados de dosis baja (norgestrel y etinil estradiol), dispositivos intrauterinos (Tcu 380A) y condones. Además se proporciona información sobre métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Los implantes hormonales subcutáneos (levonorgestrel) sólo están disponibles en APROFAM.

No se encontró evidencia que en los servicios de salud investigados se usen técnicas que han demostrado disminuir el riesgo de complicaciones durante la labor, el parto y el puerperio inmediato, como es el uso rutinario de oxitocina en el tercer periodo del parto para disminuir hemorragia posparto, la indicación adecuada para la operación cesárea en los servicios que no utilizan el partograma, el uso del sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones, la disponibilidad y utilización de sangre y un adecuado sistema de referencia.

Líneas de acción

Como resultado de las influencias recíprocas entre la gente, el servicio y la tecnología se iden-





tificaron interrogantes las cuales tienen que responderse en la segunda etapa del Enfoque Estratégico. Estas tres categorías identificadas son los sujetos primarios de impacto. Las intervenciones asignadas en cada una de las tres categorías pueden estar relacionadas entre sí.

- Intervenciones prioritarias a corto plazo
 - Participación comunitaria
 - Fortalecimiento de los servicios
 - Información, educación y comunicación comunitaria
- Estrategias de fortalecimiento institucional
 - Capacitación
- Análisis y revisión de políticas y programas
 - Investigaciones cualitativas

Vínculos estratégicos para la investigación-acción

El enfoque estratégico busca coordinar las acciones para lograr la identificación de cambios en las políticas de la salud reproductiva y la identificación de intervenciones adecuadas y sostenibles en la segunda etapa para lograr aumentar la prevalencia en el uso de métodos de planificación familiar y disminuir la tasa de mortalidad materna. Este diagnóstico estratégico determinó los recursos con que se cuenta actualmente y los cuales son de importancia estratégica para el logro de los objetivos.

Por otra parte, este diagnóstico estratégico identificó una serie de problemas para el acceso a los servicios de planificación familiar y tratamiento de la emergencia obstétrica, hay barreras sociales, culturales y económicas que no permiten que la población haga uso de estos servicios que en las intervenciones de la segunda etapa hay que hacer frente.

Finalmente, una estrategia que toma muy en cuenta el Enfoque Estratégico en esta segunda etapa es el aprender de las instituciones nacionales o internacionales que han desarrollado programas de salud reproductiva durante los últimos años. Es necesario conocer, revisar, adaptar o utilizar las lecciones aprendidas de estas instituciones, aprender de las intervenciones que han sido exitosas y mantener una asistencia técnica nacional e internacional constante.







INTRODUCCIÓN

El Enfoque Estratégico es una metodología desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que busca mejorar la calidad de la atención y asegurar el cumplimiento de los derechos reproductivos de la población. Esta herramienta proporciona un marco para identificar y abordar los aspectos gerenciales, técnicos, sociales, culturales y económicos que afectan la capacidad del sistema de salud para proporcionar la gama de métodos de planificación familiar con una buena calidad de la atención. Es un modelo cualitativo que puede ayudar a orientar las decisiones sobre la distribución de los métodos actualmente disponibles, la necesidad de suprimir métodos que no son seguros y determinar la necesidad de introducir nuevos. Otra característica importante es incluir a todos los sectores involucrados en la salud reproductiva, lo que le confiere un carácter participativo que le proporciona un mayor peso para la formulación de políticas y programas de acuerdo con las conclusiones y recomendaciones altamente consensuadas.

El diagnóstico estratégico es la primera etapa de una metodología más amplia, conocida como el enfoque estratégico, que aplica el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) para hacer frente a los apremiantes desafíos que enfrenta Guatemala en el ámbito de la salud reproductiva. Una vez que se han identificado las características de la salud reproductiva, de acuerdo con el entorno sociocultural del país, se desarrollan proyectos de investigación-acción dentro de las posibilidades del sistema de salud y con la participación de todos los sectores involucrados. Finalmente, se amplían a escala regional o nacional las experiencias exitosas de la segunda etapa en un esfuerzo de largo plazo.

Este informe describe las observaciones del equipo de trabajo y formula las recomendaciones para las acciones programáticas y las líneas de investigación que es necesario implementar. Estas recomendaciones se basan en el análisis de la información recolectada durante el trabajo de campo y en el documento de evaluación de las necesidades de la salud reproductiva de Guatemala, que se discutió con funcionarios gubernamentales y de las agencias nacionales e internacionales. Durante el Taller Nacional de Diseminación de resultados, llevado a cabo en la Ciudad de Guatemala en febrero de 2002, se discutieron los hallazgos del diagnóstico estratégico lo cual permitió la elaboración de este informe final.

Después de revisar los objetivos y el marco conceptual de la metodología, el informe presenta un panorama general de la situación de la salud reproductiva en Guatemala. Posteriormente analiza los hallazgos sobre las perspectivas de los usuarios, la prestación de servicios y su relación con la situación de la salud reproductiva, que forma la base para las líneas de acción a ser implementadas. Es importante mencionar que este informe analiza los resultados parciales del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) iniciado oficialmente en enero de 2000; sin embargo, dada su reciente iniciación aún es difícil esperar cambios radicales en los problemas de salud reproductiva arraigados en la población guatemalteca.





SITUACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN GUATEMALA

La República de Guatemala tiene una extensión de 108,889 kilómetros cuadrados, limita al norte y noroeste con México, al este con Honduras y El Salvador, al noreste con Belice y al sur con el Océano Pacífico. Está dividida política y administrativamente en 331 municipios, distribuidos en 22 departamentos. De acuerdo con proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), para 2001 la población guatemalteca era de 11,678,411 habitantes (1) y con una densidad de población de 116 habitantes por kilómetro cuadrado (2). El crecimiento demográfico anual es de 2.6 %, (3) muy alto en relación con los demás países centroamericanos (4). El 65% de la población vive en zonas rurales en las que 80% de los núcleos habitados tienen menos de 500 habitantes (5).

Guatemala es un país con grandes contrastes y diversidad que se manifiesta en la coexistencia de cuatro grandes grupos culturales: los mestizos, los de origen maya (21 grupos étnicos), los garífunas y los xincas. Los indígenas mayas representan 43% de la población. A la etnia quiché pertenece 29% de la población indígena, 25% pertenece a la kakchiquel, 14% a la kekchí, 4% a la mam, 24% a la pocomchí, pocomam y tzutuhil y 4% a otras etnias. Cerca de 32% de la población indígena habla únicamente una lengua maya.

La población indígena se localiza principalmente en el interior del país (Alta Verapaz, Huehuetenango, Quiché, Quetzaltenango, Totonicapán, Chimaltenango, Sololá, San Marcos y Baja Verapaz). En las zonas rurales del altiplano montañoso se localiza 80%, mientras que en los poblados urbanos vive 15% y sólo 5% en el área Metropolitana. Por otra parte, La población ladina mestiza se localiza principalmente en la capital de Guatemala (35%); en las áreas urbanas del interior del país (50%) y en áreas rurales de asentamiento ladino (15%). En términos generales, 35% de toda la población vive en áreas urbanas y el 65% en rurales (5).

En relación con la situación socioeconómica, en 1999, 56.7% de la población se encontraba en situación de pobreza y 26.7% en pobreza extrema. Sin embargo, su distribución presenta marcadas diferencias; la pobreza en el área rural (75.6%) es casi tres veces mayor que en el área urbana (28.8%). En cuanto a las diferencias étnicas, 74.2% de la población indígena es pobre, comparado con 40.9% de población no indígena. Por otra parte, en el departamento de Guatemala solo 19.3% de la población es pobre, comparado con 82,4% en Alta y Baja Verapaz (6).

La deficiencia nutricional prevalente en la población constituye un fuerte impedimento para el desarrollo adecuado de capital humano, a este respecto puede mencionarse cifras de 62% de la población infantil indígena y dos tercios de las mujeres embarazadas o lactantes desnutridas (3).

Respecto a los indicadores de salud, en 1998 la tasa bruta de mortalidad fue de 7.4 por 1000 habitantes. En ese mismo período, la mortalidad infantil fue de 45.0 por 1000 nacidos vivos, la neonatal 26,0 por 1000 y la posneonatal, 23,0 por 1000 (3). Del total de defunciones, 27.3% correspondió a menores de 1 año; 3,9% al grupo de 1 a 4 años; 2,7% al de 5 a 14; 21,8% al de 15 a 59 y 36%, al grupo de mayores de 60 años. Las enfermedades infecciosas, las carenciales y las afecciones relacionadas con el embarazo y el parto explican aproximadamente 45% de las defunciones (5).





En 1995, la tasa de mortalidad materna, determinada por el método indirecto de las hermanas, era de 190 muertes por cada 100,000 nacidos vivos (7). La prevalencia de uso de anticonceptivos en 1987, 1995 y 1998 fue de 23,2, 31,9 y 38%, respectivamente. Guatemala continúa siendo el país de Centroamérica con la tasa más baja de uso de métodos anticonceptivos (3,7,8).

Indicadores de población

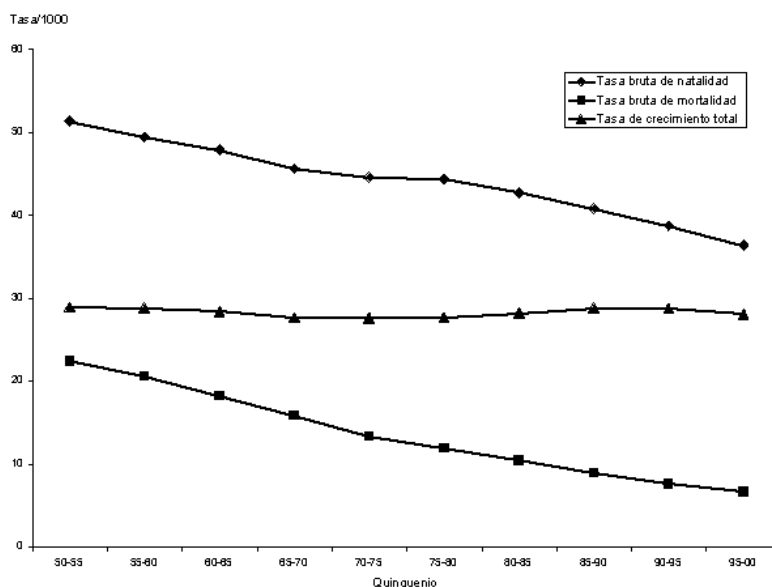
La fecundidad en Guatemala continúa siendo muy elevada y en cierto modo determina la existencia de una estructura de edades jóvenes, que combinada con el descenso de la mortalidad a edades tempranas ha mostrado un aumento paralelo al que se ha dado en el grupo de mujeres en edad fértil. El grupo de adolescentes en Guatemala constituye casi 30% de los

habitantes, de los que casi la mitad son mujeres (1,7 millones aproximadamente) y 43% de la población es menor de 15 años (9).

Guatemala manifiesta una transición demográfica moderada con altos niveles de natalidad y moderada mortalidad (figura 1), donde la velocidad de crecimiento de la población persiste elevada (10). La tasa global de fecundidad (TGF) de Guatemala es la única de Centroamérica que ha disminuido sostenidamente desde 1950, sin embargo, su ritmo es tan bajo que a finales del siglo XX Guatemala tiene la TGF más alta de la región con 5.6 hijos por mujer (11).

La esperanza de vida al nacer, que en 1992 era de 62,4 años para los hombres y 67,3 años para las mujeres, en 1995 fue de 64,7 para los hombres, 69,8 para las mujeres y 67,1 para toda la población.

Figura 1. Transición demográfica de Guatemala, 1950-2000



Fuente: Basado en CELADE, Situación demográfica de Centroamérica, (11).





Indicadores de salud reproductiva

Mortalidad materna

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) de 1995, (9) la tasa de mortalidad materna, determinada por el método indirecto de las hermanas —que es una tasa estimada—, era de 190 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Es importante mencionar que Guatemala no cuenta con un sistema de registro de la mortalidad materna que garantice la calidad de los datos, se han descrito niveles de subregistro que varían de 41.7% a 66% que hace evidente la diferencia entre los datos disponibles y la realidad (12,13).

Por esta razón, el MSPAS impulsó el desarrollo de la Línea Basal de Mortalidad Materna del Año 2000, (14) con el fin de conocer en forma real el problema de la mortalidad materna en el país (véase figura 2). Se recolectó sistemáticamente información de todas las muertes de mujeres en edad fértil para determinar todas las muertes maternas y así reducir la probabilidad de no registrar alguna muerte materna.

Este estudio, (14) el cual muestra la información real para 2000, determinó que la razón de mortalidad materna fue de 153 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Así mismo, la tasa de mortalidad materna, o riesgo reproductivo, fue de 19,5 muertes maternas por cada 100,000 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años).

Los ocho departamentos con la razón de mortalidad materna más alta según el lugar de residencia son: Alta Verapaz (301,6), Sololá (297,2), Huehuetenango (255.1), Totonicapán (218,9), Izabal (217), Quiché (182), Petén (179,6) y Escuintla (179.2), todos por arriba del promedio nacional (169,4). Se logró determinar un subregistro de 44% en todo el país, que varió de 100% en Zacapa a 18% en Chimaltenango.

Las principales causas de muerte materna fueron la hemorragia (53,5%), infección (14,4%) e hipertensión inducida por el embarazo (12,1%), la cuarta causa de muerte materna fue el aborto (9,5%), correspondiendo a este último únicamente 11% de abortos realizados en condiciones de riesgo.

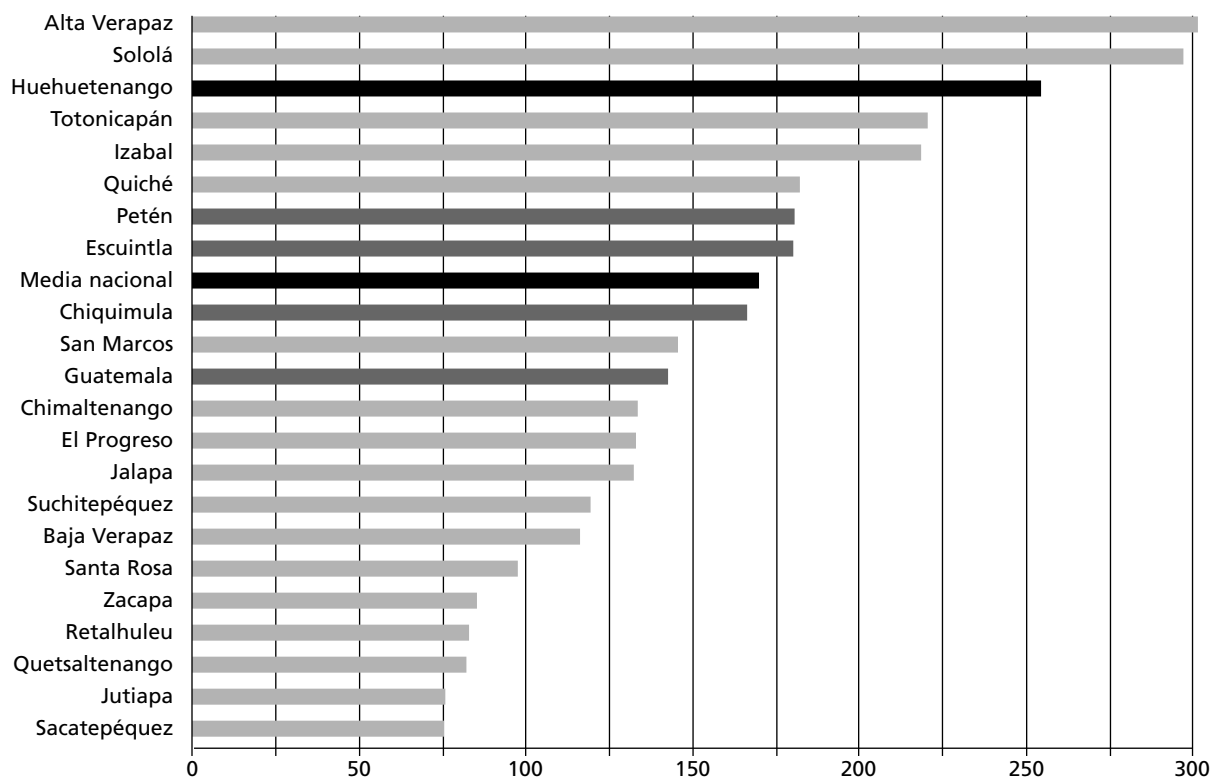
Entre las muertes por hemorragia, la retención placentaria y la atonía uterina son las causas más frecuentes con 65% de los casos entre las dos, la infección se explicada por la sepsis general (84%), mientras que en los trastornos inducidos por hipertensión arterial la complicación más frecuente fue el síndrome de HELLP (53%). Existen datos que evidencian que a pesar de la legislación, el aborto en condiciones de riesgo constituye uno de los principales problemas que agravan la mortalidad materna; tal es el caso de otro estudio realizado en la región metropolitana que encontró que de los casos de muerte materna por sepsis, 61,8% estaban asociados con un aborto realizado en condiciones de riesgo (13). Esto es un reflejo claro de las consecuencias que el aborto tiene cuando se realiza bajo condiciones inseguras y que ponen en peligro la salud y bienestar de la mujer y que a su vez refleja la falta de un sistema para la prevención de embarazos no deseados.

El mayor número de muertes maternas se concentra entre 20 y 34 años de edad (56,7%) y en las mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años con (37%). El 48% de las muertes maternas ocurrió en el grupo de grandes multíparas y en la población indígena (65%). El 53% de las muertes maternas ocurrieron el mismo día en el que se produjo el parto, 58% ocurrió en embarazos a término. El 54% de las muertes maternas ocurrieron en el hogar y 42% en algún servicio hospitalario, público o privado, y únicamente 3.4% murió en tránsito. El 40,4% de los

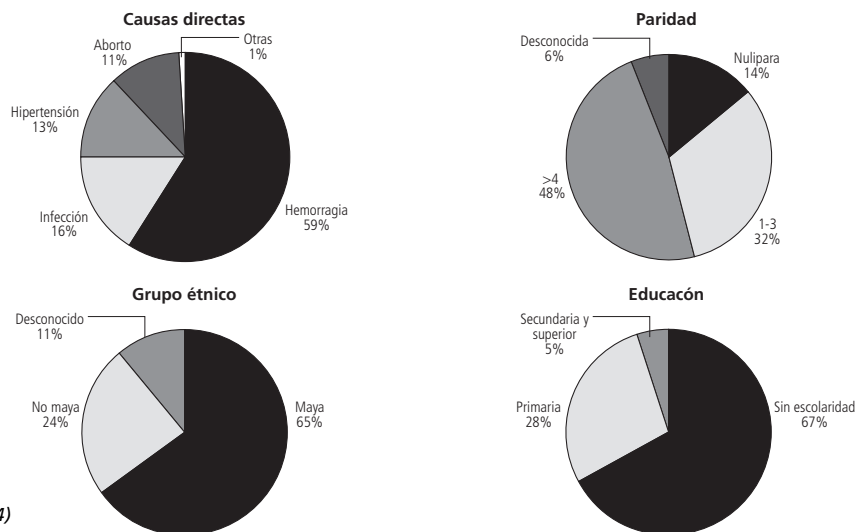




Figura 2: Distribución por departamento y características seleccionadas de la mortalidad materna en 2000



* RMM: razón de mortalidad materna;
 **DE: departamentos incluidos en el Diagnóstico Estratégico



Fuente: MSPAS, (14)





partos de las madres que murieron fueron atendidos por comadrona tradicional, 31,2% por personal médico y 20,4% fue asistido por ellas mismas o algún familiar (14).

Dentro las situaciones asociadas con la mortalidad materna pueden mencionarse la falta de información y educación en salud reproductiva, el bajo nivel de las mujeres a conocer y decidir sobre su cuerpo, la violencia sexual, el poco acceso a servicios de salud reproductiva y en particular, al control prenatal y la atención de partos complicados. Como lo sugieren estos hallazgos, la mortalidad materna está ligada fuertemente a condiciones de ruralidad, bajo nivel educativo, pobreza y la falta de acceso a servicios preventivos de salud.

Las zonas rurales con menor índice de desarrollo humano tienen también el mayor porcentaje de población indígena y, a su vez, son en la mayoría las regiones que tienen las tasas de mortalidad materna más altas en Guatemala. La mortalidad materna también es un indicador de la falta de decisión de las mujeres sobre su salud reproductiva (15).

