

Serie de documentos de análisis

¡CONTAMOS!

Boletín No. 9

¡Quiero crecer con mamá!

Estudio sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento
para disminuir la mortalidad materna en Guatemala, 2013 - 2022



Ediciones anteriores



Boletín No. 8

Un abrigo para todos

Análisis sobre los costos, desafíos y beneficios de los primeros pasos hacia la construcción de un sistema de protección social para la niñez y la adolescencia guatemalteca, 2012-2021

Para contribuir a subsanar las deficiencias en garantizar los derechos a la salud, educación, alimentación y vivienda, Icfi y Unicef elaboraron ejercicios de análisis de la situación actual, para luego proponer intervenciones concretas en 125 municipios priorizados por el Gobierno por ser aquellos en donde los niveles de pobreza, pobreza extrema y desnutrición crónica son más agudos. Dichas intervenciones abarcan una temporalidad de 2012 a 2021 y se relacionan con las áreas de nutrición, salud, educación, vivienda e infraestructura.



Boletín No. 7

Análisis del Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado de Guatemala aprobado para 2012. Enfocado en la niñez y la adolescencia

En 2012, de acuerdo con las proyecciones oficiales, el 47.7% de la población de Guatemala serán niñas, niños y adolescentes. Es bajo este contexto que estará vigente el Presupuesto de Ingresos y Egresos de la Nación en 2012. El gasto directo en niñez y adolescencia será de 3.1% del PIB, lo que hará variar el gasto diario per cápita en este grupo poblacional: de Q4.03 esperados en 2011, a Q4.55 en 2012. Ante la debilidad fiscal que pueda darse como resultado del menor dinamismo en la economía mundial y doméstica, será necesario blindar los recursos que harán posible mantener y ejecutar las asignaciones de gasto público relacionadas con niñez y adolescencia, como se logró en buena medida durante 2008 y 2009.



Boletín No 6

El remedio de nuestros males Un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala, 2012-2021

La salud —o más bien, la mala salud— constituye uno de los problemas sociales más relevantes en el país. Junto con la pobreza de marcado rostro rural, infantil e indígena, las brechas en cobertura y calidad educativa, la desnutrición crónica y aguda, la falta de vivienda, los bajos salarios y el desempleo, los problemas de salud vinculados con la falta de prevención y atención oportuna y con calidad de las enfermedades que sufren los y las guatemaltecos son algunas de las deudas más grandes que la sociedad y el Estado tienen con los ciudadanos.



Boletín No. 5

¿En dónde están los ausentes? Un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para eliminar la exclusión educativa en Guatemala, 2012-2021

Los derechos humanos fueron constituidos para garantizar que las personas, sin importar su sexo, raza, religión, opinión política, origen o posición económica, alcancen un nivel de bienestar digno. La efectiva implementación del derecho a la educación es un requisito previo para la democratización y para la total participación de los ciudadanos en todas las esferas de la vida.

¡Quiero crecer con mamá!

Estudio sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para disminuir la mortalidad materna en Guatemala, 2013-2022

Créditos

Coordinación

Jonathan Menkos Zeissig – Director ejecutivo, Icefi

Investigación y redacción

Alejandra Contreras de Álvarez - Economista investigadora, Icefi

Gustavo Estrada Galindo - Experto en salud y nutrición, Icefi

Colaboración y apoyo

José Rodrigo Monzón - Asistente de investigación, Icefi

Mark Peñate - Asistente de investigación, Icefi

Mirna Montenegro - Observatorio de Salud Reproductiva (Osar)

Alejandro Silva - Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa, por sus siglas en inglés)

Velía Oliva - Académica independiente, experta en salud

Supervisión

Iván Yerovi – representante adjunto en Guatemala, Unicef

Julián Duarte – especialista en monitoreo y evaluación, Unicef

Producción

Iván Yerovi - Representante adjunto en Guatemala, Unicef

Ramiro Quezada - Especialista en salud y nutrición, Unicef

Julián Duarte - Especialista en monitoreo y evaluación, Unicef

Fotografía de portada

Rolando Chews

Edición

Isabel Aguilar Umaña

Diseño y Diagramación

Ivonne de Vera

Coordinación editorial

Adelma Bercián - Directora de comunicación, Icefi

Administración

Ilina Peña de Barrientos - Coordinadora administrativa y financiera, Icefi

Guatemala, Centroamérica, diciembre de 2012



El contenido y las opiniones de este documento son responsabilidad de los autores, y no representan la opinión de la Embajada de Suecia en Guatemala.

Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se cite la fuente. Cualquier comentario es bienvenido a las direcciones electrónicas comunicación@icefi.org, info@icefi.org. Puede descargar la versión electrónica en <http://www.unicef.org/guatemala/spanish/> y en www.icefi.org.



©UNICEF/Anthony Asael

ÍNDICE

Presentación	7
Introducción	9
1. El derecho a una maternidad saludable	12
2. ¿Cómo se define y se mide la mortalidad materna?	22
3. ¿Cuántas madres mueren hoy en Guatemala por dar vida?	26
4. ¿Qué causas y determinantes hay detrás de cada muerte materna?	33
4.1 La muerte de una madre: una tragedia de múltiples dimensiones	38
5. ¿Qué podemos hacer para reducir las muertes maternas?	41
5.1 Principales intervenciones para garantizar una maternidad saludable	45
5.2 Los cuellos de botella	46
5.3 Requisitos para el éxito de las intervenciones	48
5.4 ¿Cuánto cuesta, en dónde hacerlo y en qué secuencia?	49
5.5 Criterios para el costeo	50
a. Para el primer nivel	50
b. Para el segundo nivel	51
c. Costos de infraestructura	52
d. Costos de recursos humanos	56
e. Costos de funcionamiento	60
f. Costos de medicamentos e insumos	61
g. Costos del sistema de información	63
h. Costos del transporte primario	63

i. Costos de gestión	64
j. Costos de casas maternas	64
5.6 ¿Qué esperamos al hacer este esfuerzo?	66
5.7 ¿Cómo financiar los costos de las intervenciones?	66
6. Conclusiones	70
7. Recomendaciones	72
8. Siglario	73
9. Referencias bibliográficas	75
10. Anexos	79

PRESENTACIÓN

El inicio de la maternidad representa, para la mayoría de mujeres, un período de nueve meses que se viven con ilusión y esperanza, en los que se vislumbra la llegada de un nuevo ser que será acogido en el seno del hogar con amor y cuidado. Sin embargo, en Guatemala, muchas mujeres afrontan serias dificultades durante el embarazo y el parto debido a que carecen de acceso a servicios de salud, o los mismos poseen una cobertura limitada que no garantiza en su totalidad los cuidados prenatales y postnatales que permitirían llevar a buen término el período de gestación.

En tal sentido y según la Encuesta de salud materno infantil 2008/2009 (Ensmi 2008/2009), los servicios de salud asociados con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) logran únicamente la cobertura del 35.4% de los partos registrados, lo que, aunado a diversas emergencias obstétricas, en muchos casos cobra la vida de valiosas mujeres que dejan desprotegidos a los niños y niñas a su cargo.

La razón de mortalidad materna (RMM) en Guatemala ha mostrado una reducción en los últimos años; no obstante, esto se ha dado a un ritmo lento, con esfuerzos que parecen ser insuficientes para contener esta tragedia. La pérdida de una madre es una desdicha múltiple, tanto para su familia como para la sociedad, debido a las implicaciones sociales y económicas que entraña.

De frente a esta realidad, el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (Icefi) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) han querido profundizar en el análisis de esta situación con la finalidad de establecer los costos de las intervenciones necesarias para reducir la mortalidad materna y que, en los próximos diez años, el derecho a la salud muestre avances claros en su realización. Las propuestas conllevan acciones concretas para que puedan ser proporcionados servicios con la cobertura, calidad, inclusión y pertinencia cultural que las guatemaltecas y sus familias requieren.

Para que la salud sea un derecho, la cobertura de los servicios públicos de salud debe ser integral, lo que significa que todos los miembros del hogar deben recibir la atención que necesitan, de manera oportuna, pertinente y con todos los recursos disponibles.