Atención prenatal

La atención prenatal, aunque ha mejorado a lo largo del tiempo, continúa siendo un problema que está fuertemente relacionado con la salud maternoinfantil. De acuerdo con las ENSMI, (3,7,8) se observa un aumento en la proporción de la cobertura de la atención prenatal en todo el país brindada por personal médico y de enfermería, con 34,2% para 1987, 52,5% para 1995 y 59,6% para 1998/99. Estos cambios varían de acuerdo con las regiones del país, como la región metropolitana que tiene la mayor proporción de atención prenatal calificada (brindada por médico) en contraste con, por ejemplo, las regiones del norte y noroccidente del país.

Hay regiones en que la atención prenatal la prestan principalmente comadronas, como en el caso de la región Noroccidental donde tanto comadronas calificadas como empíricas están a cargo de la mayor proporción de la atención prenatal (3,7). En términos generales, la atención prenatal se distribuye de manera que 45% la proporcionan médicos, 34% comadronas, 13% no tienen ningún tipo de cuidado prenatal.

Infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA

La epidemia del sida, descrita a partir de 1981 a escala mundial, afecta fuertemente a la población guatemalteca donde se identificaron los primeros casos en 1984. Los departamentos donde se ha registrado la mayor proporción de los casos son Guatemala, Quetzaltenango, Izabal y Escuintla (75,4%) y de estos, la ciudad de Guatemala, es la que tiene el mayor número; sin embargo, hay que considerar la densidad de población y la calidad en el registro de datos. Se ha estimado que hay entre 41.000 y 81.000 personas portadoras del virus y esta misma fuente indica que para Guatemala la tasa de incidencia anual de sida es de 81,5 por 1,000,000 habitantes (16).

A este respecto, algunas de las medidas adoptadas en el país han sido la creación de un programa para el estudio del sida, se ha declarado una enfermedad de notificación obligatoria, se creó el programa Nacional de Vigilancia y Control del Sida y en 1987 la Comisión Nacional del Sida, con planes a mediano plazo para la prevención y control de esta enfermedad en el país, también se organizó la Coordinadora de Sectores de Lucha Contra el Sida.

Sin embargo, puede decirse que la mayor parte de organismos gubernamentales y no gubernamentales están orientados a abordar el problema en forma asistencial y no preventivo,





como debería de ser una campaña masiva en el uso de métodos combinados que garanticen una doble protección a la pareja y una mayor utilización tanto del condón masculino como el femenino.

Patrones de uso de los métodos de planificación familiar

Para 1985, la prevalencia del uso de anticonceptivos en Guatemala fue la más baja en América Central (7) y entre las más bajas en Latinoamérica. (2) En 1993, Guatemala tenía una prevalencia en el uso de anticonceptivos de 23%, con una tendencia a aumentar, como lo mostraron los resultados de las ENSMI en 1987, 1995 y 1998 (3,7,8) Esta creciente tendencia en el uso de anticonceptivos va desde 23.2, 31.9 a 38%, respectivamente.

A pesar de esta tendencia de aumento observada desde 1987, Guatemala continúa siendo el país de América Central con la tasa más baja de uso de métodos anticonceptivos y la tasa de fertilidad más alta (3,7,8). El cuadro 1 muestra las tendencias en uso de métodos de planificación familiar efectivos para Guatemala (3). El método más importante usado durante los últimos diez años es la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) femenina. El anticonceptivo oral combinado (AOC) y el dispositivo intrauterino (DIU), que muestran pequeños cambios con el tiempo.

Cuadro 1. Porcentaje del uso de métodos en mujeres unidas, Guatemala 1987-1998

Método	1987	1998-99
Esterilización	11	17
Anticonceptivos orales	4	5
Dispositivo intrauterino	2	2
Ritmo	3	6
Otros métodos	3	8
Porcentaje total de usuarias	23	38

Hasta 1998, el principal proveedor de métodos de planificación familiar era el sector privado con una cobertura del 72% de las usuarias. De este sector privado, la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM) representa aproximadamente 44% y el resto distribuido, en orden de importancia, por farmacias y clínicas privadas (3,10). A partir de 1999, el PNSR ha realizado esfuerzos para mejorar la cobertura de métodos de planificación familiar por parte del sector público. Por ejemplo, según informe de avances del PNSR (17) esta cobertura se incrementó de 1999 a 2001 de 56.978 a 149.012 usuarias y de 52 a 81% de establecimientos de salud que distribuían métodos.

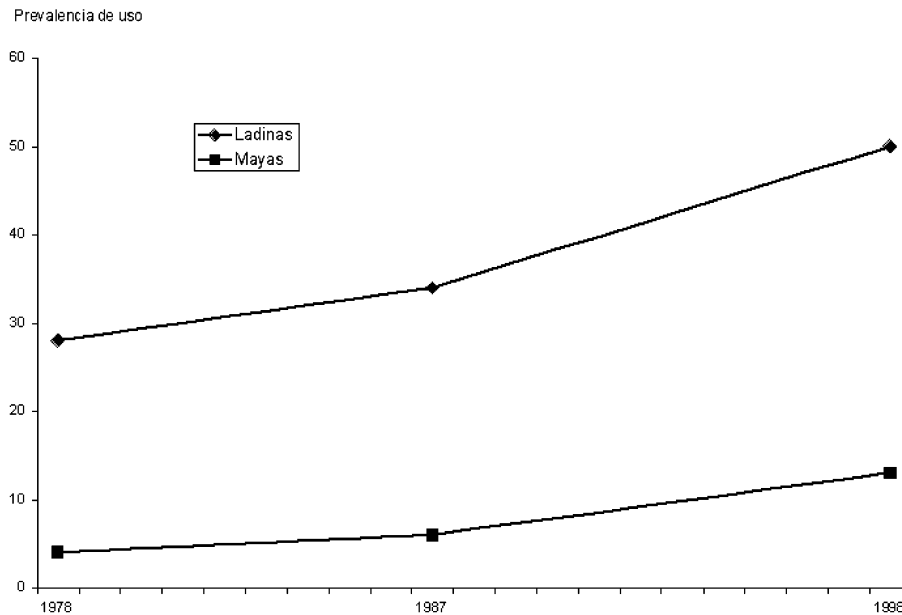
Bertrand y colaboradores, (18) encontraron en un análisis secundario de las ENSMI que la diferencia en el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres ladinas y mayas era muy marcado. La prevalencia de uso de cualquier método en mujeres ladinas aumentó de 28% en 1978 a 34% en 1987 y 50% en 1998. Por otra parte, en la población maya el aumento fue muy pequeño, 4% en 1978 a 6% en 1987 y 13% en 1998. (véase figura 3). Para ambos grupos y en todas las encuestas la prevalencia de uso de métodos modernos era de cerca de 65%.

Datos recientes del PNSR (19) señalan que a partir de la introducción del acetato de medroxi-progesterona de depósito (DMPA) en la gama de métodos, la preferencia de las usuarias cambió. Durante el primer semestre de 2001, el patrón de selección de métodos entre las usuarias nuevas correspondió a 61% para DMPA, 24% para los AOC, 10% para condones, 4% para la AQV femenina y masculina y 1% para el DIU. Entre 1998 y 2001 se encontró un cambio en la preferencia de métodos de las usuarias, (3,17) donde se observa un marcado aumento del DMPA a expensas de la AQV. Sin embargo, este hallazgo deberá inter-





Figura 3. Comparación de prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres ladinas y mayas, Guatemala 1978 a 1998



Fuente: Adaptado de Bertrand y colaboradores, (18).

pretarse con cautela debido a que provienen de fuentes distintas.

La figura 4 desglosa los componentes de la demanda insatisfecha de la planificación familiar de acuerdo con los datos recolectados en la ENSMI 98-99 (3). Sobre la base de las proyecciones de población y las estimaciones de la ENSMI 98-99, para 2001 habría una demanda en términos absolutos de métodos de planificación familiar de 608.908 mujeres en edad reproductiva. De no incrementarse la cobertura de uso de métodos de planificación familiar y si se mantiene el porcentaje de 1998, para 2005 el número de mujeres con demanda insatisfecha habrá aumentado a 713.058. Sin embargo hay que tomar en cuenta que a partir de 1999 y con la oficialización del PNSR la oferta de métodos

ha aumentado en Guatemala, faltando, por supuesto, conocer la cuantificación de la demanda. La necesidad de planificación familiar no es demanda mientras la oferta sea deficiente, debe medirse y mejorarse la oferta antes de medir y mejorar la demanda, la oferta requiere el mismo esfuerzo de medición que se da al estudio de la demanda (11).

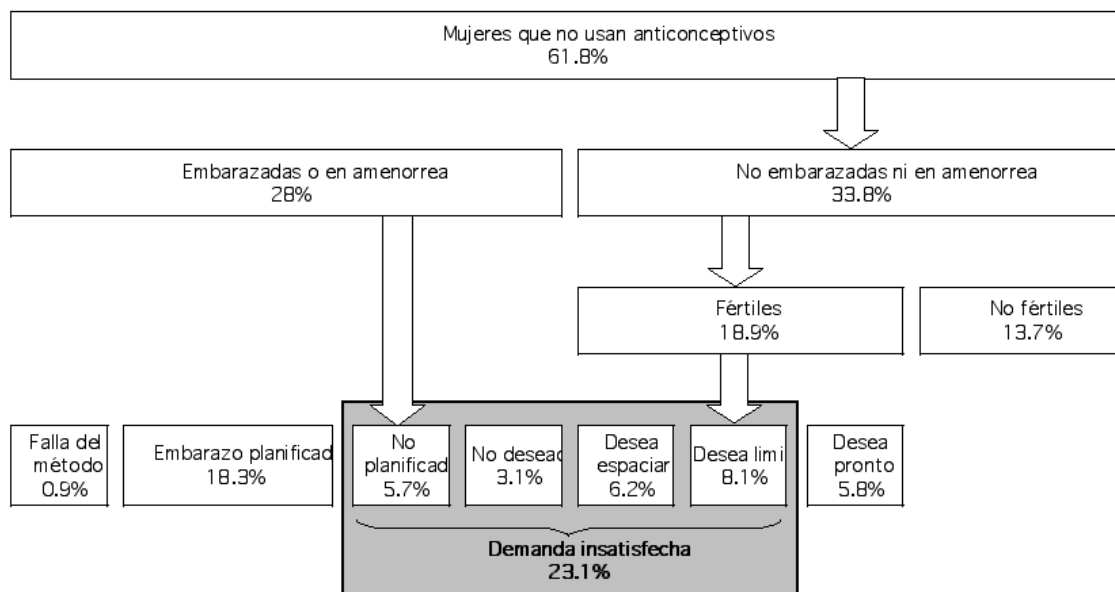
Salud reproductiva y enfoque de género

Existen implicaciones en la salud integral, incluyendo la salud reproductiva, de las mujeres a partir de sus condiciones de vida. Por ejemplo, el espaciamiento de los embarazos, la maternidad no deseada o no planificada y la prevención de infecciones del tracto reproductivo están relacionados con las condiciones de vida y el bajo





Figura 4. Componentes de la demanda insatisfecha de planificación familiar, Guatemala 1998



Fuente: Adaptado de la ENSMI 1998-1999, (3).

poder de decisiones de las mujeres sobre su salud reproductiva. Se ha determinado que mientras más alto es el nivel de educación aumental el uso de métodos anticonceptivos. Por ejemplo, de las mujeres en edad fértil con nivel de educación secundaria y superior, 68% usaban métodos anticonceptivos, mientras que las mujeres sin educación sólo 19% los usaba (3).

Por otra parte, hay cargas reproductivas asignadas entre los géneros que repercuten íntimamente en las condiciones de vida de las mujeres y los hombres, y que pueden afectar su salud integral, como la preocupación por vivir la maternidad en soledad, problemas económicos de la madre soltera, la desnutrición, los embarazos no deseados, los embarazos prematuros, el nacimiento de recién nacidos con bajo peso al nacer, la violencia y el abuso o el maltrato sexual.

Asimismo, estas cargas y derivaciones reproductivas asignadas mayormente a las mujeres podrían estar relacionadas con algunos aspectos de morbilidad que son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Por ejemplo, la diabetes mellitus que afecta a 65,35% de las mujeres y 34,65% de los hombres y la hipertensión arterial con una proporción de 68 y 32% entre mujeres y hombres, respectivamente. Dichas enfermedades podrían estar asociadas con la falta de satisfacción de necesidades personales y familiares, el abuso o maltrato, uso de anticonceptivos con estrógenos, embarazo por influencia hormonal placentario y otros (15,20) Por lo tanto, es posible afirmar que a pesar de que la salud reproductiva incluye a mujeres y hombres, las mujeres se encuentran en mayor desventaja.





CONTEXTO NACIONAL DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS

Todos los gobiernos tienen la responsabilidad moral y legal de respetar, proteger y cumplir de manera activa los derechos humanos de la población. En el caso de la salud reproductiva existe la necesidad de realizar esfuerzos para poder llevar estos derechos a la población por medio de la formulación de políticas reproductivas claras que deberán apuntalarse con la promulgación de legislación congruente con estas políticas (21). El gobierno guatemalteco ha hecho suyo este compromiso y durante estos últimos años promulgó la **Ley de Desarrollo Social**, (22) la **Política de Desarrollo Social y Población** (23) e instauró el **PNSR** (19).

Los derechos humanos en general, e implícitamente los derechos reproductivos, están protegidos por la Constitución Política de Guatemala. Por otra parte, tratados internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre los Derechos de los Niños, el Programa de Acción del Cairo y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, suscritos por el Gobierno de Guatemala, comprenden una amplia gama de derechos humanos estrechamente vinculados con los derechos reproductivos y la autodeterminación.

Antecedentes

Entre 1994 y 1999 Guatemala modificó su posición política sobre la salud reproductiva de conservadora a neutra. Sin embargo, a partir de 2000 se lograron avances políticos sobre este tema. Se realizaron esfuerzos para modificar el código de salud, como la vinculación de los compromisos del Cairo y Beijing con los programas nacionales y las normas de salud reproductiva, así como los aportes de las mesas de mujeres y organizaciones comunitarias.

En 1997 se promulgó el **nuevo código de salud** que introdujo cambios fundamentales en la estructura de la prestación de los servicios de salud. Definió una estructura macro denominada el sector de salud que lo forman las entidades públicas y privadas involucradas en la prestación de servicios sanitarios. Define al MSPAS como el ente responsable de dirigir al sector de salud por medio de regulación, coordinación y evaluación de las acciones ejecutadas por los componentes del sector; además, formular y ejecutar políticas, planes y programas de salud.

Para responder a los crecientes desafíos en términos de demanda de servicios de salud, el MSPAS diseñó e implementó el **Sistema Integrado en Atención de Salud (SIAS)**. Este programa busca proporcionar servicios básicos de salud a un sector más amplio de la población. Los servicios básicos comprenden atención para la mujer, infantes y niños en edad preescolar, servicios de emergencia y salud ambiental.

Debido a las altas tasas de mortalidad materna e infantil, el MSPAS estableció el Programa Nacional Materno Infantil, que el 8 de enero de 2001 se convierte en el PNSR. Las metas eran reducir la tasa de mortalidad materna a 100 por 100.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil (incluyendo las neonatales) a 26 por 1000 nacidos vivos.





Avances recientes

Ley de Desarrollo Social

De acuerdo con los preceptos constitucionales, los acuerdos de paz y otras leyes de carácter nacional e internacional, la Ley de Desarrollo Social (22) propone la creación de una política de población y desarrollo que **permita distribuir de manera equitativa los beneficios de la inversión del gasto público**. Los objetivos que persigue son la incorporación de la mujer al desarrollo, la disminución de la mortalidad materna e infantil, el combate a la pobreza, la educación, garantizar la convivencia pluricultural y multiétnica, el ordenamiento del territorio, la incorporación a los planes de estudio la educación reproductiva, paternidad y maternidad responsable y la planificación familiar.

El propósito de la ley es crear un marco jurídico que permita implementar los mecanismos de orden público para la promoción, planificación, coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones gubernativas y del Estado, encaminadas al desarrollo de la población en los aspectos sociales, familiares y humanos, con énfasis en los grupos de especial atención (población indígena, mujeres, población marginada, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad, adultos mayores y población migrante). Dentro del marco de multiculturalidad e interculturalidad guatemalteca, **la paternidad y maternidad responsable, la equidad de género, salud reproductiva y la maternidad saludable son principios básicos y deben ser promocionados por el Estado**. Por otra parte, toda persona tiene derecho a decidir responsable, consciente y libremente sobre su vida reproductiva respetando la vida humana desde su concepción. Además, las personas constituyen el objetivo fundamental de las acciones relacionadas con el desarrollo integral y sosten-

nible donde se reconoce el derecho irrenunciable al desarrollo de la población guatemalteca.

El **Artículo 28** contempla la implementación de un programa que concibe la salud reproductiva no sólo como la ausencia de enfermedad o dolencia, sino también como el mayor estado posible de bienestar físico, mental y social de la persona, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo sus funciones y procesos, con la capacidad de disfrutar de una vida sexual plena y responsable con la capacidad y libertad para procrear y para decidir el momento y la frecuencia. El objetivo del programa es reducir las tasas de mortalidad materna e infantil y la prestación de los servicios formarán parte integral del sistema de atención de salud.

Los **servicios de salud reproductiva** a prestar incluyen:

- Atención prenatal;
- Atención del parto y puerperio;
- Prevención del cáncer cérvico-uterino y de mama;
- Atención a la menopausia y climaterio;
- Servicios de planificación familiar;
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de próstata, la infertilidad y esterilidad, y
- Diagnóstico, tratamiento y prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH/SIDA.

Los servicios de planificación familiar serán optativos y se basan en la información veraz y objetiva, accesibles para todas las personas y parejas, en los establecimientos de salud pública y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Se contempla la prestación de atención específica y diferenciada para adolescentes que lo





requieran, incluyendo consejería institucional en maternidad y paternidad responsable, atención prenatal, atención del parto y puerperio, espaciamiento de embarazos y prevención y tratamiento de ITS-VIH/Sida.

Política de Desarrollo Social y Población

Por mandato de la Ley de Desarrollo Social (Artículo 50) se crea la Política de Desarrollo Social y de Población (23). Esta política toma alguno de los compromisos de los Acuerdos de Paz, **desarrolla una parte importante de la estrategia de reducción de la pobreza y, específicamente en el campo de la salud, hace énfasis en reducir en el mediano plazo 15% la mortalidad materna y 10% la mortalidad infantil.** Por otra parte, formula la reducción a largo plazo de las enfermedades de transmisión sexual incluyendo VIH/Sida en 20%.

Dentro de las políticas sectoriales en el ámbito de desarrollo social y población en materia de salud identifica como instrumentos de política al **PNSR, cuyos objetivos específicos a cumplir son: fortalecer el acceso a los servicios, mejorar la información, aumentar el personal calificado e informar y educar a la población.** La promulgación de la Ley de Desarrollo Social, con su política de Desarrollo Social y Población, constituye el marco jurídico y operativo para establecer acciones en el mejoramiento de la salud reproductiva del país.

En conclusión, estos avances recientes demuestran el interés político que el Gobierno de Guatemala ha mostrado en el mejoramiento de la salud reproductiva de la población. Sin embargo, las autoridades gubernamentales deberán redoblar sus esfuerzos para que esta política se lleve a la práctica en forma equitativa a toda la población.

Programa Nacional de Salud Reproductiva

De acuerdo con lo establecido en la Constitución de la República, el Código de Salud y el Programa Nacional de Salud 2000-2004, es necesario desarrollar intervenciones que contribuyan a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. El PNSR (19) contempla acciones específicas en aspectos de:

- Salud materna y neonatal
- Atención integral de la niñez, adolescentes, mujeres y hombres
- Prevención del riesgo reproductivo
- Servicios en planificación familiar
- Prevención y control del cáncer ginecológico
- Promoción de la participación masculina en actividades de salud reproductiva
- Atención integral de la salud de los adolescentes
- Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA

Debido a que la salud reproductiva depende de múltiples factores, el programa actúa de manera coordinada con otros sectores para lograr un mayor bienestar en el estado de la salud de la población objetivo. El programa busca mejorar la salud reproductiva de la población por medio de un enfoque de género, intercultural e interétnico, con énfasis en la población rural y más postergada.