Es así como este documento, ¡Quiero crecer con mamá!, permite presentar las acciones que de forma urgente y planificada deben formar parte de la política pública para incrementar la cobertura en el primer y segundo nivel de atención a la salud, iniciando el esfuerzo en los ocho departamentos del país que presentan una mayor incidencia en mortalidad materna.

En el contexto que vive la sociedad guatemalteca, la discusión de esta temática se concibe como una fecunda oportunidad para generar espacios que permitan fortalecer y recuperar los servicios públicos de atención primaria y secundaria, de manera que el Estado pueda cumplir con su mandato de garantizar el derecho a la salud. Para lograrlo, es preciso trabajar en la búsqueda de los mecanismos de financiamiento que permitan mejorar tales servicios.

Las conclusiones de este documento son una invitación a la reflexión para que todos y cada uno de los políticos, empresarios, trabajadores y demás ciudadanos, podamos encontrar el camino que permita a Guatemala avanzar en una reforma fiscal integral que incremente los recursos del Estado para garantizar, así, la mejora en los servicios de salud pública. Dicha reforma fiscal debe mejorar, igualmente, la transparencia de los ingresos públicos y del gasto, persiguiendo al delincuente tributario y sentando las bases para la evaluación permanente y efectiva de las políticas públicas.

**El acceso a servicios de salud pública
es un derecho en el que todas y todos ¡CONTAMOS!**

Christian Skoog
Representante de Unicef en Guatemala

Jonathan Menkos Zeissig
Director Ejecutivo Icefi

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el posterior nacimiento de un niño o niña constituyen acontecimientos que llenan de alegría a un hogar. No obstante, en Guatemala se producen diariamente cerca de 1,000 nacimientos y, con ellos, una muerte materna. La Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas de la Salud Relacionados (CIE10) define la mortalidad materna como toda muerte de una mujer durante el embarazo o el parto y dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo —independientemente de la duración y el sitio del mismo— debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

En Guatemala se ha registrado en los últimos años un descenso de las muertes maternas; sin embargo, la velocidad a la que se está reduciendo el flagelo hace casi imposible que se logre la disminución del mismo planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Los datos muestran que entre 2000 y 2007 la razón de mortalidad materna (RMM) se redujo apenas un 8%, lo que implica una velocidad de 1.2% anual, mientras que la meta era de 5%.

Además, los indicadores vistos con desagregación territorial muestran importantes desigualdades. Existen departamentos como Izabal en donde la incidencia de mortalidad materna es más del doble del promedio nacional, el cual también es superado en lugares como Totonicapán, Huehuetenango, Alta Verapaz, Quiché y otros departamentos del altiplano guatemalteco. Estos datos revelan que es en los departamentos con mayoría de población indígena donde el problema es más relevante y trascendente, lo que inclina a pensar que existe un fuerte componente de discriminación étnica en su génesis y perduración.

Por una parte, la cadena de acontecimientos que causan una muerte materna es compleja y multi determinada. Para una mejor aproximación, pueden analizarse tres niveles: un primer nivel, de naturaleza individual, se encuentra relacionado con causas directas o causas médicas. El segundo nivel está vinculado con causas intermedias o referentes al nivel de condición de vida (tales como carga de trabajo reproductivo, entorno residencial y acceso a servicios reproductivos). El tercer nivel se refiere a causas estructurales de índole económica y social, entre ellas, el Gobierno y tradición política, clase y etnia, pobreza, entre otras.

Las consecuencias de las muertes maternas son devastadoras y constituyen una tragedia múltiple con importantes efectos en diversas esferas. En el campo económico, la muerte de una madre siempre conlleva desembolsos, generalmente no esperados, que en familias pobres o cercanas a la línea de pobreza pueden significar una catástrofe financiera. Las consecuencias

sociales y psicológicas de las muertes maternas en los hijos son de largo plazo pues, por ejemplo, al afectar su desempeño educativo, se afectan también sus oportunidades de trabajo e ingresos; además, en niñas y niños sin madre existe un mayor riesgo de padecer desnutrición, abandono escolar y desintegración familiar (por ejemplo, cuando los padres o tutores se ven en la necesidad de separar a los hermanos, distribuyéndolos en varias familias).