Los aspectos prioritarios de este programa incluye la ampliación de la cobertura de los servicios dentro del marco holístico de la salud reproductiva y en coordinación con todas las entidades que conforman el sector de salud. Garantizar el ejercicio de la información de la





Cuadro 2. Metas de impacto del Programa Nacional de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Indicador	Situación basal (2000)	Meta (2004)	Reducción (%)
Mortalidad materna (por 100,000 nacidos vivos)	190	95	50
Mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos)	45	35	≈25
Mortalidad niños menores de 5 años (por 1000)	59	48	≈20
Tasa global de fecundidad (número de hijos por mujer)	5,0	3,8	≈25

Fuente: Adaptado de MSPAS, (19).

población para el desarrollo de la salud reproductiva y asegurar el derecho de todas las mujeres guatemaltecas a una maternidad saludable. Proporcionar a los adolescentes educación, información y comunicación, así como servicios orientados al desarrollo adecuado de su salud reproductiva.

La precaria situación de la salud de la niñez, las adolescentes y embarazadas dieron prioridad a las metas de impacto del programa que se presentan en el cuadro 2. El alcance de estas metas ambiciosas solo se logrará con la estrecha colaboración de todas las organizaciones vinculadas con la salud reproductiva. Constituyen un desafío para el sector salud la reducción, en menos de cuatro años, de la mortalidad materna a la mitad. De acuerdo con proyecciones del INE, (1) la hipótesis más probable de la TGF para el quinquenio 2000-2005 será de 4,4 hijos por mujer.

Cooperación técnica

La principal cooperación técnica que el PNSR ha estado recibiendo durante los últimos años es la **Iniciativa para la América Latina en la Reduc-**

ción de la Mortalidad Materna (LAMM), la cual tiene como objetivos aumentar la utilización y la calidad de servicios de cuidados obstétricos esenciales. Esta cooperación técnica la ofrece la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), la Organización Panamericana de la Salud, el Proyecto para la Garantía de la Calidad y John Snow, Investigación y Capacitación y el Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva (CIESAR).

Los esfuerzos de la LAMM se concentran en reducir la mortalidad materna en los países con razones de mortalidad materna mayores de 120 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, como Guatemala. La iniciativa ha apoyado al país mediante un enfoque desde tres ángulos. En primer lugar, propugnar la reducción de la mortalidad materna mediante políticas y diálogo; para Guatemala la reducción de la mortalidad materna es un compromiso gubernamental desde 1996 a través de los Acuerdos de Paz. Esta cooperación técnica priorizó en 1997 la





elaboración de un **Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal**, en ratificar los compromisos políticos en documentos oficiales como el Plan Nacional de salud 2000-2004, en la Matriz Social 2000-2004, en promover la creación de la Ley de Desarrollo Social y desde 2001, en apoyar al PNSR.

Esto muestra cómo el MSPAS, con apoyo técnico de las agencias de cooperación internacional, ha orientado sus esfuerzos en la creación de un ambiente favorable regido por políticas que privilegian la reducción de la mortalidad materna y mejorar la salud materna, por medio de la incorporación de los cuidados obstétricos esenciales en las políticas sanitarias, la mejora de la gestión y la administración de los recursos financieros y humanos, así como el afianzamiento de la eficiencia.

En segundo lugar, la LAMM persigue mejorar la calidad de los servicios de cuidados obstétricos esenciales, mejorar la prestación de cuidados obstétricos esenciales en el primer nivel de atención y los cuidados obstétricos en los hospitales de referencia. Dentro de la promoción de políticas que garantizan el acceso a servicios de cuidados obstétricos esenciales y su calidad destaca la elaboración, difusión, capacitación e implementación de las Normas Nacionales sobre Aspectos de Salud de la Mujer, con énfasis en la atención de las emergencias obstétricas, que sirven de estándares al SIAS como modelo actual de asistencia nacional por niveles. Dichas actividades orientan a fortalecer las capacidades clínicas de los prestadores de los cuidados obstétricos y también a rediseñar los servicios de atención obstétrica con base en los requerimientos de las normas. La estrategia para mejorar el desempeño y la calidad en la salud materno-neonatal es una prioridad de acción de las autoridades de salud y, por lo tanto, un motivo de

apoyo y coordinación de las agencias de cooperación internacional que trabajan con el PNSR/MSPAS.

La difusión y la aprovechamiento de documentos técnicos para la toma de decisiones y su aplicación en intervenciones eficaces se materializan en la publicación y puesta en práctica en actividades de capacitación. Como ejemplo destacan el Paquete Madre/Bebé, documento que describe procedimientos eficaces en función de los costos para la maternidad sin riesgo y está destinado a facilitar estrategias nacionales para mejorar la salud materna y neonatal, los Manuales de Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto, las Guías para la Vigilancia de la Mortalidad Materna y los Instrumentos de Mejoría del Desempeño y la Calidad en Salud Materno-Neonatal.

El componente de información, educación y comunicación (IEC) persigue aumentar la conciencia comunitaria sobre las complicaciones y la disposición a solicitar cuidados en un servicio prestado por personal capacitado en la atención obstétrica. El MSPAS trabaja en coordinación con los niveles comunitarios e institucionales para abordar cada uno de los pasos en el camino para la supervivencia materna. En efecto, se capacita a las comunidades —mujeres, familias, promotores de salud comunitarios, grupos de mujeres, auxiliares tradicionales y comadronas— para reconocer y responder oportunamente a las complicaciones del embarazo, especialmente durante el parto y el puerperio inmediato. Las intervenciones buscan la modificación de comportamientos que fortalezcan la participación comunitaria y mejoren el acceso y la oportunidad a los servicios de cuidados obstétricos como la base en el camino para la supervivencia materna. Dentro de este marco de participación comunitaria se está desarrollando la estrategia





de hogares maternos y maternidades comunitarias, como una respuesta que apoya la extensión de coberturas y el acceso oportuno y permanente de pacientes obstétricas de sitios remotos del país.

Como parte de este enfoque, el MSPAS diseñó recientemente un paquete de materiales educativos e informativos que pretenden identificar los derechos y responsabilidades de los usuarios con relación a lograr una maternidad saludable. Dentro de estos materiales se cuenta también con los requerimientos básicos a incluir en una atención prenatal de calidad, se identifican las señales de peligro que requieren referencia oportuna de complicaciones de la madre en el embarazo, el parto, posparto y en su recién nacido. Por último, se incluye una guía práctica que permita a las mujeres, a las familias y a los miembros de la comunidad organizados en comités elaborar un plan de apoyo a la vida que incluye un plan para atender el parto y un plan al momento de presentarse una emergencia.

Otros esfuerzos que desarrolla el MSPAS se han centrado en la formulación de una variedad de herramientas para mejorar la recopilación y el análisis de datos, la coordinación interinstitucional y la eficiencia en la gestión de los programas de salud materna. El MSPAS hace énfasis en la información oportuna sobre la salud y la mortalidad materna, revisando y modificando los instrumentos de recolección de información, desarrollando los comités de análisis local, departamental y nacional y la utilización de la información para toma de decisiones. Ejemplo de esto es el desarrollo del Sistema Único de Información, la Línea Basal de la Mortalidad Materna 2000, las encuestas de salud maternoinfantil, los comités de análisis de la mortalidad materna y el Grupo Estratégico de Monitoreo de la Salud Materna, como una

instancia permanente de apoyo técnico y logístico al PNSR. Asimismo, el PNSR ha elaborado, con la cooperación de agencias internacionales, un nuevo formato del libro de partos que permite la recopilación de información básica para la construcción de indicadores de proceso que ayudará a los gerentes de salud en la toma de decisiones e identificar oportunamente soluciones en la identificación de complicaciones obstétricas y neonatales. Este formato ha sido diseminado a diferentes dependencias ministeriales como el Departamento de Epidemiología, Sistema de Información Gerencial de Salud, Unidad de Provisión de Servicios Hospitalarios.

El PNSR promueve, apoya y coordina el intercambio de información en lo referente a la salud materna entre los equipos técnicos, los organismos y las instituciones nacionales e internacionales que trabajan con los temas de salud de la mujer, así como la difusión de información a través de Informes anuales de logros y resultados en aspectos de salud reproductiva.

El MSPAS, con apoyo técnico y logístico de agencias de cooperación técnica, ha desarrollado y participado en talleres nacionales e internacionales para abordar temas prioritarios en el ámbito político para identificar normas que necesitan actualizarse; definir áreas estratégicas para formular o introducir enmiendas a la legislación vigente; analizar los datos e intercambiar experiencias entre los países en el campo de la salud materna. Ejemplo de ello es la decisión nacional de implementar la estrategia de los hogares maternos, luego de la visita de autoridades nacionales a países vecinos para conocer y verificar sus logros. Asimismo, como parte de este proceso el MSPAS revisó la utilización de los diferentes instrumentos existentes para el monitoreo del trabajo de parto y se formalizó el uso del partograma elaborados por la OMS por la facilidad





de su uso, el cual se distribuirá en un formato plastificado a todos los servicios que atienden partos en el país. También se oficializó y reprodujo para su distribución y uso en todo el país el carné y ficha perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) como una forma de estandarizar el registro y monitoreo de la información de los componentes materno y neonatal.

En resumen, el MSPAS adoptó la iniciativa para la reducción de la mortalidad materna porque presenta un enfoque innovador mediante la integración de intervenciones múltiples en los niveles de políticas, servicios de salud y la comunidad. Los esfuerzos del PNSR y el MSPAS se orientan a promover y aplicar políticas que den respuesta a la necesidad de la comunidad para acceder a información técnicamente avalada basada en evidencia, servicios de salud de calidad para la provisión de cuidados obstétricos esenciales e incrementar la capacidad de la comunidad para reconocer las complicaciones y acceder a estos servicios. Esta estrategia ha comenzado a generar una alianza clave (destinada a la reducción de la mortalidad materna y el mejoramiento de los indicadores de salud de la mujer) entre las autoridades encargadas de formular políticas, el ente rector de la salud en el país —MSPAS—, la instancia técnico-normativa —PNSR—, los responsables operativos —SIAS—, la cooperación internacional y los usuarios de los servicios en la comunidad.

En 2001, el MSPAS, con la cooperación del Proyecto de Salud Materno Neonatal (PSMN), inició el proceso de mejoría del desempeño y la calidad en atención materno neonatal en tres áreas de salud prioritarias del país: Sololá, Quiché y San Marcos, para posteriormente replicar el proceso en otras cinco áreas más. Para 2002, el proceso ha sido implementado en 115 servicios de salud, en 51 comunidades de las

ocho áreas de salud de las Regiones VI y VII por medio del instrumento de mejoría del desempeño, el cual fue elaborado y validado sobre la base de la revisión de las normas de atención materno neonatal vigentes y en la evidencia científica más actualizada para ser utilizado en hospitales nacionales, centros de salud tipo A, maternidades comunitarias, centros de salud tipo B y puestos de salud. Este instrumento cuenta con protocolos para el manejo de primeras dos complicaciones obstétricas que producen mayor mortalidad como el choque hipovolémico y séptico, ambos se basan en las recomendaciones técnicas del manual Manejo Integrado de las Complicaciones del Embarazo y del recién Nacido (por sus siglas en inglés, IMPAC) validado y oficializado por el MSPAS para su uso en Guatemala.

Las áreas técnicas evaluadas con los instrumentos han proporcionado información sobre la infraestructura y servicios de apoyo, que a su vez representan un resumen de los servicios considerados como básicos para la atención materno neonatal esencial. Entre ellos se puede mencionar el manejo básico de las urgencias obstétricas y neonatales, la prevención de infecciones, el manejo de estadísticas y sistemas de información gerencial, la existencia de normas técnicas y manuales de procedimientos y funciones, la existencia de información orientada a la usuaria, sobre todo considerando características de interculturalidad y etnicidad y todo lo relacionado con recursos humanos, físicos y materiales. El diagnóstico de línea de base arroja un desempeño promedio para los 10 hospitales evaluados de 18%. De igual manera se cuenta con un diagnóstico realizado en 37 centros de salud tipo A y B, así como 78 puestos de salud. Cada uno de estos instrumentos tiene una guía de aplicación y una hoja de resumen que permitirá a los supervisores y evaluadores de servicios





poder dar seguimiento a las observaciones y recomendaciones como parte de las intervenciones diseñadas para corregir las deficiencias encontradas en los diagnósticos de evaluación de los servicios (línea de base).

Se han puesto en marcha intervenciones en todos los hospitales y servicios que se han evaluado, como en el caso de la Maternidad Periférica del Departamento de Obstetricia del Hospital Nacional de Amatlán, donde posterior a la capacitación de tres gineco-obstetras —sin haber realizado línea de base—, ya se han generado resultados muy importantes entre los que destacan de un total de 3.310 partos, 2.713 eutócicos, 67 distócicos y 492 cesáreas, para un índice de 15%. Asimismo, en cuanto al manejo de pacientes primigestas, posteriores a la introducción de nuevas intervenciones basadas en evidencia que permiten una humanización de la atención del parto del total de primigestas (1142), se realizaron 793 episiotomías para un índice de 30%. Por otra parte, el índice de rasgaduras fueron de 4,9, 2,9 y 0,06% para rasgaduras de grado I, II y III, respectivamente. Estos resultados permiten asegurar que la introducción de dicha intervención no ha significado un riesgo para las pacientes, por el contrario han reducido la estancia, las molestias posparto y el dolor y ha incrementado la posibilidad de movilización y atención a su recién nacido por no tener una sutura que cuidar. Asimismo, ha permitido al servicio tener un ahorro económico.

Otra intervención introducida en 10 hospitales y en el departamento de maternidad del Hospital de Amatlán es el manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto (MATE). Las estadísticas para esta intervención arrojan los siguientes datos: MATE realizado al 99% de las pacientes lo cual ha representado un ahorro neto comparado con el uso de transfusiones

sanguíneas por hemorragia posparto para el mismo período evaluado de Q 6,000.00 que equivale a la mitad de lo gastado el año anterior.

Además, esto representa una contribución significativa en la prevención de hemorragias posparto, en especial para las pacientes anémicas, que al tener hemorragias aun menores de 500 mL aumentan su riesgo de presentar una complicación o empeorar más su problema en el posparto inmediato. Esta práctica previene riesgos adicionales al momento de un nuevo embarazo, particularmente si ocurre antes del período recomendado de dos años.

Durante los últimos diez meses el MSPAS ha iniciado, juntamente con el proceso de evaluación de servicios institucionales, la incorporación de una metodología innovadora en el ámbito comunitario que le permite aumentar la identificación temprana de signos de peligro por complicaciones obstétricas y neonatales, así como el aumento de la referencia de usuarias por complicaciones obstétricas y neonatales por medio de la participación de grupos organizados de la comunidad, en especial a quienes toman las decisiones de trasladar estas emergencias. Esta metodología consiste en la elaboración e inclusión en la atención prenatal de un plan de apoyo a la vida, que incluye entre sus componentes la preparación de un plan de parto y de emergencia al momento que una complicación se presente. También contempla la conformación de comités en favor de la maternidad saludable que incluye la formación de comisiones comunitarias que promuevan la formación de un fondo económico de ahorro y la existencia de un medio de transporte destinados para referir una emergencia al momento de presentarse.

Asimismo, durante el último año el PNSR/MSPAS ha iniciado un proceso para institucionalizar los cambios en la formación de





recursos humanos, inicialmente con personal auxiliar y profesional de enfermería, los cuales han consistido en revisión de los currícula de formación del personal auxiliar de enfermería y de enfermeras, lo cual se está realizando tomando en cuenta las competencias básicas en atención materna y neonatal necesarias que el personal requerirá al momento de iniciar su trabajo en las áreas de servicio materna y neonatal de los servicios de salud.

Durante 2001 se capacitaron en todo el país 11 docentes de todas las escuelas de enfermería y de auxiliares de enfermería. Estas personas han sido actualizadas y estandarizadas en cuanto a conocimientos y prácticas de la atención materna y neonatal esencial. El propósito es que después de que los docentes han incorporado a su práctica estos conceptos, los repliquen en los sitios de práctica para que las nuevas alumnas se graduarán con los conocimientos y prácticas necesarias que les asegure ser proveedores competentes para la atención de partos y la identificación temprana y manejo oportuno de las complicaciones.

Investigación

Dentro de la cooperación técnica en el área de la investigación se evaluaron los resultados de las investigaciones operacionales en salud reproductiva realizadas en período comprendido entre 1988 y 2000 para identificar el impacto de estos proyectos e identificar los factores facilitadores y restrictivos presentes durante la realización de la investigación o en la aplicación de los resultados. Para la evaluación de las 22 investigaciones se calificaron 25 indicadores de proceso e impacto. La mayor parte de los proyectos fueron estudios de intervención, aunque también incluía estudios demostrativos y de evaluación. Las áreas de mayor desempeño (arriba de 75%) del grupo de estudios correspondieron a relevancia local, disseminación de

resultados, participación activa de la agencia ejecutora en el diseño y realización del estudio. Otros aspectos positivos fueron completación oportuna del proyecto, resultados válidos, seguimiento 36 meses después de la implementación y continuidad de personal clave.

En cuanto a la efectividad de la intervención, 65% mostraron ser efectivos, 20% no fueron concluyentes y 15% no arrojaron resultados de efectividad. En cerca de 65% de los proyectos la agencia ejecutora realizó acciones sobre la base de los resultados de las investigaciones. Por otra parte, se expandieron intervenciones exitosas en cerca de la mitad de los proyectos y 30% fueron adoptados por organizaciones locales, aunque raramente se aplicaron en otros países. Sin embargo, varios estudios condujeron a cambios en las políticas, particularmente en los programas.

Dentro de los aspectos que se encontró que necesitan mejorarse está la formulación de muchos objetivos que dificulta su logro, u objetivos que describen las actividades pero no los resultados alcanzados. Además, la mayor parte de organizaciones no generan suficiente capacidad técnica que les permita la implementación de investigaciones operativas subsecuentes.

Por otra parte, se encontraron varios factores de éxito, como el liderazgo de la agencia ejecutora o el equipo de investigación, monitoreo y supervisión de la intervención y metodologías y diseños simples. Asimismo, los factores que aumentan la utilización de los resultados incluyen una integración entre la intervención y la organización que la implementa, resultados inmediatos y palpables derivados de la intervención, motivación del proveedor, asistencia técnica continua y programación.

Coordinación interinstitucional

Durante la década de 1960, el MSPAS contaba con el programa Materno Infantil que





incluía dentro de sus planes de trabajo pocas acciones relacionadas con la planificación familiar. En 1969, APROFAM realiza un acuerdo con el Ministerio para reorganizar dicho programa e incluir servicios de orientación familiar. Esta coordinación permite que en 1975 se creara la Unidad de Distribución Comunitaria de Anticonceptivos con el objetivo de llegar a las personas que habitaban en zonas alejadas de dispensarios y puestos de salud con métodos sencillos de planificación familiar que no requerían la supervisión médica frecuente. Asimismo, se conforma la estrategia de trabajo para el área rural maya, denominada Desarrollo Rural del Altiplano donde se brindan servicios de atención primaria, incluida la planificación familiar. En 1977 se crea el programa de Distribución Directa el que por medio de un equipo de visitadores médicos abastecía de métodos anticonceptivos a centros y puestos de salud de todo el país. A principios del decenio de 1980 se conforma la estrategia específica para métodos naturales e integrarla a la oferta de metodología anticonceptiva.

APROFAM continua en la actualidad trabajando en actividades de información, educación y capacitación para sensibilizar a los diferentes grupos de población sobre la importancia de la aplicación de los derechos reproductivos y la planificación familiar. El hilo conductor de todas las actividades son los derechos reproductivos con enfoque y perspectiva de género y sociocultural para hacer más accesibles los servicios para mujeres y hombres de las culturas que conviven en Guatemala.

Ambiente político, religioso y grupos organizados

Política Nacional de Promoción de las Mujeres y Plan de Equidad de Oportunidades

La implementación de la Política se organiza a través de la Secretaría Presidencial de la Mujer (SEPREM), (24) que actúa como organismo coordinador con instancias del Estado, gubernamentales, no gubernamentales, nacionales e internacionales contribuyendo con acciones dirigidas a la promoción y desarrollo integral de las mujeres y la equidad de género. Esta política fue el resultado de un esfuerzo multisectorial de organizaciones sociales de mujeres, tanto independientes como representantes de las diferentes instancias del estado. Las metas de la política están dirigidas a centrar las acciones gubernamentales en las mujeres en las diferentes etapas de la vida, grupos de edad y socioculturales para incorporar sus planteamientos en las políticas públicas, leyes y programas específicos, para fomentar su participación en la gestión pública y el ajuste de los mecanismos institucionales para la implementación de la política.

La política incluye, entre otros aspectos, un eje de salud integral de las mujeres que incorpora el principio de equidad entre hombres y mujeres de todos los grupos socioculturales y la transformación de la filosofía de salud hacia el logro del desarrollo integral. La incorporación de programas de ITS/VIH/SIDA, la prevención del embarazo durante la adolescencia y el abordaje de condiciones específicas en sus diferentes etapas de la vida. Además, contempla la creación de programas multisectoriales de salud reproductiva de acuerdo con la declaración del Cairo y la conferencia de Beijing.

Una de las principales contribuciones al desarrollo y salud integral de las mujeres han





sido los pasos hacia la institucionalización e implementación de la Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres, el Plan de Equidad de Oportunidades 2001 – 2006 y la agenda legislativa y política de desarrollo social en Guatemala. De tal forma que, para el eje de salud integral de las mujeres, en el ámbito ministerial se han aunado esfuerzos con el MSPAS en los siguientes ejes de apoyo y coordinación: promoción de mecanismos institucionales para la aplicación de la política y los componentes de salud integral de las mujeres, sistema de información y monitoreo, metas sectoriales e informes y dictámenes.

Promoción de mecanismos institucionales para la aplicación de la política y los componentes de salud integral

La coordinación y fortalecimiento de las acciones con el MSPAS, dedicadas a la institucionalización de las prioridades específicas de las mujeres y el enfoque de género, se realizan facilitando y apoyando la apropiación de esta visión a partir de la concepción de planes, programas, acciones y medidas desarrolladas en el marco de la integralidad. Para el eje de salud integral de la mujer, la instancia de género institucionalizada es el Consejo Consultivo de Salud Integral de la Mujer.

El Consejo Consultivo de la Mujer ha desarrollado su plan estratégico de salud integral dentro de los compromisos que abordan las prioridades estratégicas para el desarrollo integral de las mujeres. En dicho instrumento se brinda atención especial a las mujeres, incluyendo medidas y acciones destinadas a atender sus necesidades y demandas durante todo su ciclo de vida.

El Plan Estratégico del Consejo Consultivo de Salud Integral de la Mujer incluye ejes prioritarios para el desarrollo de las mujeres, concebidos y recomendados entre la SEPREM y el MSPAS, como la transformación de la filosofía de salud hacia la salud integral, participación equitativa

en el sector salud, ampliar la cobertura de servicios hacia las mujeres en todos los ciclos de la vida y grupos socio culturales, transformar los modelos de conducta sociales y culturales fundamentados en la opresión a las mujeres.

Para facilitar la articulación de esfuerzos se participa en espacios multisectoriales de diálogo sobre la salud reproductiva, como el Grupo de Monitoreo de Mortalidad Materna, la Mesa Multisectorial de la Lactancia Materna, espacios de debate sobre la estrategia de reducción de la pobreza, los consejos de desarrollo nacional y local, la reforma educativa en componentes de género y alfabetización con el abordaje de salud reproductiva de las mujeres.

Sistema de información y monitoreo

La SEPREM coordina esfuerzos con el MSPAS y otros ministerios para el monitoreo de acciones que busquen lograr que la información oficial se presente desagregada por sexo. Ya sea información proveniente de investigaciones sociales, documentales, instrumentos de recolección de datos, análisis e informes que puedan proporcionar datos oficiales. Apoya en todas las instancias del Gabinete Social en la creación e implementación del acuerdo gubernativo para el rubro presupuestal hacia la equidad de género, con especial atención al desarrollo de las mujeres.

Metas sectoriales

Vincula los esfuerzos de la política con el Gabinete Social en general y, en cuanto a salud, con el MSPAS en particular. Destaca la coordinación de esfuerzos, sugerencias y acciones con el PNSR, enfatizando en la atención y acceso a la salud integral de las mujeres de todos los ciclos de vida y los diferentes grupos culturales. Asimismo, la colaboración y apoyo mutuo con el MSPAS para el logro de la implementación de la ley y la política de Desarrollo social de Guatemala en el





eje de salud, en los planes, programas, líneas de acción y estrategias relacionadas con la salud integral de las mujeres, con sus condiciones específicas y la universalidad de sus derechos y prioridades.

Informes y dictámenes

Reporta anualmente los esfuerzos de coordinación y los resultados de monitoreo con los diferentes ministerios en el marco de los avances y compromisos cumplidos sobre la Política Pública de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas. En el caso del MSPAS se reporta los esfuerzos coordinados y vinculados a la salud integral de las mujeres.

El papel de las iglesias en la planificación familiar

La Iglesia Católica es un sector con posturas enfáticas en cuanto al tema de planificación familiar se refiere. La Iglesia sólo acepta el uso de métodos naturales y este mandato ha sido dictado desde su mayor autoridad.

La iglesia evangélica (protestantes) está anuente en este tema y a respetar la decisión individual de los miembros de sus distintas congregaciones sobre aspectos de maternidad y paternidad, claro está que esto lo hacen llevando una línea de conducta en base a principios bíblicos y en búsqueda de la responsabilidad.

La cultura maya se basa desde su origen en mandatos religiosos cuyo poder y fuerza sobre la decisión humana es sorprendentemente inmensa y data desde hace miles de años. Los sacerdotes Mayas no aceptan el uso de anticonceptivos, ellos piensan que estos han sido impuestos para detener la procreación de los mayas. Un aspecto muy importante en este grupo es la idea que se tiene en cuanto a la asociación con daño a la salud por su uso y la queja en cuanto a falta de información al respecto (25).

Sin embargo, el Gobierno de Guatemala, a través del MSPAS y respetuoso de la independencia de poderes, inició el diálogo con las altas autoridades eclesiásticas de las diferentes religiones haciéndole ver la necesidad impostergable de mejorar la salud reproductiva de la población guatemalteca. En el futuro las autoridades de gobierno deberán continuar con esta política.

El papel de los grupos organizados de mujeres en la planificación familiar

La mujer, como individuo en Guatemala, ha sido discriminada en muchos aspectos, históricamente se ha constituido en un ser cuya voz no había sido tomada en cuenta para la toma de decisiones. Esta situación se ha modificado ligeramente en los últimos años mediante su transformación en un ente que trabaja por conseguir mejorar su situación. Como resultado de esos intereses se han constituido grupos organizados de mujeres que tienen un fin común en la búsqueda de soluciones a problemas que le aquejan y agreden su seguridad social, económica, biológica, emocional y sus derechos humanos, que incluye los derechos reproductivos. Como tal, los grupos organizados de mujeres han tomado fuerza y constituyen en la actualidad un elemento que tiene poder ante la sociedad para controlar su salud decidir sobre sus derechos reproductivos (25).

Por otra parte, grupos organizados vinculados con los derechos reproductivos de la mujer han llevado a cabo un profundo análisis del PNSR tendientes a su fortalecimiento, la verificación del cumplimiento pleno de los derechos reproductivos de las mujeres y generar un intercambio de opiniones (26). Uno de los aspectos más importantes abordados en este análisis es la sugerencia de utilizar un sistema de indicadores más específicos sobre el estado de salud de las mujeres.





MARCO CONCEPTUAL DEL ENFOQUE ESTRATÉGICO

El Enfoque Estratégico ha definido objetivos que permiten orientar el desarrollo de su metodología que son: identificar si existe la necesidad de realizar cambios en las políticas de la salud reproductiva de los países, identificar intervenciones programáticas adecuadas y sostenibles que puedan mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva, así como proponer acciones apropiadas que estén relacionadas con la política, los programas de intervención y las necesidades de la investigación.

El marco conceptual para mejorar el acceso y la calidad de los servicios básicos en la salud reproductiva es un enfoque estratégico que consta de tres etapas y ha sido desarrollado por la OMS (27,28). La primera etapa, llamada diagnóstico estratégico y planificación de la acción, es un proceso que desarrolla recomendaciones para cambios en las políticas de salud, modificación de programas existentes e intervenciones, además de identificar necesidades de investigación. La segunda etapa del enfoque estratégico está constituida por la investigación-acción y se evalúan y comprueban las principales recomendaciones para desarrollar intervenciones y en la tercera etapa se replican e implementan estas intervenciones en una mayor escala. Las oportunidades de actuar se presentan en las tres etapas, dándole a los formuladores de políticas y gerentes de programas la información y el tiempo para realizar políticas basadas en evidencia y seleccionar programas que puedan aumentar los beneficios en los resultados de la salud reproductiva de la población.

Desde 1993 17 países han puesto en práctica el enfoque estratégico para la introducción de anti-conceptivos (29-31). Dado que el enfoque estratégico utiliza un marco conceptual de salud reproductiva y se centra en la calidad de la atención, dirige no sólo su atención a los servicios de planificación familiar, sino a los diferentes pilares de la salud reproductiva. La naturaleza propia y la flexibilidad del enfoque estratégico ha llevado a varios países a adaptarlo y aplicarlo en otras áreas específicas de la salud reproductiva. La realización del enfoque estratégico en muchos países ha proporcionado contribuciones significativas para alcanzar los objetivos sugeridos por la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo llevada a cabo en El Cairo en 1994.

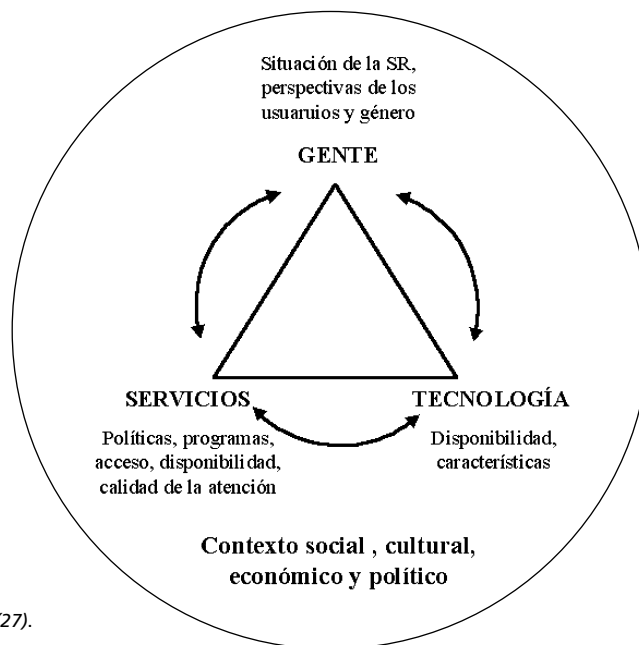
Entre los principales logros alcanzados se incluye haber obtenido un mejor entendimiento de la calidad de la atención en los servicios de salud reproductiva y la implementación de acciones apropiadas para mejorar o mantener esta calidad. Así también, ha permitido la definición de nuevos programas y estrategias de políticas que reflejen un enfoque de la salud reproductiva en los servicios de salud, ha incrementado el acceso y ha aumentado las opciones de métodos de planificación familiar mediante el mejoramiento en la oferta de los métodos disponibles, el retiro de aquellos métodos que no sean seguros y la apropiada introducción de nuevos métodos, así como brindar un mejor apoyo a los programas o cambios de políticas respetando los puntos de vista de la comunidad, las usuarias, los proveedores y el personal de salud en general como parte de un proceso de toma de decisiones.

Un aspecto fundamental del diagnóstico estratégico es su marco conceptual que se centra en las necesidades y perspectivas de las usuarias, tal como lo muestra la figura 5 y que se representa colo-





Figura 5. Marco conceptual del diagnóstico estratégico



Fuente: Modificado de OMS, (27).

cando en el vértice superior del triángulo a la gente. Este enfoque permite identificar de mejor manera aspectos críticos de aceptabilidad y sostenibilidad de la tecnología anticonceptiva de acuerdo con las características de la población y la capacidad actual y potencial de los servicios de salud.

Dado que las comunidades son heterogéneas, el marco conceptual toma en cuenta los aspectos religiosos, culturales y de género que determinan las opiniones y uso de los métodos anticonceptivos. Es una herramienta para conocer los intereses y enfrentar los temores de usuarios potenciales como mujeres jóvenes y hombres.

El vértice de la tecnología incluye las características de la gama de métodos disponibles y de cualquier otro método que se contemple intro-

ducir o retirar en algún programa. Es necesario tomar en cuenta la efectividad, requerimientos para su administración, efectos secundarios, duración del efecto anticonceptivo y reversibilidad, que permitirá determinar la idoneidad de la gama de acuerdo con la capacidad de prestación de servicios del sistema y las necesidades de los usuarios.

El vértice de los servicios trata sobre los factores que afectan la capacidad del sistema de prestación de servicios para asegurar a los usuarios un acceso a los servicios con calidad. No se asume que el sistema está automáticamente en la capacidad de ofrecer un método, por el contrario, investiga si el sistema cuenta con la suficiente capacidad gerencial —en términos de desarrollo de recursos humanos, planificación, supervisión y monitoreo— para proporcionar





métodos de planificación familiar con niveles apropiados de calidad de la atención.

El círculo alrededor del triángulo representa el entorno social, cultural, económico y político que influencia las relaciones entre cada uno de los vértices. Ayuda a comprender aspectos como las condiciones económicas y las ideologías políticas que determinan las prioridades para abordar las necesidades de salud reproductiva. Por otra parte, se considera importante incluir de manera transversal en el análisis de cada uno de los vértices la perspectiva de equidad genérica, generacional y étnica.

El marco conceptual enfatiza los aspectos involucrados en la calidad de la atención. Las interacciones entre los usuarios y los servicios, entre los usuarios y la tecnología y entre la tecnología y los servicios que formulan interrogantes con implicaciones en la calidad de la atención.

Durante la realización del diagnóstico estratégico existe la necesidad de que el equipo de trabajo formule preguntas estratégicas, que sin ellas se corre el riesgo de perder los objetivos del trabajo. Al responder las preguntas estratégicas generarán información sobre intervenciones programáticas prioritarias de la salud reproductiva y al mismo tiempo identificará una amplia gama de aspectos relacionados con la salud reproductiva.

Al hacer el diagnóstico estratégico una actividad participativa se amplía el espectro de competencias en el proceso de toma de decisiones. Esta perspectiva multidisciplinaria busca la participación de los actores clave de las instituciones gubernamentales y organismos no gubernamentales, que incluye a formuladores de políticas, gerentes de programas, proveedores de servicios, investigadores, grupos que abogan por la salud de las mujeres, líderes de la comunidad o grupos comunitarios. La naturaleza

participativa del diagnóstico genera un amplio apoyo y consenso para las acciones que se propongan, que al incorporar más puntos de vista abre y hace transparente el proceso de toma de decisiones. Al involucrar a todos los actores es más fácil determinar las barreras que impiden el acceso apropiado a los servicios de salud reproductiva e identificar soluciones factibles. La opinión de los miembros de la comunidad y los proveedores de servicios contribuye a comprender las barreras para una prestación efectiva de los servicios de acuerdo con las prioridades locales.

La segunda etapa del enfoque estratégico, investigación-acción, se basa en las prioridades determinadas en el diagnóstico e involucra el estudio de soluciones realistas para mejorar la prestación de servicios de acuerdo con las posibilidades del sistema de salud. Finalmente, la tercera etapa, expansión, está dirigida al diálogo político y a la expansión de los programas estudiados a escala local o regional durante la segunda etapa (27).

Los desafíos de la salud reproductiva son múltiples y dinámicos y rebasan el área de acción del sector sanitario. De ahí la importancia de que, por un lado, el enfoque estratégico sea lo más participativo posible y, por otra, un proceso a largo plazo que se repite cuando se abordan nuevas facetas de esta compleja problemática.





OBJETIVOS

Meta

La meta del enfoque estratégico es mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva en la República de Guatemala.

Objetivos

Los objetivos del diagnóstico estratégico a través de un análisis participativo y bajo diferentes enfoques disciplinarios son:

1. Evaluar la calidad de la prestación de los servicios de salud reproductiva del sistema de salud de Guatemala.
2. Evaluar la gama de métodos de planificación familiar disponibles en los servicios públicos de salud de Guatemala.
3. Evaluar la situación del manejo de la emergencia obstétrica en todos los niveles del sistema de salud.
4. Determinar y proponer intervenciones programáticas adecuadas y sostenibles que mejoren los servicios de la salud reproductiva de la población.







METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO EN GUATEMALA

Dado que el éxito del diagnóstico estratégico es impulsar la participación de la mayor parte de actores en el país involucrados en la temática de salud reproductiva, el MSPAS convocó a las principales instituciones que trabajan en este campo, respondiendo finalmente a este llamado el PNSR, la Secretaria Presidencial de la Mujer, la Asociación Guatemalteca de Educación Sexual (AGES), APROFAM, el Consejo de Población y CIESAR.

Preparación del diagnóstico estratégico

Una de las principales características de éxito del Enfoque Estratégico es la participación de los actores identificados durante todas las etapas que conforman esta actividad. Por esta razón, el MSPAS realizó reuniones preliminares con personas e instituciones claves para informarles acerca del proyecto y asegurar su participación, como la reunión celebrada en febrero de 2001, donde se presentó el marco conceptual del diagnóstico estratégico para mejorar la salud reproductiva de la población guatemalteca. Representantes de agencias internacionales, OMS y USAID, instituciones de gobierno, SEGEPLAN, SEPREM, instituciones nacionales, APROFAM, Consejo de Población, Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas, CIESAR, Grupo Acción Cairo, Grupo de Mujeres Tierra Viva y AGES, que manifestaron su interés en participar en el diagnóstico estratégico. Sin embargo, al final únicamente participaron las instituciones mencionadas al inicio de esta sección.

Organización del equipo

El equipo de trabajo estuvo comprendido por 10 miembros y 4 facilitadores externos que estuvieron disponibles para realizar el trabajo de campo y escribir el borrador del informe final. Este grupo de trabajo estaba representado por personal del MSPAS como prestadores de servicios, formuladores de políticas y directores de programas, también participaron representantes del sector no gubernamental, como grupos de mujeres, organizaciones no gubernamentales y centros de investigación con interés y experiencia en la salud reproductiva. Estas personas fueron divididas en dos equipos de trabajo los cuales en conjunto diseñaron la logística para realizar el diagnóstico estratégico, el trabajo de campo, analizar los resultados y preparar el borrador del informe, el cual debería de estar dirigido a los tomadores de decisiones del más alto nivel y otras personas que trabajen en el campo de la salud reproductiva.

Preparación del trabajo de campo

En agosto de 2001 se realizó un nuevo taller con convocatoria nacional y con el propósito de discutir el borrador de la propuesta, introducir a los participantes en el concepto sobre el diagnóstico estratégico, su proceso y propósito, así como revisar el documento de antecedentes preparado para identificar aspectos de salud que no habían sido contemplados a la fecha y los cuales son impor-





tantes y podrían examinarse durante la realización del diagnóstico estratégico. Durante este taller también se determinaron las áreas geográficas donde se realizaría el trabajo de campo y se definieron las preguntas estratégicas las cuales constituyen la base para el diagnóstico estratégico. Las preguntas estratégicas se definieron de acuerdo con los dos principales problemas de salud reproductiva de Guatemala, como lo es la baja prevalencia de uso de métodos de planificación familiar y las altas tasas de mortalidad materna. Las preguntas estratégicas fueron:

- ¿Es necesario mejorar la entrega de métodos anticonceptivos actualmente disponibles?
- ¿Es necesario retirar algún método anticonceptivo por la falta de evidencia sobre su eficacia o seguridad?
- ¿Es necesario introducir uno o varios nuevos métodos anticonceptivos?
- ¿Es necesario mejorar el acceso a las unidades de salud en la utilización de los servicios de emergencia obstétrica?

Selección de los departamentos a visitar

Se determinaron ciertos criterios para la selección de los lugares a ser incluidos en el trabajo de campo. Los criterios en que se basó esta selección fueron principalmente las variaciones regionales, culturales y programáticas de áreas urbanas y rurales, además que permitiera la evaluación de todos los niveles de atención en salud, los cuales deberían de ir desde el nivel hospitalario hasta centros y puestos de salud del nivel primario. Otro tipo de criterio fue los servicios en los que se tenga la percepción de que ofrecen servicios muy buenos y otras con servicios de menor calidad, servicios que son fácilmente accesibles y otros en lugares remotos, áreas con tasas de mortalidad materna altas y áreas con

tasas bajas y por ultimo la inclusión o no de esta área dentro de la reforma del sector salud.