En este marco, este documento presenta una propuesta financiera cuya implementación permitiría la consecución de intervenciones probadas, con la finalidad de reducir las muertes maternas en el país. Esta propuesta costea los insumos necesarios para su implementación y, además, agrega el costo de las condiciones necesarias para que las intervenciones puedan ser efectuadas, o más bien, profundizadas y universalizadas.

Se prevé un modelo de inversión en el primer y segundo nivel de atención en salud, que se describe a continuación para ejecutarse entre 2013 y 2022 en 8 departamentos priorizados, con lo cual se espera como resultado la reducción de la mortalidad materna. Estas inversiones enfatizan las esferas identificadas como aquellas que resultan centrales para desencadenar procesos virtuosos que logren impactar en los aspectos de disponibilidad y acceso a los servicios públicos de salud:

1. Esfera de recursos humanos: se busca asegurar la contratación de profesionales de la salud con una adecuada remuneración, formación y capacitación.
2. Esfera de funcionamiento: se considera el costo asociado con los gastos de funcionamiento para el primer y segundo nivel de atención. Se incluye el costo de combustibles, lubricantes, mantenimiento de equipamiento, papelería y útiles, ropa para pacientes, uniformes, pago de los servicios, entre otros.
3. Esfera de infraestructura y equipamiento: se prevé la construcción y remozamiento de puestos de salud para el primer nivel, Centros de Atención Permanente (CAP), Centros de Atención Integral Materno Infantil (Caimi) y casas maternas. Asimismo, el remozamiento y elevación de Centros de Salud (CS) y Centros de Atención a Pacientes Ambulatorios (Cenapas). Asimismo, se incluye el equipamiento tanto para el primero como para el segundo nivel de atención.
4. Esfera de medicamentos e insumos: para los hogares en condiciones de pobreza extrema, el gasto de bolsillo representa una fuerte carga económica. Por ello, se prevé la dotación de medicamentos e insumos a la población atendida.
5. Sistema de información: se prevé la inversión y mejora en el sistema de información con el objetivo de llevar un registro individual de la población con cobertura de los servicios de salud.
6. Esfera de gestión: se prioriza la inversión en un sistema de monitoreo y evaluación con indicadores de insumo, proceso y resultado, así como la mejora en los procedimientos para la contratación de recursos humanos. También se enfatiza la realización de los esfuerzos necesarios para generar una gestión de presupuesto por resultados.
7. Transporte: corresponde a un estipendio para que aquellas mujeres con partos complicados puedan trasladarse desde sus lugares de vivienda hacia los servicios de salud.
8. Casas maternas: se prevé la construcción, equipamiento, mantenimiento y recurso humano para casas maternas, las cuales son complementarias a los Caimi y darán hospedaje temporal a mujeres embarazadas.

En 2013 se requiere una inversión que abarque las mejoras en el primero y segundo nivel de atención por un monto equivalente a un 0.19% del PIB (Q 805.0 millones), para avanzar al año 2022 con una inversión de 0.40% del PIB, equivalente a Q 2,924.0 millones.

Fortalecer y recuperar los servicios públicos del primero y segundo nivel constituye la alternativa más viable para poder cumplir con el Objetivo del Milenio de reducción de la mortalidad materna y con lo comprometido en el Pacto Hambre Cero, que incluye la reducción de las muertes maternas e infantiles. Además, es necesario desarrollar un plan institucional para la implementación de la expansión de la infraestructura en todos los niveles de atención materna infantil, el cual debe ser parte integral de las discusiones del presupuesto del año 2014. Tanto el plan como el presupuesto deben contener explícitamente las estrategias para asegurar su sostenibilidad física y funcional en el tiempo.