Los departamentos finalmente seleccionados fueron: Chiquimula, Escuintla, Guatemala, Huehuetenango y El Petén. (véase figura 6). En cada uno se visitó la cabecera departamental y municipal, aldeas, pueblos y caseríos con el fin de proporcionar una diversidad en las perspectivas de la prestación de servicios por parte de las usuarias. Es importante también mencionar que la selección de cada una de las comunidades visitadas se definió en el campo de acuerdo a la información proporcionada por funcionarios locales clave.

Trabajo de campo

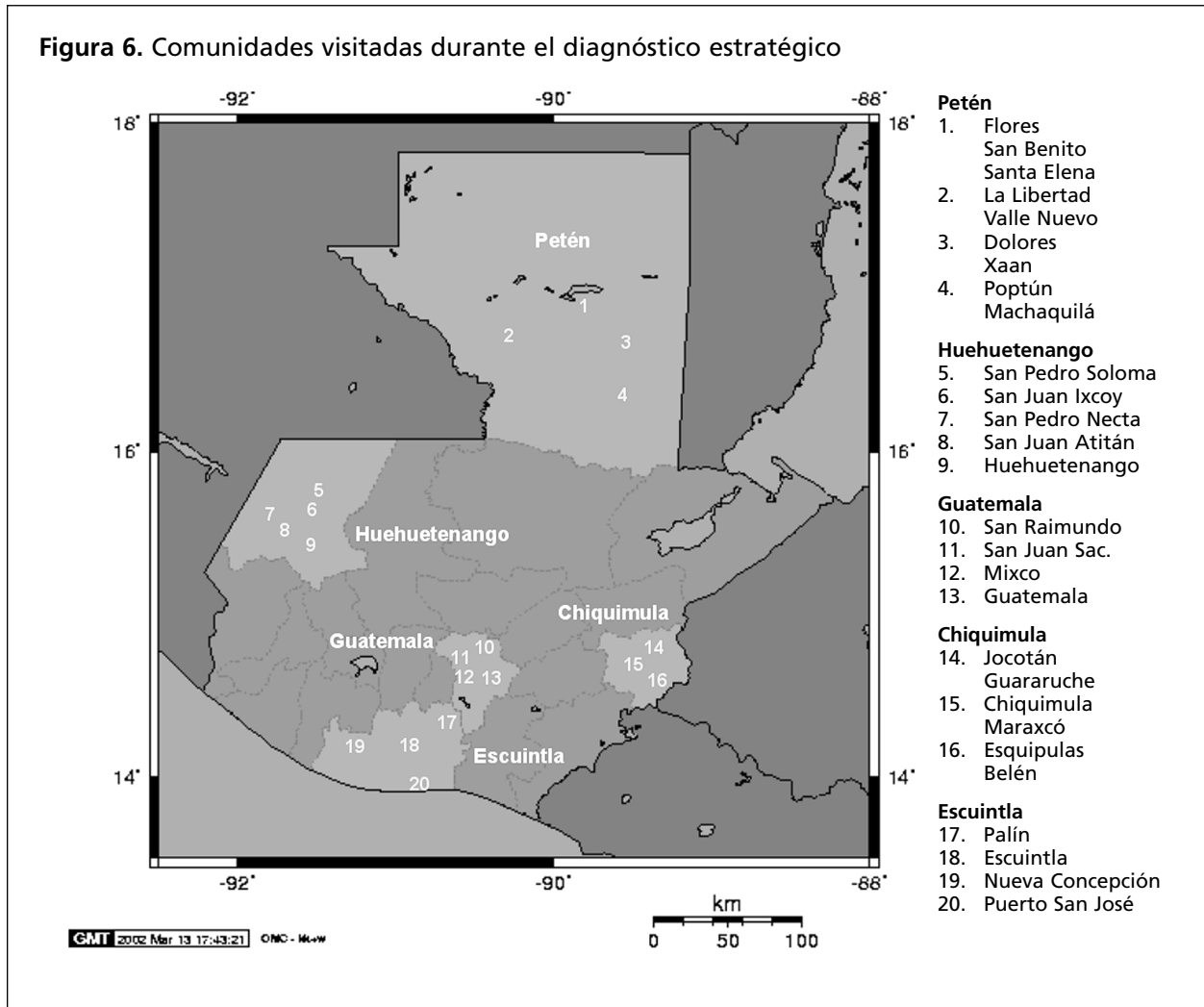
Durante la primera semana del trabajo de campo se desarrolló un taller donde el equipo preparó los instrumentos para la recolección de datos. El primer paso en este proceso fue la definición de las categorías de personas a ser entrevistadas que incluyó a líderes de la comunidad, formuladores de políticas, directores y gerentes de programas, proveedores de servicio, grupos de mujeres, usuarios y miembros de la comunidad. Para cada categoría de personas entrevistadas se preparó una guía con los temas y aspectos más importantes. Además, los miembros del equipo fueron capacitados en técnicas de entrevistas cualitativas semiestructuradas.

Durante las siguientes dos semanas cada equipo de 6 personas cada uno fue designado a cada una de las áreas seleccionadas. Todos los equipos utilizaron la metodología de entrevistas semiestructuradas, y no cuestionarios, para facilitar la recolección sistemática de la información y permitir a los entrevistadores solicitar aclaraciones, más que explicaciones, y obtener información adicional de los aspectos que se detectan durante el proceso de recolección de datos.





Figura 6. Comunidades visitadas durante el diagnóstico estratégico





Cuadro 3. Distribución de las personas entrevistadas durante el diagnóstico estratégico por género y grupo étnico.

	Género		Grupo étnico		Total
	Femenino	Masculino	Maya	No maya	
Usuarios	153	55	48	160	208
No usuarios	9	18	2	25	27
Líderes comunitarios	4	14	2	16	18
Proveedores	46	21	—	67	67
Proveedores tradicionales	41	11	6	46	52
Gerentes de programa	16	33	—	49	49
Total	269	152	58	363	421

Prueba piloto

El objetivo de esta prueba fue validar las guías y familiarizarse con la metodología de entrevistas cualitativas. El equipo de trabajo se dividió en dos equipos de seis personas cada uno para visitar varios municipios del departamento de Guatemala. El primero visitó Mixco (Colonia Primero de Julio) y el segundo los municipios de San Raymundo y San Juan Sacatepéquez.

Recolección de datos

Además de las entrevistas semiestructuradas, se observó de la interacción entre los prestadores de servicio y las usuarias y usuarios, y la efectuó un inventario de las instalaciones donde se prestaban los servicios.

Durante esta fase de recolección de datos se entrevistaron 421 personas, de las cuales 64% fueron mujeres. Asimismo, la proporción por grupo étnico fue 86% para personas no mayas, que podría explicarse por el hecho que de los

cinco departamentos visitados solo Huehuetenango tiene una población eminentemente indígena. Además, es importante hacer notar que dentro de los entrevistados no se encontraron proveedores ni gerentes de programa pertenecientes a alguno de los grupos mayas (véase cuadro 3).

Análisis de datos y preparación del informe

Debido a la naturaleza interactiva y el uso de una metodología altamente cualitativa del diagnóstico estratégico, el análisis de los hallazgos fue parte integral del proceso de recolección de datos. Después de cada día de trabajo de campo el equipo se reunía para discutir los hallazgos de ese día y analizar cómo se relacionan con las preguntas estratégicas. Una vez finalizado el trabajo de campo todo el equipo se reunió para completar el análisis de los datos recolectados, definir los hallazgos y preparar un borrador del informe final.





HALLAZGOS

Gente

Esta categoría comprende los resultados de las entrevistas y observaciones realizadas a las personas que usan o no los servicios, a los líderes de la comunidad y a la población en general.

Concepto de salud reproductiva en la población

Para la OMS, (32) la definición de salud establece que es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. Aunque para la población entrevistada el concepto de salud se refiere únicamente a la mera ausencia de enfermedad, y no toman en cuenta el bienestar social y mental. Para esta población guatemalteca la atención en salud comprende únicamente servicios curativos.

La OMS (32) define salud reproductiva agregando a la definición de salud, la capacidad de la población de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, y la capacidad de reproducirse y para elegirlo, cuándo, cómo y qué tan frecuentemente. Implícito está el derecho de las mujeres y los hombres a estar informados y tener acceso a métodos seguros, efectivos, baratos y aceptables para la regulación de la fertilidad, así como el derecho a tener servicios de salud apropiados que le permitan a las mujeres experimentar con seguridad el embarazo y parto, y proporcionarle a las parejas la mejor posibilidad de tener un recién nacido saludable. El estado de Guatemala define la salud reproductiva (33) como “el estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones debidas que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuando y con que frecuencia, de una forma responsable.”

La población estudiada manifestó que la salud reproductiva para ellos únicamente abarca aspectos relacionados con la planificación familiar y la atención del parto. Incluso considera que la salud reproductiva es exclusiva para las mujeres, donde el hombre no tiene cabida y no le aplican este concepto a los diferentes grupos de edad y étnicos. Tampoco incluyen en este concepto las necesidades de la mujer embarazada para la búsqueda de atención y servicios.

Perspectivas sobre los derechos reproductivos

Es fundamental para el respeto de los derechos humanos, y por lo tanto los derechos reproductivos, la erradicación de la pobreza y el desarrollo sostenible, el respeto de la salud y la igualdad de género, la potenciación de la mujer y la erradicación de la violencia contra la mujer y la niña.

En términos generales, se encontró que en las comunidades visitadas los derechos reproductivos no se reconocen como un derecho humano fundamental. Por el contrario, la población asume estos derechos con una perspectiva biológica y no desde una perspectiva social. Además, el desconocimiento de estos derechos es más manifiesto en mujeres de ciertos grupos de edad y étnicos especí-





ficos. Los derechos reproductivos de las mujeres se expresan en función del hombre y las mujeres carecen de facultades de pensamiento, gozo sexual, decisión y expresión. La sociedad interpreta el derecho de las mujeres para ejercer una sexualidad libre con un estigma del libertinaje sexual, lo que coloca en una situación de desventaja los derechos reproductivos de las mujeres en relación con los hombres.

Perspectivas de género de la responsabilidad de la planificación familiar

Los datos de este diagnóstico estratégico mostraron que en general los hombres deciden sobre los eventos reproductivos de la mujer, mientras que ellas escasamente opinan o deciden asistir a los servicios. Sin embargo la responsabilidad y la carga del proceso de la planificación familiar recae exclusivamente en la mujer. Se encontró que las decisiones trascendentales sobre los eventos reproductivos (como el número de hijos deseados y la elección de utilizar algún método de planificación familiar) están sujetas al hombre, mientras que sus consecuencias (crianza de una familia numerosa, uso cotidiano de los métodos y soportar sus efectos secundarios) recaen en las mujeres. Esta visión masculina obliga a algunas mujeres a ocultar el uso de anticonceptivos, e incluso, a no considerar esta opción. Una amplia proporción de hombres se desligan de toda responsabilidad sobre el uso de métodos de planificación familiar.

De acuerdo con la ENSMI, (3) existe una diferencia entre las mujeres solteras y unidas que usan métodos de planificación familiar. Para las primeras un 35.4% utilizan métodos modernos, mientras que las mujeres unidas únicamente el 26.9% los utilizan. Esto podría en forma indirecta apoyar este hallazgo en las comunidades visitadas.

Perspectiva sobre la salud materna y la emergencia obstétrica

Una gran parte de los pobladores entrevistados consideran que el nacimiento de un hijo es un evento natural y sin riesgo. No le dan importancia a la emergencia obstétrica; es más, no creen que la mortalidad materna sea un serio problema de salud, incluso la consideran como un desenlace natural en algunos partos. En el área rural predomina la preferencia de la población de la atención del embarazo y el parto por comadronas, probablemente debido a que lo asocian con un menor riesgo de mortalidad, por la incorporación de prácticas simbólicas socio-culturales del proceso del embarazo y parto y por los costos que conlleva trasladarlas a un hospital. Por otra parte, es el hombre quién toma la decisión sobre el traslado de la mujer con una emergencia obstétrica y sobre el acceso a los exámenes médicos y gineco-obstétricos de su cónyuge.

Llama la atención el concepto sobre salud materna encontrado en esta población de estudio, las cuales todas tienen una tasa de mortalidad materna por arriba de 120 por 100.000 nacidos vivos (14). Es importante tomar en cuenta estas prácticas en el momento de diseñar estrategias de intervención para la reducción de la mortalidad materna.

Perspectivas sobre el número ideal de hijos

Existe una diferencia en el tamaño ideal de las familias para el área urbana y rural. La mayor parte de la población del área rural valora familias numerosas, de 8 a 10 hijos, como potencial de fuerza de trabajo. Sin embargo, hay mujeres que utilizan métodos de planificación familiar para tener familias más pequeñas, de 4 a 5 hijos. Se encontró que la mayor parte de las mujeres





no utiliza métodos de planificación familiar, y las que los usan, es para espaciar los embarazos. En general, se percibe que las mujeres tienen familias numerosas para retener a su cónyuge. Se identificó espaciamiento de los embarazos en ciertos segmentos de las poblaciones con la intención de espaciar por tres años y, en menor proporción, hasta por seis años y la limitación de los embarazos se encontró con mayor frecuencia en el caso de mujeres después de la tercera cesárea.

Estos hallazgos concuerdan con la ENSMI, (3) donde se encontró que la TGF en el área urbana es de 4.1 comparado con 5.8 hijos en el área rural. De acuerdo con esta misma fuente, (3) para la población rural únicamente el 21.5% utiliza métodos de planificación familiar.

Perspectivas sobre la planificación familiar

Para un segmento de la población la planificación familiar es irrelevante y desconocida. La mayoría la considera como un medio para favorecer la economía familiar y no la salud de la mujer. La comunidad no considera necesaria la planificación familiar para mujeres, hombres y adolescentes que no están unidos.

Conocimiento, uso y temores sobre los métodos de planificación familiar

Se encontraron marcadas diferencias en los conocimientos sobre métodos de planificación familiar entre los hombres y las mujeres, entre la población urbana y rural y entre los diferentes grupos étnicos. Este conocimiento es mayor en las mujeres, en las áreas urbanas y en los grupos no maya. Resultado que concuerda con los datos de la ENSMI, (3) donde el conocimiento de métodos modernos es de 61% para los grupos mayas comparado con 92% para los no mayas; así también, para las usuarias del área urbana el conocimiento de métodos es de 92% contra 74% del área rural. La

comunidad no conoce la disponibilidad de métodos de planificación familiar masculinos para limitar los embarazos. Por otra parte, identifican que los conocimientos de los adolescentes esta condicionado a la voluntad de los adultos.

Por otra parte, se encontró una difundida práctica de medicina folclórica para evitar el embarazo o provocar abortos, como el uso de la pepita de aguacate, infusiones de clavo, coco, manzanilla, verbena, perejil y el método de la toalla blanca.

En cuanto al uso se refiere, se encontró que una alta proporción de usuarias entrevistadas regulan su fertilidad con DMPA. Las razones de uso y preferencia son varias, pero destaca particularmente su conveniencia para ocultar la práctica de anticoncepción al cónyuge y es el que más conocen y recomiendan entre ellas. Esta percepción se confirma al analizar los datos de distribución de métodos modernos del sector público en la ENSMI (3) donde únicamente 4.5% de las usuarias utilizaban DMPA en 1998-99, mientras información del PNSR (17) para 2001 menciona que esa proporción aumentó a 60.7% de usuarias nuevas. El aumento en la disponibilidad de DMPA disminuyó proporcionalmente el uso de AOC. Por otra parte, el uso de DIU es muy reducido, lo que también se confirma con información del PNSR, (17) donde se establece que únicamente 1.2% de las usuarias nuevas seleccionan este método. El uso del condón se utiliza principalmente para la prevención de infecciones del tracto reproductivo, particularmente por las trabajadoras del sexo, y reforzado por las creencias de la comunidad y los proveedores de servicios.

En general, hay temores, mitos y tabúes en la comunidad sobre posibles daños a la salud que pueden causar el uso de métodos de planificación familiar. La ENSMI (3) determino que una de las principales causas para no usar métodos era





por temor a efectos colaterales en 3.8% de la población total, este temor es mayor en mujeres menores de 30 años con 4.4%. Además, muchos hombres se oponen a que su cónyuge utilice métodos porque creen que aumentan la libido de las mujeres. Los temores, mitos y tabúes son prácticamente los mismos para el área rural y el área urbana de estudio.

Acceso a los servicios de planificación familiar

Se encontró que una amplia proporción de la población estudiada desconoce que en los hospitales nacionales, centros y puestos de salud del sector público se ofrecen métodos de planificación familiar. Este conocimiento es más amplio en las comunidades donde hay promotores de APROFAM. Además, algunas comadronas capacitadas o empíricas promocionan los métodos de planificación familiar y refieren a las usuarias a los servicios de salud.

La población que vive en el área rural y donde no hay puestos de salud enfrenta mayores dificultades para obtener servicios de planificación familiar. Este hallazgo confirma los datos de la ENSMI (3) donde el suministro de métodos modernos a través del centro y puesto de salud es solamente de 3% y 1.3%, respectivamente. Asimismo, algunas usuarias enfrentan temores, obstáculos y represalias de su cónyuge, por lo que algunas mujeres recurren a mentiras para salir de casa y visitar el centro de salud y esconden su carné de citas o los métodos. La mayoría de las usuarias prefieren la atención de personal de salud femenino, ya que los proveedores masculinos les hacen sentir vergüenza, inseguridad, temor y porque muchos cónyuges se oponen a que las examinen hombres.

Gran parte de la población desconoce que el servicio de planificación familiar es gratuito en el

sector público. Hecho que fue constatado por el equipo de trabajo ya que en ninguna de las áreas estudiadas se encontraron evidencias de cobro por este servicio. Sin embargo, la población enfrenta una cadena de costos personales que a veces limitan la utilización de métodos de planificación familiar.

Los elementos básicos para una atención de calidad fueron claramente definidos por Bruce (34) e incluyen una elección libre e informada, información correcta y completa, relaciones interpersonales cordiales, competencia técnica adecuada, seguimiento de las pacientes y gama apropiada de los servicios. Sin embargo, las usuarias de algunos servicios de salud están satisfechas con la calidad de la atención recibida, ya que asocian con calidad del servicio la ausencia de gritos, limpieza, conseguir un turno y recibir medicamentos, lo que muestra que la mayor parte de las usuarias desconocen el concepto integral de calidad. En ciertos servicios públicos algunas usuarias enfrentan actitudes abusivas, verbales y físicas de discriminación y agresividad hacia las mujeres, que tiende a ser más frecuente en mujeres pobres, analfabetas e indígenas. Una alta proporción de usuarias manifiestan que no reciben suficiente información de los proveedores. Por otra parte, la mayoría de las usuarias perciben poca calidad y desconfían de los servicios de salud.

Acceso a los servicios de atención materna y emergencia obstétrica

La mayor parte de la población reconocen a las comadronas como las principales proveedoras para el control prenatal y la atención del parto. Según la ENSMI (3), las comadronas ofrecen un control prenatal en el área urbana de 11% y en área rural de 36.3% y para la atención del parto estos porcentajes son de 31.5% para el área urbana y 71.4% para la rural. Además, las usuarias





identifican a los hospitales como el recurso para el manejo y el tratamiento de la emergencia obstétrica, pero consideran que los centros y puestos de salud no están preparados para la atención de este tipo de emergencias. Aspecto importante que hay que tomar en cuenta cuando se diseñen estrategias para mejorar el acceso a la atención de la emergencia obstétrica.

Se encontró que la distancia, los malos caminos y el costo económico adicional para el traslado de la emergencia obstétrica son limitantes para el acceso a los servicios de atención materna y tratamiento de la emergencia obstétrica. Por lo que la población hace uso de recursos diversos como mentiras y pretextos para asegurar el acceso a los servicios públicos. La comunidad identifica que existe un problema con los horarios en los servicios de salud, ya que sólo funcionan por la mañana y de lunes a viernes y están cerrados cuando más se necesitan; sin embargo, durante el desarrollo de este proyecto tan solo dos centros de salud ofrecían sus servicios de atención médica durante la tarde. El acceso a la atención de la emergencia obstétrica mejora en las comunidades donde hay cuerpo de bomberos.

La comunidad es consciente de que existe un costo extra en los casos de emergencia obstétrica que concluyen con la muerte de la madre. Además, los costos personales indirectos, como medicamentos especiales solicitados por los servicios de salud, comida, transporte, entre otros, son muy elevados para el tratamiento de la emergencia obstétrica. Algunas comunidades prefieren que la comadrona cobre por la realización del control prenatal y la atención del parto. Sin embargo, se identificó discriminación de género, ya que si el recién nacido es mujer, los honorarios de la comadrona son menores. Se encontró que algunos sectores de la comunidad utilizan los servicios de personal no capacitado (esposo,

suegra, etc.) para la atención del parto y debido a su precaria situación socioeconómica. Esto se confirma con los datos de la línea basal de mortalidad materna de 2002 (14), donde 20,4% de las muertes maternas fueron atendidas por ella misma o por un familiar cercano.

Por otra parte, otros segmentos de la comunidad reconocen la importancia de los servicios hospitalarios como recurso para salvar la vida de la mujer. Sin embargo, son conscientes que algunas mujeres reciben maltrato en algunos servicios de atención materna y en el tratamiento de la emergencia obstétrica. Algunas mujeres prefieren la atención del parto con la comadrona dado que usualmente ofrece los servicios con calidez humana, adaptado a sus creencias y cultura y con el apego del esposo u otro familiar durante la labor y el parto. Algunas personas manifiestan deficiencias en la calidad del tratamiento de la emergencia obstétrica en los centros y puestos de salud, que incluso condiciona que el próximo parto sea atendido en casa por una comadrona. Otras personas reconocen que el tratamiento de la emergencia obstétrica es mejor en el nivel de atención de los hospitales distritales o regionales.

Algunos miembros de la comunidad entrevistados manifiesta que la información y comunicación adecuada sobre los procedimientos médicos realizados para el manejo de las complicaciones obstétricas es básica para entender mejor el problema que enfrentan.

Barreras para el acceso de la planificación familiar

Los miembros y líderes de la comunidad manifiestan que las creencias, actitudes y prácticas religiosas afectan la decisión para la utilización o cambio de métodos de planificación familiar, aunque hay diferencias entre los





distintos grupos religiosos respecto al grado de oposición y conocimientos sobre la planificación familiar. La ENSMI (3) encontró que 16% de las mujeres que no usan métodos de planificación familiar fue por prohibición religiosa.

El equipo encontró que algunas usuarias enfrentan una discriminación étnica e idiomática para el acceso a los servicios de planificación familiar. Algunas mujeres se ven forzadas a consultar centros fuera de su comunidad para evitar las murmuraciones de los proveedores de servicios, líderes y miembros de su comunidad.

El costo de acceso a los servicios de planificación familiar es directamente proporcional a la distancia entre su comunidad y el centro o puesto de salud, por lo que esta barrera es más acentuada en las usuarias que viven en las comunidades más remotas. Por otra parte, para las poblaciones aisladas, estos habitantes mencionan que el costo de los métodos de planificación familiar es mayor porque lo tienen que comprar en instituciones privadas, lo que también es una barrera para su uso, aunque en APROFAM su costo es menor.

En algunos casos, para la mujer la conducta masculina constituye una barrera de acceso que la conduce a ocultar el uso de los métodos para la regulación de la fertilidad. Las usuarias del sector público enfrentan barreras para el acceso a la AQV, dado que en algunas áreas se requiere ilegalmente por parte del proveedor el consentimiento escrito del cónyuge. Este estudio también encontró que cuando las usuarias son de bajos niveles educativos, se les dificulta acceder más a información y a servicios sobre planificación familiar.

Este estudio mostró que la comunidad no reconoce las necesidades de la salud reproductiva de los adolescentes, incluyendo la planificación familiar y los mismos adolescentes reconocen barreras en el acceso a los métodos de planifica-

ción familiar y a los servicios de salud reproductiva. Hallazgo coherente con la ENSMI (3) donde sólo 11.7% de las adolescentes menores de 20 años utilizan métodos modernos de planificación familiar, que corresponde al grupo de edad con menor prevalencia de uso de métodos. Por lo tanto, no reconocen la necesidad de proporcionar información, orientación y provisión de métodos para este grupo de edad. Los adolescentes manifiestan barreras para tener acceso en sus propias comunidades, lo que se dificulta más por su estado civil, ya que generalmente son solteros. Por otra parte, en los adolescentes se detectó escaso conocimiento sobre los métodos de planificación familiar.

Barreras para el acceso de la atención materna y la emergencia obstétrica

Algunas comunidades manifiestan que los servicios de salud no respetan sus creencias culturales para la atención del embarazo y del parto, como el parto en cuclillas, acompañamiento del cónyuge o familiares cercanos, enterrar la placenta en la cocina y baño en temascal.

Se detectó que las familias enfrentan costos adicionales en el momento de una emergencia obstétrica, como los gastos de traslado —que incluye el transporte— y que está condicionado a la distancia entre la vivienda y el servicio de salud, el costo de algunos medicamentos y sangre que se solicitan en los servicios de salud en caso de hospitalización y los costos indirectos relacionados con el hospedaje y alimentación de los acompañantes de la usuaria.

Algunos miembros de la comunidad manifestaron que la atención por uno o varios proveedores masculinos durante la misma consulta afecta el acceso a los servicios de atención del embarazo y del parto. El bajo nivel educacional evita que las mujeres tomen las decisiones sobre





su salud materna y cualquier emergencia obstétrica. En las comunidades se tiene un conocimiento parcial sobre los aspectos reproductivos de las mujeres, lo que constituye una barrera para un mejor conocimiento de la salud materna y el abordaje adecuado de ciertas emergencias obstétricas.

La comunidad no reconoce el embarazo en adolescentes como un embarazo de mayor riesgo. La comunidad no reconoce el ciclo vital de la menopausia y climaterio. Los adultos mayores entrevistados refieren que persiste su necesidad de contar con información y atención de sus necesidades en salud reproductiva.

Servicios

Esta categoría incluye los resultados de las entrevistas y observaciones efectuadas a los administradores del programa, los proveedores de servicios públicos y privados y a los proveedores comunitarios.

Filosofía del servicio y percepción de las necesidades de salud reproductiva

El PNSR incorpora por primera vez en el sistema nacional de salud una visión holística del concepto de salud reproductiva. Sin embargo, en los servicios de salud el PNSR está en fase de desarrollo, a tal punto que algunos proveedores de servicio desconocen el programa. Por otra parte, algunos proveedores tienen un sesgo religioso o de decisión masculina que anula la equidad de género del concepto de la salud reproductiva. En los servicios, la salud de la mujer en general, y su salud reproductiva en particular, no es vista desde una perspectiva integral al no vincularla con otros componentes de la salud reproductiva como el cáncer cervicouterino y de mama, el climaterio, la menopausia y la infertilidad. El enfoque de la atención es más curativo

que preventivo y algunos proveedores sólo asocian la salud reproductiva con la planificación familiar. En general, en los servicios se acepta el PNSR, aunque algunos proveedores identifican la necesidad de los programas de planificación familiar, aunque no lo reconozcan como un derecho humano, por lo que lo consideran una carga más a sus funciones y no como parte integral de sus funciones.

Los proveedores de salud son conscientes que la mortalidad materna es un serio problema de salud. Reconocen que gran parte de la demanda de los servicios hospitalarios es por aborto incompleto y las complicaciones de los abortos sépticos aumenta de manera considerable a la mortalidad materna y perciben que el desconocimiento sobre planificación familiar contribuye a esta situación. Además, algunos proveedores identifican el problema de los embarazos en adolescentes.

Programa gerencial

A pesar que el PNSR desarrolló normas para el componente de planificación familiar, parte del personal las desconoce. Tampoco conocen las normas para el manejo correcto de las emergencias obstétricas y no tienen enlaces con la comunidad para abordar este problema. Por otra parte, a pesar que en el nivel político se modificó la norma para los requisitos de la AQV femenina, se encontró que en algunas áreas desconocen el nuevo procedimiento de consentimiento informado.

En términos generales, no se encontró un programa de supervisión rutinario que garantice el cumplimiento de los objetivos de PNSR, aunque se evidencia el interés del personal por una supervisión continua y constructiva que contribuya a mejorar su desarrollo profesional y el de los servicios de salud.





Por otra parte, se encontraron avances en el sistema de salud en relación con la recolección y análisis de información. Los servicios locales recolectan sistemáticamente información sobre los servicios que ofrecen regularmente en planificación familiar (Forma SIGSA 6). Esta información se envía a y analiza en el nivel central del MSPAS. Sin embargo, no se encontró retroalimentación de esta información para los servicios locales. Se identificó la necesidad de mejorar el análisis y uso de la información en la evaluación e investigación de los diferentes programas que se desarrollan en el sistema de salud local. Asimismo, algunas instituciones locales de salud cuentan con datos estadísticos computarizados realizados por el personal.

Aunque algunos servicios cuentan con material de IEC en salud reproductiva, no existe un plan estructurado por parte de los servicios locales sobre estos medios. En general, en los servicios del MSPAS visitados en este estudio existía poco material educativo sobre planificación familiar y no se proporciona ninguna información adicional sobre este tema. En algunos lugares se encontró que solo habían disponibles fotocopias de material elaborado por otras instituciones pero no para distribución. El material de IEC disponible se reduce al medio escrito, que es poco adecuado para personas analfabetas o de baja escolaridad. En algunos lugares el material no se muestra al público, y no hay material enfocado hacia los adolescentes, ni con identidad genérica y étnica, ni en idiomas locales maya, garífuna o xinca.

Ningún servicio visitado en este estudio cuenta con material de IEC sobre servicios obstétricos y emergencia obstétrica.

En algunas áreas visitadas se encontró una brecha en la relación, coordinación, comunicación, evaluación y capacitación entre los provee-

dores de los diferentes niveles de atención de salud, así como otros departamentos del MSPAS y el PNSR. Por otra parte, se percibe un cambio en el sistema de salud hacia la oferta de métodos de planificación familiar. También se encontró que otras ONG están trabajando con éxito aspectos de la salud reproductiva. Aunque con poca relación y coordinación con los servicios de salud.

Se encontró evidencia de un sistema de referencia y respuesta de usuarias para el tratamiento de problemas relacionados con la salud reproductiva. Por ejemplo, cuando la población solicita métodos no disponibles en algunos servicios, se refieren a centros donde están disponibles, como niveles superiores de atención u otros proveedores. En casos de emergencia obstétrica, los niveles intermedios de atención (centros de salud) transfieren al nivel apropiado y superior. Sin embargo, en la comunidad la mayoría consulta directamente al tercer nivel de atención, sin buscar asistencia en los centros y puestos de salud, por lo que la red de referencia para la emergencia obstétrica del sistema de salud nacional no es funcional. También se encontró que los bomberos desempeñan un papel importante en la referencia de algunas emergencias obstétricas como atención de partos y pacientes con problemas de aborto.

Se encontró que algunos proveedores coordinan esfuerzos con la comunidad en acciones de salud reproductiva, pero esta coordinación todavía es muy débil. Aunque los líderes comunitarios (comadronas, organizaciones sociales de mujeres, maestros, promotores del SIAS, promotores de APROFAM, etc.) desempeñan un papel importante dentro de la participación comunitaria, no se encontró evidencia de la participación comunitaria en la planificación, ejecución, evaluación y monitoreo de las actividades de





salud. Sin embargo, se identificaron algunos focos de organización comunitaria en torno a la salud.

El equipo encontró que el apoyo del PNSR se ve reflejado en la creación de clínicas de salud reproductiva, que incluye planificación familiar, y que cuenta con un suministro regular de métodos al sistema de salud del país. Sin embargo, algunos proveedores no reconocen el apoyo técnico del PNSR hacia sus áreas y otros lo identifican como una imposición del nivel central.

Por referencia del personal local de salud a cargo del programa, a pesar de ser el programa una prioridad nacional, no se le asignan los recursos específicos que le permita hacer frente a las necesidades de la población, incluyendo planificación familiar y emergencia obstétrica. Algunos proveedores reconocían que aunque existe el programa de salud reproductiva este se dedica solamente a planificación familiar y no se articulan con los demás componentes de la salud reproductiva.

Se detectó que para algunos proveedores la influencia cultural y religiosa aún afecta la elección y decisión de las mujeres hacia los métodos de planificación familiar y persiste la cultura de autorización masculina. Algunos proveedores utilizan sus criterios personales y culturales para dar información sobre métodos de planificación familiar. Por otra parte, indican que los aspectos culturales y religiosos son un problema para la prestación de servicios de planificación familiar.

En cuanto a programas para segmentos específicos de la población, se encontró que a pesar de la existencia del Programa de Atención Integral a los y las Adolescentes, no se pone en práctica en el ámbito local. Los programas de distribución de métodos de planificación familiar y la IEC en salud reproductiva se promueven

escasamente a los adolescentes. En el sector público local no se encontró evidencia de servicios dirigidos específicamente hacia este grupo de edad. Por otra parte, las necesidades de salud reproductiva de mujeres de diferentes grupos de edad, étnicos y socioculturales no cuentan con programas para su atención integral, con excepción de la planificación familiar, embarazo, parto y puerperio. Además, aunque el sistema de salud incluye servicios para adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores dentro del PNSR no se implementa como prioridades locales. Asimismo, no se identificaron servicios dirigidos hacia mujeres adultas mayores con relación al diagnóstico, manejo y tratamiento del climaterio y menopausia y aspectos relacionados. Finalmente, la atención para grupos especiales (mujeres trabajadoras del sexo) se establece en horarios específicos.

Disponibilidad de los servicios de salud

Para planificación familiar

En todas las instalaciones de salud visitadas se encontró disponibles métodos de planificación familiar. Sin embargo, en algunos hospitales de la ciudad capital, departamentales y en ciertos centros y puestos de salud de las áreas visitadas no se ofrece la gama completa de métodos. Por otra parte, en algunas áreas y hospitales hay restricciones para el libre acceso a la AQV femenina y no se ofrece AQV masculina, lo que limita su disponibilidad. Aunque en APROFAM están disponibles los métodos quirúrgicos, su costo —aunque subsidiado— limita su acceso a los usuarios. En ambos hospitales del tercer nivel de referencia de la ciudad capital hay disponibles métodos de planificación familiar en los servicios de posparto y postaborto; sin embargo, en uno de ellos no se implementa actualmente.





Los centros de convergencia son un intento por ampliar la cobertura en áreas rurales remotas que carecen de infraestructura mínima de salud. Pero en la práctica algunos no son funcionales; en algunos casos condicionan la prestación de servicios a cambio de la construcción de infraestructura o el requerimiento de insumos.

Para el tratamiento de la emergencia obstétrica

El sistema de salud es el principal responsable del diagnóstico y tratamiento de la emergencia obstétrica. Sin embargo, en el ámbito nacional los servicios para el tratamiento de la emergencia obstétrica son limitados en términos de recursos humanos y materiales. Las usuarias que residen en comunidades rurales aisladas del país enfrentan grandes dificultades para el acceso a los servicios obstétricos, y cuando acuden a puestos o centros de salud, estos servicios no están en condiciones para resolver la mayoría de los casos de emergencia obstétrica. En teoría hay varios centros de salud tipo A, pero que en la práctica funcionan como tipo B, por no contar con los recursos humanos y materiales necesarios. Un estudio realizado en el Departamento de Sololá, (35) demostró que para que toda la población tenga acceso a los servicios básicos para la atención de la emergencia obstétrica (uno por cada 500.000 habitantes) debería de contar con al menos con 3 servicios preparados para esta atención; sin embargo, el estudio demostró que esta área de salud no contaba con ninguno de estos servicios.

La comadrona desempeña un papel importante en la atención del parto, pero carecen de los conocimientos y facilidades para hacer frente a la mayoría de las emergencias obstétricas. Algunos proveedores consideran que es necesario cambiar el papel que desempeñan las comadronas en el sistema de salud.

Calidad de los servicios

Para planificación familiar

Como se mencionó anteriormente, los elementos básicos para un servicio de calidad (34) incluyen una elección libre e informada de métodos, información correcta y completa, relaciones interpersonales cordiales, competencia técnica adecuada, seguimiento de las pacientes, gama apropiada de los servicios y acceso. Se encontró cierta evidencia de que en algunos casos los proveedores influyen a las usuarias para la selección de los métodos de planificación familiar, sin que medie una consejería que ayude a la usuaria a seleccionar el método más adecuado para ella, por lo que no se incluye la perspectiva de las usuarias para la entrega de los métodos. La mayoría de las veces únicamente se ofrece información dependiendo del tiempo del proveedor. Algunos proveedores consideran que la elección de métodos es su responsabilidad y decisión. También se encontró que algunos proveedores solo conocen sobre DMPA y AQV.

En algunos servicios se detectó que no se promueve la gama completa de métodos para la regulación de la fertilidad y, en los servicios que se proporciona esta información, no es de manera sistemática. Algunos proveedores del sector público ofrecen información insuficiente y errónea sobre planificación familiar. Por otra parte, en algunas regiones de salud existen barreras idiomáticas que influye en la relación interpersonal y limita la capacidad para proporcionar consejería e información. Se detectó, además, que al grupo de adolescentes no se les ofrece la información necesaria y suficiente sobre métodos anticonceptivos.

Algunos proveedores no identifican adecuadamente las indicaciones y contraindicaciones para la provisión de métodos de planificación familiar. Para el caso de el DMPA, que es uno de





los métodos más utilizados, se encontró que algunos proveedores no están seguros respecto a la utilización del producto durante el posparto y la lactancia. En la mayoría de centros y puestos de salud la administración de este método cumple con los requisitos mínimos de calidad técnica, como lo es el uso de la jeringa descartable y el manejo de la aguja. Se encontró evidencia de que los servicios de salud han desarrollado mecanismos que ayuden el seguimiento de las usuarias de métodos de planificación familiar.

En las áreas en que se realizó el diagnóstico se encontró que en algunos servicios no ofrecen de manera sistemática el servicio integral de la salud reproductiva, el servicio únicamente se ofrece cuando la usuaria solicita métodos de planificación familiar y no se aprovechan las oportunidades para realizar otros estudios como el papanicolau, exámenes de la mama, pruebas para enfermedades de transmisión sexual y prevención de la osteoporosis.

En algunos casos se encontró una relación inadecuada entre el proveedor y el usuario al no transmitir adecuadamente la información en un lenguaje comprensible para los usuarios, ya que se utiliza terminología técnica. También se observó que algunos proveedores anteponen sus creencias culturales y mitos en la prestación y ofrecimiento de los métodos de planificación familiar.

Como muchos de los países en desarrollo, la población guatemalteca enfrenta el problema de un difícil acceso a los servicios para resolver sus problemas de salud reproductiva. Estos servicios generalmente no ofrecen en forma sistemática servicios de salud reproductiva que garantice la atención integral de los diferentes grupos de población.

Para el tratamiento de la emergencia obstétrica

Es posible aplicar algunos de los elementos básicos para ofrecer atención de calidad previa-

mente definidos (34) para el tratamiento de la emergencia obstétrica. Es obvio que los servicios deben ofrecer una información correcta y completa sobre los problemas que pueden ocurrir durante el embarazo y el parto, practicar relaciones interpersonales cordiales, contar con una adecuada competencia técnica para la resolución de los problemas que comprometen la vida de las madres, ofrecer un seguimiento adecuado de las pacientes y en su momento el ofrecer no sólo el acceso a estos servicios de emergencia obstétrica, sino además ofrecer la comunicación con otros servicios de salud.

Se encontró que algunos proveedores de salud no conocen o no le dan la importancia a la emergencia obstétrica para su diagnóstico y tratamiento adecuado, que se agudiza cuando los centros y puestos de salud no cuentan con la capacitación adecuada sobre el tema y carecen de los insumos básicos para el manejo de estas emergencias. Además, se encontró que en algunos servicios donde se cuenta con los insumos necesarios para el tratamiento de la emergencia obstétrica, como transfusión de sangre, no cumplen con el registro del procedimiento en los expedientes clínicos.

Existe debilidad en algunos niveles de atención en el manejo y tratamiento de la emergencia obstétrica en términos de acceso y servicio. La mujer guatemalteca enfrenta en el ámbito público y privado problemas sociales, económicos y culturales para el acceso a la atención de la emergencia obstétrica.