© UNICEF/Anthony Asael

EL DERECHO A UNA MATERNIDAD SALUDABLE

1

EL DERECHO A UNA MATERNIDAD SALUDABLE



©UNICEF/Rolando Chews

A pesar del interés público por las muertes de madres y niños que ha acompañado a la humanidad durante gran parte de su historia, no fue sino hasta la Primera Guerra Mundial cuando dicho interés obtuvo un reconocimiento de mayor formalidad, al hacerse explícitas las declaraciones de varias autoridades por enfocarse en su reducción. No obstante, esta preocupación tenía una connotación más política que humanitaria, pues el objetivo más bien buscaba «reponer» a las generaciones devastadas por la guerra.¹

Las primeras declaraciones relativas a la protección de la maternidad se encuentran en 1919, fecha en la que se fundó la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Esta entidad declaró que la seguridad social debía ser implementada por todos los países para proteger a los trabajadores y sus familias de los riesgos sociales. Fue en este marco que se estableció el primer acuerdo para proteger la maternidad, el cual fue adoptado como convenio internacional en 1952.²

Es a partir de 1948 cuando, en la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, en el artículo 25, se dispone que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados especiales.³ Después de este momento se desarrolló una serie de normativas e instrumentos legales en los que se declara la protección de las mujeres, particularmente las madres. En 1966, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el *Pacto Internacional de Derechos*

Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc), que entró en vigor en 1976. En el artículo 10 de este *Pacto* se establece que se debe conceder especial protección a las madres durante un lapso razonable, tanto antes como después del parto.⁴ Guatemala suscribió este instrumento internacional de derechos humanos el 19 de mayo de 1988.

El *Pacto* significó un gran avance en el reconocimiento de los derechos de las mujeres embarazadas; no obstante, la protección se concebía como resultado de una visión equivocada en la que las mujeres eran consideradas como sujetos pasivos de la asistencia. El panorama cambió en 1975 cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó, en México, a la primera Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer.⁵ En esta Conferencia se aprobó un plan de acción mundial en el que se presentaban directrices que debían seguir los Gobiernos y la comunidad internacional en los diez años siguientes para alcanzar los objetivos fundamentales establecidos por la Asamblea General. Ello implicaba la garantía de acceso equitativo de la mujer a recursos como la educación, las oportunidades de empleo, la participación política, los servicios de salud, la vivienda, la nutrición y la planificación de la familia. En 1979 se celebró la *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, que ha sido reconocida como uno de los instrumentos

1 Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005). *La salud del mundo*.

2 Mesa Lago, Carmelo (2005). *Los principios de la seguridad social en América Latina y el Caribe en las reformas de salud en América Latina y el Caribe y su impacto en los principios de la seguridad social*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal).

3 Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*.

4 Organización de las Naciones Unidas (1976). *Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.

5 Conferencia Mundial del Año Internacional de las Mujeres, México, 1975, ONU.

más poderosos en la lucha por la igualdad de la mujer. La *Convención* ha sido denominada «la carta de los derechos humanos de la mujer».⁶

En 1980, se celebró en Copenhague la Segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer para examinar y evaluar el plan de acción mundial adoptado en México, en 1975.⁷ En esta Conferencia se establecieron tres esferas indispensables, con medidas concretas y objetivos precisos para alcanzar las amplias metas de igualdad, desarrollo y paz. Esas tres esferas eran la igualdad de acceso a la educación, las oportunidades de empleo y, lo más importante para los fines de este análisis, los servicios adecuados de atención de la salud, particularmente los relacionados con el embarazo.

En 1985 se celebró en Nairobi la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz.⁸ En dicha Conferencia se estableció que las mejoras en la situación de las mujeres y los esfuerzos para reducir su discriminación habían beneficiado únicamente a una pequeña minoría. Estas desigualdades existían entre países y dentro de los países. En consecuencia, las inequidades pasaron a convertirse en el foco de atención en la lucha por los derechos de las mujeres.

Por su parte, en 1994 se celebró la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo,⁹ en cuyo informe se establece que la habilitación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia para los países y el mundo. Se manifiesta que dichas mejoras son indispensables para lograr el desarrollo sostenible.

En 1995 se celebró, en Beijing, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer;¹⁰ su importancia radica en el reconocimiento de la necesidad de trasladar el centro de la atención de la mujer al concepto de género, reconociendo que toda la estructura de la sociedad y todas las relaciones entre los hombres y las mujeres en el interior de esa estructura tenían que ser reevaluadas.