En un departamento se encontró el uso de una boleta para la identificación de factores de riesgo de la emergencia obstétrica; esta iniciativa fue desarrollada recientemente por varias instituciones que agrupan mujeres. Por otra parte, se encontró que la red de referencia y respuesta no es funcional para el manejo de la emergencia obstétrica.





Recursos humanos para los programas de planificación familiar

Se encontró que, en general, el personal médico transfiere la responsabilidad del programa de planificación familiar al personal de enfermería, dado que no lo consideran como una acción prioritaria y a veces carecen de la competencia técnica para atenderlo. Por otra parte, se identificó que cualquiera que sea la persona responsable de proporcionar los servicios de planificación familiar no tienen una descripción clara de sus funciones.

La falta de personal ha sido siempre un problema para los ministerios de salud en los países en desarrollo, durante este diagnóstico se identificó un problema con los recursos humanos en el sistema de salud al no existir un número adecuado de proveedores y una distribución adecuada del personal en los centros y puestos de salud, que en algunos casos estaban cerrados por falta de personal. Esta escasez de recursos humanos lleva a que el personal de enfermería realice múltiples funciones sin que se valore este esfuerzo. Por otra parte, se identificó la falta de personal de salud que hable los idiomas mayas para atender a las pacientes que acuden a los servicios.

Se identificó que algunos proveedores en los servicios no están capacitados para abordar los temas sobre la salud reproductiva ni salud integral de la mujer con enfoque de género; incluso, este personal no está capacitado para trabajar con poblaciones específicas como grupos étnicos, adolescentes y adultos mayores.

En los hospitales escuela se detectó que la falta de un programa de capacitación establecido limita la práctica de colocación de dispositivos intrauterinos debido a la rotación constante de los residentes y la baja demanda de este método por las usuarias. Es necesario redo-

blar esfuerzos en este aspecto dado que en 2001 el PNSR (17) únicamente había capacitado en la colocación de DIU a 6 proveedores.

Algunos proveedores de salud están desmotivados por los bajos salarios, la sobrecarga de actividades y la falta de recursos para trabajar. En algunas áreas se identificó que existe motivación por parte del personal pero falta una adecuada orientación en sus funciones.

Recursos humanos para el tratamiento de la emergencia obstétrica

En general, en los servicios de salud hay escasez de personal, por lo que enfrentan una sobrecarga de trabajo que no les permite dedicarle la atención suficiente a las pacientes. Algunas unidades de emergencia hospitalaria cuentan con sólo un médico de guardia lo que dificulta ofrecer a las usuarias una atención adecuada durante los turnos.

Se encontró que las comadronas capacitadas o empíricas desempeñan un papel importante en la emergencia obstétrica. Sin embargo, algunas de ellas no cuentan con los elementos básicos para enfrentar una emergencia obstétrica de resolución hospitalaria. Cuando se identifica el problema se le refiere de forma tardía para que la paciente reciba tratamiento hospitalario. Algunos proveedores no reconocen a la comadrona como un enlace de apoyo en el manejo de la emergencia obstétrica.

Algunos de los proveedores de servicios no han asistido a las actividades de capacitación para el tratamiento de la emergencia obstétrica, sobre todo en las causas obstétricas directas (infección, hemorragia y desórdenes hipertensivos del embarazo) que ponen en peligro la vida de la mujer durante el parto. Se encontró que en algunos hospitales departamentales y en hospitales del tercer nivel de atención se han reali-





zadas actividades de capacitación tendientes a mejorar la calidad de la atención de las pacientes postaborto. Esto está de acuerdo con el programa sobre la atención del postaborto que el PNSR ha realizado durante los últimos dos años en colaboración con instituciones de cooperación nacional e internacional.

Infraestructura física

En general, no se encontraron instalaciones adecuadas en los centros y puestos de salud para brindar consejería en planificación familiar. Por otra parte, cuando la disposición de los edificios son adecuados no se aprovecha al máximo la estructura física. En algunos centros y puestos de salud la distribución de la sala de espera es inadecuada y no hay suficientes sillas para el número de usuarios que asisten. En algunos servicios se encontraron deficiencias en el almacenamiento de los métodos de planificación familiar, sobre todo en lugares con temperaturas ambientales y humedad relativa altas, lo que pone en peligro su efectividad.

En buena parte de las instituciones de salud se observaron deficiencias en la limpieza de las áreas clínicas, sala de espera y servicios sanitarios por falta de insumos y personal para realizarla. En algunos centros y puesto de salud se reutiliza el material descartable, aunque en la mayoría cuentan con procedimientos adecuados de esterilización y desinfección del equipo.

En la mayoría de las instituciones de salud no se manejan adecuadamente los desechos y el personal no utiliza protección adecuada para su manejo. La mayoría de los servicios no cuentan con normas escritas de bioseguridad. No cuentan con suficientes depósitos ni incinerador.

Tecnología

Filosofía de la tecnología

Durante este diagnóstico se determinó que la mayor parte de métodos de planificación familiar disponibles en el sistema de salud son métodos femeninos, probablemente debido al mayor riesgo reproductivo que enfrentan las mujeres y a la potenciación que les confiere decidir sobre su vida reproductiva. Dado que los métodos de planificación familiar masculinos aún están en desarrollo, no se cuenta en el sistema de salud con una diversidad grande y esto hace que no exista una responsabilidad masculina equitativa. De los cuatro métodos de planificación familiar modernos (3) sólo uno, el condón, es de utilización masculina.

Es importante mencionar que durante este diagnóstico, la gama de métodos modernos de planificación familiar con que cuenta el sistema de salud, tanto su eficacia, como su seguridad se basa en la más reciente evidencia científica publicada por instituciones internacionales.

Características y disponibilidad de la gama de métodos de planificación familiar del sistema público de salud

Comunidad

En general, en la comunidad hay una serie de personas que promueven los métodos de planificación familiar y refieren a clientes potenciales a los puestos y centros de salud como los guardianes, promotores, personal voluntario de prestadoras de servicios (adolescentes, jóvenes y adultos), comadronas y los médicos ambulatorios. Sin embargo, de acuerdo con la ENSMI (3) los promotores de salud únicamente ofrecen 1% de los métodos modernos.





Cuadro 4. Características seleccionadas de la gama de métodos de planificación familiar disponibles y no en sistema público de salud de acuerdo con su efectividad

Tipo de anticonceptivo	Fórmula/ Especificaciones	Nombre comercial	Efectividad ¹		APP ²
			Común	Correcta	
Hormonal subcutáneo	Implante subcutáneo de levonorgestrel	Norplant®	0.1	0.1	3.5
Quirúrgico masculino	Ligadura de los conductos deferentes (vasectomía) con o sin insición	—	0.15	0.1	10
Hormonal inyectable	Acetato de medroxiprogesterona (150 mg) [Trimestral]	Depo-Provera®	0.3	0.3	—
	Enantato de noretisterona (50 mg) Valerianato de estradiol (5 mg) [Mensual]	Mesigyna® Cyclofen®	—	—	—
Quirúrgico femenino	Ligadura de las trompas de Falopio (Pomeroy) por minilaparotomía o laparoscopia	—	0.5	0.5	10
Dispositivo intrauterino (DIU)	TCu-380A con 380 mm ² de cobre	Nova T®	0.8	0.6	3.5
Orales combinados	Norgestrel (0.3 mg) etinil estradiol (0.03 mg)	Lo-Femenal® Perla®	6-8	0.1	1/15
Barrera	Condomes lubricados o no, tipo 1, clase A, estilo 3, talla 1	Pantera® Vive®	14	3	1/120
Conocimiento de la fertilidad	—	—	20	1-9	—
Ningún método	—	—	85	85	—

¹ Número de embarazos por cada 100 mujeres en los primeros 12 meses de uso común y correcto.

² Años Protección pareja por dosis, unidad o procedimiento.

Fuente: Hatcher y colaboradores, (36).





Puestos de salud

Dentro de los métodos modernos están AOC de dosis baja, condón y DMPA, así como orientación sobre métodos naturales. El personal a este nivel de atención incluye un auxiliar de enfermería. Todos los métodos son distribuidos a las usuarias sin ningún costo. Nuevamente los datos de la ENSMI (3) muestran que en los puestos de salud abastecen de métodos modernos a 1.3% de las usuarias, y los métodos más utilizados son DMPA y AOC.

Centros de salud

Dentro de los métodos modernos ofrecen AOC, el condón y DMPA, así como orientación sobre métodos naturales. En algunos de los centros se ofrece y coloca DIU. El personal a este nivel de atención incluye un médico general, enfermera graduada y auxiliares de enfermería. Todos los métodos son distribuidos a las usuarias sin ningún costo. Según la ENSMI (3) en los centros de salud aumenta el suministro de los métodos modernos de planificación familiar, del 3% que distribuyen se divide en AOC (9,5%), DMPA (6,7%), condón (5,8%) y DIU (3,7%).

Hospital del tercer nivel

Ofrece un servicio de orientación y provisión de métodos de planificación familiar, que incluyen DMPA, AOC, DIU, condón y AQV (únicamente femenina). Estos métodos los abastece la jefatura del área de salud. Algunos hospitales en el interior del país cuentan con un programa de planificación familiar postaborto. Este diagnóstico coincide con los datos publicados por la ENSMI (3) donde el principal distribuidor de métodos modernos de planificación familiar son los hospitales distritales, a los cuales les corresponde 15.3% del total; sin embargo este porcentaje es a expensas de la AQV (27%), DIU (1,7%), DMPA (0,8%), AOC (0,1%) y condón (0,3%).

Suministros al sistema por el Programa Nacional de Salud Reproductiva

Los diferentes métodos de planificación familiar disponibles en el MSPAS actualmente no representan ningún costo para el país, todos son donados a raíz de un convenio suscrito entre el gobierno de Guatemala y USAID, cuya vigencia concluirá en 2003.

Todos los métodos de planificación familiar distribuidos en todo el país se almacenan en dos bodegas ubicadas en el departamento de Guatemala, una localizada en la sede del PNSR y la otra en el Hospital La Verbena. El PNSR es responsable de recibir las requisiciones mensuales de los métodos de todo el país y despacharlas a las jefaturas de área, que a su vez son los encargados de distribuirlos a los centros y puestos de salud. El programa distribuye los siguientes métodos: AOC de norgestre y etinil estradiol, DIU (TCu 380A), condón lubricado y hormonal inyectable con efecto anticonceptivo de 12 semanas (acetato de medroxiprogesterona de depósito, de la cual se solicitan los viales vacíos para nuevo envío).

Se visitó la bodega comprobando que había una existencia, según el bodeguero, para un año de distribución. Fue claro durante este diagnóstico que actualmente la existencia y la distribución de métodos de planificación familiar modernos es funcional en la República de Guatemala. Sin embargo, también se detectó que el MSPAS no proporciona anticonceptivos orales únicamente con progesterona, hormonal combinado (progesterona y estrógenos) inyectable de un mes de efecto, soluciones espermicidas, condones femeninos, implante subcutáneo de levonorgestre y diafragma.

Distribución de Métodos de planificación familiar por otras instituciones

El principal organismo no gubernamental que distribuye métodos de planificación familiar





es APROFAM por medio de las clínicas centrales, periféricas y departamentales. La ENSMI (3) también identifica a APROFAM como el principal proveedor privado de métodos para la regulación de la fertilidad (37,5%), donde AOC (40%) es el más importante, seguido del DIU (39,8%) y la AQV (38,7%). Los métodos hormonales inyectables mensuales y trimestrales presentan 28.8% de uso y los condones 9.5%. Todos estos métodos son vendidos a precios especiales.

Por otra parte, durante el desarrollo de este diagnóstico estratégico se determinó que algunas de las farmacias visitadas venden métodos de planificación familiar. Los más ampliamente difundidos incluyen AOC, tabletas vaginales, condones, incluso con espermicidas, inyectables trimestrales y mensuales y espermicidas. De acuerdo con la ENSMI, (3) dentro del sector privado las farmacias representan 11,8%. Distribuyen condones (72%), AOC (24,7%) y DMPA (21,5%). Sin embargo, es este diagnóstico se determinó que en el interior del país, mientras más pequeñas son las comunidades, las farmacias tienden a estar menos abastecidas.

Tecnologías disponibles relacionados con la atención del parto y el tratamiento de la emergencia obstétrica

En el ámbito de la comunidad se encontró que hay un programa de capacitación a comadronas en la atención del parto que en el pasado proporcionaba equipo básico a quién lo completara, aunque no todas las comadronas del país están capacitadas. Su capacitación no incluye resolver los problemas agudos que comprometen la vida de la mujer; sin embargo, se han capacitado para reconocer y referir estos casos al hospital más cercano. Datos de la Línea Basal de Mortalidad Materna (14) refieren que de las muertes maternas de 2000, de un total de 651 muertes, la mayor proporción el 40,4% ocurrió

en mujeres que su parto fue atendido por comadronas tradicionales y de estas 29,1 % murieron por hemorragia posparto (retención de placenta y atonía uterina), donde se requerían maniobras que salvaran la vida de estas mujeres.

Los bomberos voluntarios y municipales prestan servicios en casos de emergencia obstétrica, en la mayoría de los casos trasladada a hospitales a las usuarias con problemas de aborto, trabajo de parto y posparto. Y en algunas oportunidades también atienden partos.

Las maternidades cantonales tienen un desarrollo relativamente reciente y han servido para descongestionar los servicios de maternidad de los hospitales escuelas en la ciudad de Guatemala. Las maternidades cantonales cuentan con personal médico, de enfermería y comadronas capacitadas. Durante este diagnóstico se determinó que algunas maternidades no cuentan con los insumos y protocolos necesarios para la atención de la emergencia obstétrica; tampoco cuentan con reservas de sangre, aunque algunas tienen sustitutos sanguíneos como los expansores del plasma. Se utiliza la oxitocina para la conducción del trabajo de parto, pero no para el manejo rutinario en forma activa del tercer período del trabajo de parto. También se determinó que algunas maternidades no cuentan con sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones en pacientes con preeclampsia. Estas maternidades cuentan con ambulancia para trasladar a cualquier paciente en forma inmediata al hospital del tercer nivel más cercano en caso de no poder resolver alguna emergencia.

Durante el desarrollo de este diagnóstico se visitaron los hospitales nacionales y distritales del sector público de los departamentos seleccionados. Estos hospitales muestran diferencias en comparación con los recursos humanos y mate-





riales de los hospitales de la ciudad de Guatemala. Se detectó que los conocimientos del personal de salud de estos hospitales no están actualizados en el manejo de intervenciones que salven la vida de las mujeres durante un parto complicado. No se encontró evidencia que en los servicios de salud investigados se usen técnicas que han demostrado disminuir el riesgo de complicaciones durante la labor, el parto y el puerperio inmediato, como lo es el uso rutinario de oxitocina en el tercer periodo del parto para disminuir hemorragia posparto.

En la ciudad de Guatemala se visitaron las maternidades de los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios, las cuales son el eslabón final dentro de la cadena de referencia y respuesta del sector salud. Los servicios de obstetricia de estos dos hospitales cuentan con personal capacitado para la atención de partos,

que incluye personal médico, especialistas, y estudiantes de posgrado y pregrado. Estas maternidades están en capacidad de atender emergencias obstétricas las 24 horas del día y cuentan con los insumos necesarios. Tienen banco de sangre y sustitutos sanguíneos. Se detectó que no se usa rutinariamente la oxitocina para el manejo rutinario en forma activa del tercer periodo del trabajo de parto, cuentan con sulfato de magnesio y otros medicamentos para la prevención de convulsiones en pacientes con preeclampsia.

Sin embargo, datos de la Línea Basal de la Mortalidad Materna del año 2000 (14) encontraron que de las 651 muertes maternas en el país, 210 (32,2%) ocurrieron en los hospitales del sector público y la primera causa de muerte fue la hemorragia posparto en 71 (33,8 %) de todos los casos hospitalarios.





INTERACCIONES

En la sección de los hallazgos se describieron las características específicas sobre la gente, los servicios y la tecnología y cómo cada uno de estos ejes interactúan dentro de un contexto social, cultural, económico y político de la población estudiada. Esta sección describe la forma en que estos ejes se relacionan entre sí y producen interrogantes que deben responderse para su aplicación en el mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios.

Influencia reciproca entre gente y servicios

La interacción entre gente y servicios de este diagnóstico refleja la principal problemática de la población guatemalteca en materia de salud. Tanto para los usuarios como para los proveedores el concepto de salud integral en general y salud reproductiva en particular —incluyendo los derechos reproductivos— es parcial o poco percibido en todas sus dimensiones. No se articulan todos los componentes que integran la salud reproductiva en las ideas y prácticas cotidianas de salud para los primeros y es socializado, fragmentado y con enfoque asistencial para los segundos. Situación que se ve reflejada en la calidad de los servicios proporcionados.

Las ideas, prácticas y conductas socializadas por los hombres también influyen en la asistencia a los servicios. Si revisamos que esto es parte de la influencia cultural y social que coloca a los hombres como entes de decisión dentro de la comunidad, nos explica como el hombre influye no solo en el poco uso y acceso de los servicios por parte de la mujer, sino también el proveedor del servicio busca justificar la atención de la usuaria en función de la autorización masculina y no en el deseo y derecho individual de la mujer.

Todos los niveles de atención cuentan con disponibilidad de métodos de planificación familiar, sin embargo aunque la demanda da señales de ir aumentando aún hace falta que la población solicite más el servicio y que los proveedores lo ofrezcan más, con oferta de una gama más amplia, lo cual tendría que ser ofrecido también en el idioma local, con visión de salud integral aplicada a la salud reproductiva, y con sensibilidad de equidad genérica, étnica y generacional.

Este diagnóstico también evaluó a las no usuarias, es decir aquella población que no se acerca a los servicios de salud. Para un segmento de no usuarias prevalece la desinformación, escaso nivel de opinión y decisión y la acentuación de mitos y tabúes en relación al hecho de acercarse a los servicios para planificar la familia ya que desconocen los métodos disponibles en los servicios y, por consiguiente, sus ventajas y desventajas, el cómo adquirirlos y su derecho a usarlos. Otro segmento, clientas potenciales, conocen y les interesan los servicios, pero la información sobre problemas en la calidad de la atención y aplicación integral de los servicios hace que ellas no se acerquen.

Es claro que todas estas barreras a la planificación familiar que se identifican por parte de la comunidad influyen negativamente en el modelo de servicios locales de salud y en las acciones de salud reproductiva.

La interacción del proveedor del servicio y la usuaria durante el desarrollo de este diagnóstico no demostró el uso completo de los siete elementos de calidad de servicio, (34) entre los que se incluyen la





elección libre e informada de los métodos, información correcta y completa, relaciones interpersonales cordiales, competencia técnica adecuada, seguimiento adecuado de las pacientes, gama apropiada de los servicios y acceso. Es indispensable poner en práctica todos estos elementos para lograr captar a los clientes potenciales y convertirlos en usuarios continuados.

Los servicios de salud cuentan con una gama adecuada de métodos de planificación familiar modernos y efectivos, los resultados de este diagnóstico y datos del PNSR (17) confirman la mayor utilización de DMPA. Es difícil determinar si este uso se debe en mayor proporción a la preferencia de las usuarias o a la influencia del proveedor. Es necesario mejorar los esfuerzos para proporcionar una consejería completa en planificación familiar donde la usuaria decida libre e informadamente el método más apropiado para ella.

Para la gente el hospital es el lugar principal para la atención de las emergencias obstétricas, sin embargo los servicios no cuentan con suficientes recursos humanos, como lo es poco personal de turno y la limitada disponibilidad de insumos para el tratamiento adecuado de las complicaciones obstétricas. Los usuarios ven en el servicio hospitalario un costo extra, traslado, comida y hospedaje de familiares, medicamentos especiales, etc al momento de consultar por una emergencia obstétrica.

La comunidad rural percibe que los servicios de salud primarios no están en capacidad para la atención de la emergencia obstétrica, más aún se detectó que estos servicios no cuentan con los insumos necesarios para prestar atención obstétrica básica.

Por último, es importante mencionar en estas interacciones las barreras religiosas, culturales, económicas, de género y generacionales que afectan el acceso a la salud reproductiva de la

población y el papel proactivo que debe jugar el sector salud en su eliminación. Persiste en la población guatemalteca creencias y mitos universalizados. Parte de la población guatemalteca continua haciendo uso de medicina folclórica como método de planificación familiar, la cual no cuenta con evidencia científica que demuestre su eficacia. Así también se continúan practicando por personal no capacitado intervenciones dañinas que comprometen la salud de la mujer y que se basan en costumbres y mitos de la población.