En el año 2000 se realizó la Cumbre del Milenio, uno de cuyos principales frutos es el acuerdo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).¹¹ El ODM cinco es relativo a la salud materna y establece que los Estados firmantes debían reducir las muertes maternas en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. En el año 2000 también se realizó en Nueva York la Conferencia Beijing + 5,¹² en donde se revisaron los avances de la conferencia original y se renovaron los compromisos. Un evento similar ocurrió en 2005 cuando se llevó a cabo la Conferencia Beijing + 10.¹³ En estas conferencias el foco central de las revisiones ha sido el estado de las desigualdades de género en el mundo y las medidas que se han tomado para su superación.

Por su parte, en el año 2000, la Observación General Número 14 del Comité de Derechos Económicos y Culturales de las Naciones Unidas (CDESC) establece que el concepto del «más alto nivel posible de salud» tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Asimismo, reconoce que el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de una gama completa de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.¹⁴ En materia de salud materna, la Observación del CDESC reitera la necesidad de que la

6 Asamblea General de las Naciones Unidas (2000). *Las 4 conferencias mundiales sobre la mujer, 1974-1995, una perspectiva histórica*.

7 II Conferencia Mundial de la Década de las Naciones Unidas para las Mujeres: Igualdad, Desarrollo y Paz, Copenhague, 1980.

8 III Conferencia Mundial para el Examen y Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para las Mujeres: Igualdad, Derecho y Paz, Nairobi, 1985.

9 Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.

10 IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Beijing, 1995.

11 Cumbre del Milenio, Nueva York, 2000.

12 Mujeres 2000: Igualdad de Género, Desarrollo y Paz en el Siglo XXI, Nueva York.

13 Revisión de Beijing: Beijing + 10, Nueva York, 2005.

14 Consejo Económico y Social (2000). «Observación General Número 14. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del PIDESC. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12). E/C.12/2000/4».

infraestructura de la sanidad pública proporcione servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales.¹⁵

En 2007 se realizó en Quito, Ecuador, la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe,¹⁶ en cuyos acuerdos se establece la necesidad de asegurar los derechos sexuales y reproductivos que forman parte de los derechos humanos y el acceso universal a la salud integral. Por su parte, en 2009 el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas emitió la *Resolución Relativa a la Mortalidad y Morbilidad Materna Prevenible y los Derechos Humanos*, en la cual se reconoce que la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad materna son prevenibles, y que la mortalidad y morbilidad materna prevenibles suponen un problema de salud, desarrollo y derechos humanos que exige la protección efectiva de los derechos humanos de las mujeres y las niñas.¹⁷

En 2010, en Brasilia, se realizó la Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe¹⁸ que, en su acuerdo número 6, establece la necesidad de fortalecer y ampliar los planes y programas que promuevan la maternidad saludable y prevengan la mortalidad materna, asegurando el acceso universal a los servicios de salud, especialmente para las adolescentes y las mujeres de

Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad: condiciones básicas para el ejercicio del derecho a la salud y a la maternidad saludable

El derecho a la salud consagrado en el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales incluye la obligación de adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna y brindar acceso a los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto. De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos y Culturales de las Naciones Unidas, la disponibilidad en materia de salud implica que «[...] cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud». El Comité indica que «[...] esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado».

El requerimiento de accesibilidad implica que los establecimientos, bienes y servicios deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los grupos más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna, y al alcance geográfico y económico de todos los sectores de la población.

Sobre la aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, el Comité ha indicado que éstos deberán ser «[...] respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida». Asimismo, es preciso que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad, lo cual requiere, entre otros, «[...] personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas».

Según la Declaración de la Conferencia sobre Población y Desarrollo, de 1994, los derechos reproductivos y sexuales de la mujer incluyen «el derecho básico [...] de decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia».

El Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) insta a los Gobiernos a «[...] dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad materna mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal».

Fuente: tomado de CESR/Icefi (2009: 43).

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Quito, 2007.

¹⁷ Véase: http://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf

¹⁸ Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Brasilia, 2010.

pueblos indígenas y afro descendientes. En el ámbito internacional, la creación de ONU Mujeres, en 2010, significa un importante avance en la protección de las mujeres y la lucha contra las inequidades de género, entre las que se cuentan las muertes maternas.

En cuanto al marco legal guatemalteco, la normativa más general y de mayor jerarquía es la *Constitución Política de la República*, de 1985. En el artículo 1 de la *Constitución* se declara que el Estado de Guatemala se organiza para proteger a la persona y a la familia y su fin supremo es la realización del bien común. En el artículo 47 también se declara que el Estado debe garantizar la protección social, económica y jurídica de la familia, así como la igualdad de derechos de los cónyuges, la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de los hijos. En la *Constitución* se establece que la salud es un derecho y un bien público, y que es responsabilidad del Estado su garantía; la maternidad tiene la protección del Estado (artículo 52). Es importante indicar que la *Constitución* señala, en su artículo 46, la preeminencia del derecho internacional sobre el interno, lo cual constituye una situación especialmente relevante de cara a los tratados, pactos y convenios que Guatemala ha suscrito en relación con la protección de las mujeres y la maternidad.

Por su parte, el *Código de Salud*¹⁹ establece que el Estado, por conducto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y de las otras instituciones del sector salud, desarrollará acciones tendentes a promover la salud de la mujer y la niñez (artículo 41). Además, se establece el derecho a la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado y, de manera particular, se menciona que la rectoría del sector está a cargo del MSPAS; se estipula, igualmente, la gratuidad de los servicios de salud. La *Ley de Dignificación y Promoción Integral de la*

*Mujer*²⁰ mandata al Estado el desarrollo de acciones y mecanismos mediante los cuales se dote al personal del conocimiento mínimo necesario sobre la situación de las mujeres y su problemática de vida, estableciendo dinámicas específicas con participación de las mujeres como sujetos activos en la definición de las políticas de este sector. Se espera lograr, de esta manera, el acceso de las mujeres, en todas las etapas y ámbitos de su vida, a los servicios de educación, salud integral, planificación familiar y control pre y post natal, incidiendo, entre otros, en la disminución de la mortalidad materna.

La *Ley de Desarrollo Social*²¹ establece como uno de sus objetivos la reducción de las tasas de mortalidad, con énfasis en el grupo materno infantil. Asimismo, dicha Ley estipula la promoción e impulso de planes, programas y acciones para garantizar el ejercicio libre y pleno de la paternidad y maternidad responsables. Esta Ley crea el Programa de Salud Reproductiva, a cargo del MSPAS y del Ministerio de Educación (Mineduc); su objetivo es reducir los índices de mortalidad materna e infantil mediante acciones y mecanismos que hagan que los servicios de salud reproductiva sean accesibles. Además, establece que la vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por lo que la maternidad saludable constituye un asunto de urgencia nacional.

Otra ley que brinda un marco legal y, en este caso, también financiero, al combate a la mortalidad materna es la *Ley de Gravamen de las Bebidas Alcohólicas*.²² En ella se destina un 15% de la recaudación de este impuesto (que grava entre un 6 y un 8.5% a las bebidas alcohólicas sobre el precio de venta al consumidor) para los programas de salud sexual y reproductiva y alcoholismo que desarrolla el MSPAS.

El espaciamiento entre embarazos y la prevención del embarazo adolescente son

19 Congreso de la República (1997). Decreto 90-97, Código de Salud.

20 Congreso de la República (1999). Decreto 7-99 del Congreso de la República, *Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer*.

21 Congreso de la República (2001). Decreto 42-2001 del Congreso de la República, *Ley de Desarrollo Social*.

22 Congreso de la República (2004).

dos elementos clave para la reducción de la mortalidad materna. En este sentido, la *Ley de Acceso Universal y Equitativo a Métodos de Planificación Familiar*²³ cobra una gran relevancia. En esta *Ley* se establece una serie de medidas, de carácter universal, que buscan garantizar el acceso geográfico, funcional e institucional a métodos de planificación familiar. Por su parte, la *Ley contra el Femicidio*²⁴ define como violencia sexual todas aquellas acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad sea vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o del derecho a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Todas estas leyes nacionales confieren un importante grado de protección legal a las mujeres y coadyuvan a la prevención de las muertes maternas; no obstante, aún quedan algunos vacíos legales en cuanto a los contenidos del tipo de prestación que se debe brindar a las mujeres gestantes y quién o quiénes son los responsables de dichas acciones.