Influencia reciproca entre gente y tecnología

La principal interacción entre gente y tecnología de este diagnóstico se caracteriza por el temor generalizado de la población hacia el uso de métodos de planificación familiar. Esta desconfianza se manifiesta tanto en la población urbana como en la rural. Así también, una buena parte de la población desconoce la gama de métodos anticonceptivos que están disponibles en el sistema de salud.

La información de este diagnóstico se confirma con los datos de la ENSMI (3) y del PNSR (17) que muestran cómo el DIU y el condón continúan siendo métodos de baja oferta, provisión e información. Es más, estos datos muestran también como los AOC y la AQV han ido disminuyendo proporcionalmente a expensas del uso de DMPA. Es necesario revisar las políticas y las normas nacionales de atención para encontrar el equilibrio necesario en la distribución, oferta y provisión de una gama completa de métodos de planificación familiar vinculada a la salud integral y la calidad de atención.

La gente identifica a los hospitales como el lugar ideal para atender los casos de emergencia obstétrica, sin embargo tanto a nivel de hospitales distritales como de hospitales regionales se identi-





ficó una falta de actualización en el conocimiento de tecnología adecuada para salvar la vida de la mujer por problemas obstétricos que comprometen su vida. Siendo la hemorragia vaginal posparto la principal causa de muerte materna, es necesario fortalecer el conocimiento en la técnica de extracción manual de placenta y el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.

Influencia reciproca entre servicios y tecnología

La interacción entre servicios y tecnología es una de las áreas más positivas en el desarrollo de este diagnóstico. Todas las áreas de salud y sus diferentes niveles de atención visitados contaban con una gama aceptable de métodos modernos de planificación familiar proporcionados por el MSPAS que incluye la AOC, DMPA, condón, DIU y en algunos hospitales la AQV femenina.

Existe dentro de algunos proveedores de salud reproductiva y específicamente en el área de planificación familiar la necesidad de actualización sobre este tema. Esto hace que en ocasiones la información sea incompleta e incorrecta que incluye, entre otros, el no explicar sobre las ventajas y desventajas, los posibles efectos secundarios y manejo de los diferentes métodos de planificación familiar y asimismo una consejería que vele por el derecho de decisión informada de las usuarias.

En general, los servicios de salud utilizan el condón más como un método de protección y prevención de infecciones de transmisión sexual en trabajadoras del sexo y no se utiliza también como un método para evitar embarazos. Es necesario aplicar una filosofía de salud integral y derechos reproductivos tanto de mujeres como de hombres a la tecnología de planificación familiar de acuerdo con los esfuerzos por fortalecer los servicios pro activos en salud reproduc-

tiva, a través de la planificación familiar.

En algunos casos, la influencia del proveedor sobre la elección del método restringe la gama disponible para las usuarias y optan por administrar DMPA, probablemente para no sobrecargar la consulta o porque la usuaria, a criterio del proveedor, considera que no podrá seguir apropiadamente las indicaciones que requieren otros métodos. Sin embargo, los proveedores deberán tomar en cuenta que existe una gama apropiada de métodos disponible en los servicios, como lo es el condón lubricado, AOC de dosis baja, DMPA y DIU y en algunos hospitales también se ofrece la AQV femenina. Es importante iniciar la desmitificación de los papeles masculinos y femeninos; la orientación de responsabilidades tanto masculinas como femeninas en los eventos reproductivos y además esfuerzos por fortalecer la garantía de la salud integral vinculada a la planificación familiar para ambos sexos.

Las maternidades cantonales es otro de los aspectos positivos para la influencia entre los servicios y la tecnología. Existe en general una adecuada red de referencia de los niveles menores a los niveles mayores del sistema de salud. La mayoría cuentan con el servicio de ambulancia, sin embargo algunas de estas maternidades cantonales no están provistas con los insumos necesarios para enfrentar las principales emergencias obstétricas como lo son por ejemplo la oxitocina y el sulfato de magnesio. También es necesario fortalecer el conocimiento en cuanto a la importancia de estabilizar primero a cualquier mujer con problemas obstétricos que comprometan su vida, antes de ser trasladada al nivel superior de atención. El uso de tecnologías simples como es tratar de controlar la hemorragia vaginal, controlar la presión arterial y llevar una vena canalizada puede salvar la vida de estas mujeres.





PREGUNTAS ESTRATÉGICAS

Las preguntas estratégicas son parte fundamental del diagnóstico estratégico. Estas tienen la característica de centrar todas las acciones dentro del diagnóstico y aseguran que se tomen en cuenta todos los factores que intervienen en la situación de la salud reproductiva. En Guatemala las preguntas estratégicas se centraron en aspectos de planificación familiar y emergencia obstétrica esto busca generar información para la toma de decisión de intervenciones adecuadas en estas áreas prioritarias para el país.

¿Es necesario mejorar la oferta de métodos anticonceptivos actualmente disponibles en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social?

Al concluir el diagnóstico estratégico se determinó que sí es necesario mejorar la oferta de los métodos de planificación familiar actualmente disponibles. El aspecto más importante, de acuerdo con la evidencia encontrada en este diagnóstico, es la necesidad de mejorar la calidad del servicio y la accesibilidad de toda la gama de los métodos actualmente disponibles en el MSPAS, de acuerdo con los criterios de calidad previamente descritos en este informe.

¿Es necesario eliminar algún método disponible en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social?

Al concluir el diagnóstico estratégico se llegó a la conclusión que no es necesario eliminar ningún método de planificación familiar actualmente disponible en el MSPAS. Todos los métodos utilizados por parte del sector público de salud han sido probados internacionalmente como técnica y científicamente efectivos y esta gama de métodos modernos debe ofrecerse en su totalidad.

¿Es necesario introducir nuevos métodos de planificación familiar?

Al terminar el diagnóstico estratégico se alcanzó el consenso de que no es necesario introducir nuevos métodos de planificación familiar. El MSPAS deberá de realizar los esfuerzos necesarios para optimizar la oferta, acceso y uso de los métodos modernos actualmente disponibles como lo son el condón lubricado, AOC, DMPA, DIU y AQV femenina. El sector salud deberá evaluar en el futuro la necesidad de conocer e introducir nuevas opciones anticonceptivas.

¿Es necesario mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para la atención de pacientes con una emergencia obstétrica?

Al concluir el diagnóstico estratégico se determinó que sí es necesario mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para la atención de las pacientes con una emergencia obstétrica. Definitivamente es necesario buscar estrategias que mejoren el acceso a los diferentes niveles de atención de los servicios de salud para las mujeres con complicaciones durante el parto y que presentan alguna emergencia obstétrica que comprometa su vida. El sistema de salud deberá hacer





esfuerzos para mejorar que el nivel primario de salud (Centros de Salud) implementen las seis funciones obstétricas básicas de atención que incluye la atención del parto por profesional capacitado, uso de oxitocina, sulfato de magnesio y antibióticos, extracción manual de placenta y la extracción de restos placentarios.

Así también determinar un adecuado sistema de referencia y fortalecer el nivel de resolución hospitalario con la implementación de las ocho funciones obstétricas totales las cuales además de las mencionadas anteriormente incluye la transfusión sanguínea y la realización de la operación cesárea.





LÍNEAS DE ACCIÓN

El Diagnóstico Estratégico confirmó la existencia de dos problemas de salud reproductiva que continúan siendo de importancia nacional, la baja prevalencia de uso de métodos de planificación familiar y el bajo acceso al cuidado de la emergencia obstétrica. La continuación de este Enfoque Estratégico fortalecerá y afianzará el compromiso político del MSPAS para hacer frente a estos problemas. La magnitud de esta problemática demanda la participación activa de todos los actores involucrados en la salud reproductiva del país que garantizará la sostenibilidad de las acciones que se desarrollen.

Como resultado de las influencias reciprocas entre la gente, el servicio y la tecnología se identificaron interrogantes las cuales tienen que responderse en la segunda etapa del Enfoque Estratégico. Estas tres categorías identificadas son los sujetos primarios de impacto. Las intervenciones asignadas en cada una de las tres categorías pueden estar relacionadas entre sí.

Intervenciones prioritarias a corto plazo

En esta categoría se incluyen las intervenciones que presentan una excelente oportunidad para obtener resultados de impacto o resultados que salven la vida de las mujeres.

Participación comunitaria

- Involucramiento en el desarrollo de las intervenciones en la segunda etapa.
- Potenciación de las mujeres en sus derechos reproductivos.
- Monitoreo del cumplimiento de las intervenciones identificadas.
- Sensibilización del hombre.

Fortalecimiento de los servicios

Proyecto piloto dirigidos a:

- La introducción de los siete elementos de la calidad para la prestación de servicios en salud reproductiva.
- La integración de los servicios de los pilares de la salud reproductiva.
- Los servicios diferenciados con énfasis en los derechos reproductivos para mujeres, adolescentes y hombres.
- El manejo de la emergencia obstétrica dirigido a proveedores tradicionales de la comunidad e institucionales.

Información, educación y comunicación comunitaria

Información, educación y comunicación con la comunidad

- Desarrollo de material de IEC con la participación de la comunidad. Este material deberá ser





adecuado para la comunidad en términos de equidad de género, étnica y generacional.

- Desarrollar una estrategia de mercadeo social con la comunidad.

Estrategias de fortalecimiento institucional

Capacitación

- Para fortalecer el programa responsable de la capacitación de los recursos humanos dentro del MSPAS.
- Del personal para mejorar la calidad de los servicios en el área de planificación familiar y atención de la emergencia obstétrica dirigidos a:
 - Capacitar—capacitadores lo cual incluye personal de salud y posibles líderes y lideresas de la comunidad.

Análisis y revisión de políticas y programas

Esta categoría pretende mejorar la competencia profesional y hacer que la investigación guíe el desarrollo de las políticas y los programas de salud reproductiva.

Investigaciones cualitativas

- Llevar a cabo proyectos de investigación cualitativa sobre:
 - Derechos reproductivos de las mujeres y hombres de todos los grupos de edad, étnicos y generacionales.
 - Salud integral de las mujeres, su filosofía, su aplicación y puesta en marcha en la transformación de los servicios de salud.
 - Salud reproductiva de los adolescentes.

De acuerdo con las actividades previamente descritas en la sección Contexto nacional de políticas y programas, el PNSR ha impulsado varias intervenciones en otras áreas de salud del país, como diagnósticos para la mejoría del desempeño en la atención materna y neonatal esencial, que incluyen planes de intervención sobre las brechas identificadas en la atención del trabajo del parto, el parto, el post parto, cuidados inmediatos del recién nacido, capacitación y actualización en la identificación temprana y el manejo oportuno de las complicaciones maternas y neonatales, introducción de las prácticas humanizadoras de la atención materna y neonatal en hospitales, maternidades comunitarias y centros de salud tipo A. Asimismo, se han desarrollado intervenciones en el ámbito comunitario que permiten a los grupos organizados elaborar planes de emergencia comunitarios y guías para el desarrollo de foros municipales y departamentales en favor de la maternidad saludable. Se tomarán en cuenta estas y otras experiencias desarrolladas en el pasado para aplicarse en la segunda fase del enfoque estratégico.





VÍNCULOS ESTRATÉGICOS PARA LA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN

Dado que el arte del enfoque estratégico consiste en coordinar las acciones para lograr la identificación de cambios en las políticas de la salud reproductiva y la identificación de intervenciones adecuadas y sostenibles en la segunda etapa para lograr aumentar la prevalencia en el uso de métodos de planificación familiar y disminuir la tasa de mortalidad materna. Este diagnóstico estratégico ha permitido conocer los recursos con que se cuenta actualmente y los cuales son de importancia estratégica para el logro de los objetivos. Se ha determinado la existencia de un marco jurídico y político que convierte a la salud reproductiva en un mandato legal, además se cuenta con una red de distribución de métodos de planificación familiar funcional en todo el país y finalmente que los métodos actualmente disponibles son producto de una donación.

Al mismo tiempo que se realizan acciones para el logro de los objetivos planteados es de vital importancia fortalecer los cimientos iniciados desde la primera etapa, fortaleciendo una amplia participación multisectorial la cual deberá incluir en esta segunda etapa una participación comunitaria muy fuerte que deberá contar con características específicas de éxito como lo son, el estar motivada para el proyecto, tener armonía de grupo y deseos de trabajar. Esta comunidad deberá incluir grupos de vecinos, líderes comunitarios, grupos de mujeres, maestros, alcaldes, etc. Asociado a esto es necesario mejorar el diálogo entre los formuladores de políticas y los técnicos, lo cual garantizará no sólo el participar durante esta segunda etapa, sino también en el uso de los resultados.

Una estrategia que toma muy en cuenta el Enfoque Estratégico en esta segunda etapa es el aprender de las instituciones nacionales o internacionales que han desarrollado programas de salud reproductiva durante los últimos años. Es necesario conocer, revisar, adaptar o utilizar las lecciones aprendidas de estas instituciones, aprender de las intervenciones que han sido exitosas y mantener una asistencia técnica nacional e internacional constante. Por último, es de importancia estratégica que la investigación identificada deba ser apropiada a las necesidades y demandas de la población, que la misma sea útil y científicamente válida, que sea un proceso continuo y que sugiera cambios en el funcionamiento de los programas, puede también desarrollar colaboración entre agencias, y desarrollar centros de capacitación y, lo que es más importante, establecer demandas a políticas comunitarias y establecer mecanismos coordinadores en el proceso de toma de decisiones.

Sin embargo, este diagnóstico estratégico identifica que existen diferentes problemas para el acceso a los servicios de planificación familiar y tratamiento de la emergencia obstétrica, hay barreras sociales, culturales y económicas que no permiten que la población haga uso de estos servicios. Por esta razón estas acciones tienen que tomar en cuenta los cambios legales que el estado guatemalteco está realizando. Estas líneas de acción identificadas deberán tomar en cuenta dentro de su desarrollo e implementación la ley de descentralización del poder público (37) cuyo objetivo principal es promover la descentralización económica y administrativa para lograr un adecuado desarrollo del país en forma progresiva y regulada para trasladar las competencias administrativa,





económicas, políticas y sociales del Organismo Ejecutivo al municipio. Así también y de mucha importancia el código Municipal (38) recientemente aprobado que en su artículo 36 enfatiza la formación de comisiones obligatorias entre las que se destacan las de salud y asistencia social y la de la familia, mujer y la niñez y, por último, la ley de los consejos de desarrollo urbano y rural, (39) cuyo objetivo es organizar y coordinar la administración pública mediante la formulación de políticas de desarrollo, planes y programas y

el impulso de la coordinación interinstitucional, pública y privada.

De esta forma, esta estrategia fomentará las bases para la construcción de una democracia local y regional acorde con la diversidad sociolingüística, económica y territorial de Guatemala y a las imperativas necesidades de mejorar la salud reproductiva impulsando decididamente la participación ciudadana dentro de un nuevo concepto de Estado Nación.





REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística. Guatemala: proyecciones de población a nivel departamental y municipal por año calendario, período 2000-2005. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística, 2001.
2. Population Reference Bureau. 2000: Cuadro de la población mundial del Population Reference Bureau. Washington: Population Reference Bureau, 2000.
3. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998/99. Guatemala: INE, MSPAS, USAID, UNICEF, DHS, 1999.
4. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Mujeres del mundo: leyes y Políticas que Afectan sus Vidas Reproductivas. Nueva York: CRLP, 1997.
5. Organización Panamericana de la Salud. Mejorando la salud de los pueblos de las Américas. Perfiles básicos de salud, resúmenes 1999. www.paho.org
6. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala. Guatemala: la fuerza incluyente del desarrollo humano, informe de desarrollo humano de 2000. Guatemala: Sistema de Naciones Unidas en Guatemala, 2000.
7. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995. Guatemala: INE, MSPAS, USAID, UNICEF, DHS, 1995.
8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1987. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development Westinghouse, 1989.
9. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. La planificación familiar en Guatemala: un derecho fundamental que no se cumple. Nueva York: CRLP, 2000.
10. Castillo-Salgado C, Health situation analysis in the Americas, 1999-2000. Epidemiological Bulletin, Vol 21 No. 4, 2000.
11. Centro Latinoamericano de Demografía. Situación demográfica de Centroamérica. En: De los Mayas a la planificación familiar: Demografía del Istmo. Rosero Bixbi L, Pebley A, Bermúdez Méndez A eds. San José: Programa Centroamericano de Población, 1997.
12. Schieber B, Stanton C. Estimación de la Muerte Materna en Guatemala 1996-98. Guatemala: Mesure/Evaluation, Macro International Inc, 2000.
13. Kestler E, Ramírez L. Pregnancy-related mortality in Guatemala, 1993-1996. Pan American Journal of Public Health, 7:1, 2000.
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea Basal de Mortalidad Materna para el Año 2000. En prensa.
15. Cardona M. Indicadores de Salud Reproductiva. Guatemala: Grupo de Acción Cairo, 2000.
16. Chua C, Almendáres E, Matute J, Velásquez A, Reyes ME, Rivera H, Poitán R, Lima SI. VIH-SIDA en la Zona 6 de la Ciudad de Guatemala. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Dirección General de Investigación, 1999.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Informe de logros y resultados: enero-junio 2001. Guatemala: MSPAS, PNSR, USAID, Calidad en Salud, 2001.
18. Bertrand JT, Seiber E, Escudero G. Contraceptive dynamics in Guatemala: 1978-1998. Family Planning Perspectives. Volume 27, Number 3, 2001.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala: MSPAS, USAID, Calidad en Salud, 2001.
20. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud de las Mujeres en Guatemala. Guatemala: OPS/OMS, 1999.
21. Cook RJ, Dickens BM. Considerations for formulating reproductive health laws. 2nd. Ed. Geneva: World Health Organization, 2000.
22. Congreso de la República. Decreto 42-2001, Ley de Desarrollo Social. Guatemala: Secretaría Presidencial de la Mujer, FNUAP, 2001.
23. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Política de desarrollo social y población. Guatemala: SEGEPLAN, 2002.





24. Secretaría Presidencial de la Mujer. (2001) Política Nacional de Promoción y Desarrollo de las Mujeres Guatemaltecas y Plan de Equidad de Oportunidades 2001-2006. Guatemala: Secretaría Presidencial de la Mujer, UNICEF.
25. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Búsqueda de Consensos. Guatemala: FNUAP, 1999.
26. Cardona M. Perspectivas de Salud en la apertura del 2001: una opinión de organizaciones de mujeres. Guatemala: Grupo de Acción Cairo, 2001.
27. World Health Organization. Making Decisions about Programme Interventions for Making Pregnancy Safer: A Guide for Conducting Strategic Assessments to Identify Priorities for Improving Access to and Quality of Essential Services for Maternal and Neonatal Health. Geneva: WHO, 2001.
28. World Health Organization. Making Pregnancy Safer: A health sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality. Geneva: WHO, 2000 (WHO/RHR/00.6).
29. Spicehandler J, Simmons R. Contraceptive Introduction Reconsidered: A Review and Conceptual Framework. Geneva: WHO, 1994 (WHO/HRH/ITT794.1).
30. Simmons R, Hall P, Diaz M, Fajans P, Satia J. The Strategic Approach to Contraceptive Introduction. Studies in Family Planning, 1997; 28-2:79-94.
31. Simmons R, Fajans P. (1999) Contraceptive Introduction Reconsidered: A New Methodology for Policy and Program Development, Journal of Women's Health, 1999; 8-2:163-173.
32. World Health Organization. Challenges in reproductive health research: Biennial report 1992-1993. Geneva: WHO, 1994.
33. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Público y Asistencia Social. Acuerdo Gubernativo 115-99, 24 de febrero de 1999.
34. Bruce J. Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. Studies in Family Planning, 1990; 21-2: 61-91.
35. COMIN-FECASOC: Proyecto Save the Mothers en Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua. Guatemala: CIESAR; 2001.
36. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore: Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Programa de Información en Población, 1999.
37. Decreto Número 14-2002, Ley General de Descentralización, Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, La descentralización y la Participación Ciudadana (COPRE).
38. Decreto Número 12-2002, Código Municipal, Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, La descentralización y la Participación Ciudadana (COPRE).
39. Decreto Número 11-2002, Ley de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, La descentralización y la Participación Ciudadana (COPRE).