Con el ánimo de completar este marco legal, se promulgó la *Ley de Maternidad Saludable*,²⁵ en la cual se declara el interés de mejorar la salud y la calidad de vida de las mujeres y los recién nacidos, además de promover el desarrollo humano a través del aseguramiento de la maternidad saludable mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información y servicios de calidad que permitan la erradicación progresiva de la mortalidad materna y neonatal.

En el artículo 2 se establece que uno de los fines de esta *Ley* es declarar la maternidad saludable como un asunto de urgencia nacional, apoyando acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal. Por su parte, el artículo 4 estipula algunos

principios rectores, entre los que se cuenta la gratuidad, accesibilidad, equidad, respeto a la interculturalidad y sostenibilidad. En el artículo 5, inciso «h», se definen los establecimientos de los tres niveles de atención, lo que finalmente otorga un contenido operativo a lo enunciado en la *Ley de Desarrollo Social*. En el artículo 6 se declara al MSPAS, al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (Igss) y a las organizaciones no gubernamentales (ONG) que implementan el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) como los entes responsables de garantizar el acceso a los servicios; sin embargo, la entrega de servicios integrales requiere del concurso de otras entidades gubernamentales, civiles y del sector privado que este artículo no toma en cuenta.

De acuerdo con el artículo 7, la generación de condiciones para la maternidad saludable se limita a la orientación y educación sobre las condiciones necesarias para prevenir embarazos no deseados y a la promoción de embarazos saludables mediante condiciones nutricionales adecuadas y mediante la administración de suplementos alimenticios y vitamínicos. Ese marco restringido no considera otros determinantes de la maternidad saludable y no aporta un enfoque distinto al que tradicionalmente se ha implementado, y que aun cuando considera intervenciones costo efectivas, genera un efecto que no impacta de manera global en el problema (sobre todo al dejar intactos otros determinantes de la situación que pretende cambiar). En los artículos 8, 9 y 10 se establecen las garantías explícitas referidas a la atención obligatoria del embarazo, parto y puerperio de todas las ciudadanas guatemaltecas y se declara nuevamente como responsables al MSPAS, Igss y ONG-PEC. Salvando los problemas de rectoría, coordinación intersectorial y enfoque centralista que tiene tal declaración, el hecho de expresar explícitamente una serie de factores esenciales para la provisión de servicios hace que este articulado cobre una gran relevancia.

23 Congreso de la República (2005). Decreto 87-2005 del Congreso de la República, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

24 Congreso de la República (2008). Decreto 22-2008 del Congreso de la República, Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer.

25 Congreso de la República (2010). Decreto 32-2010 del Congreso de la República, Ley de Maternidad Saludable.



©UNICEF/Anthony Asael

En los artículos 12 y 13 se institucionalizan los Centros de Atención Integral Materno Infantil (Caimi) y los Centros de Atención Permanente (CAP) como parte del segundo nivel de los servicios proveídos por el MSPAS. Sin embargo, al ser tan específica para el MSPAS, la Ley deja fuera otras iniciativas que ya desarrollan el Igss y otras organizaciones sociales. También establece las casas maternas con pertinencia cultural. En el artículo 15 se refiere a la acreditación del recurso humano por el MSPAS, con el aval de la Universidad de San Carlos de Guatemala (Usac). Si bien el MSPAS —como el rector del sector salud y como el principal proveedor de los servicios públicos en la materia— tiene la tarea de acreditación según los estándares que defina, pueden generarse contradicciones con instituciones como el Colegio de Médicos que, en la actualidad, es la única capaz de acreditar a los profesionales de la medicina para el ejercicio de sus competencias.

El artículo 16 es de gran trascendencia al declarar que el MSPAS definirá los estándares de calidad, los vigilará y supervisará con alcances hacia los proveedores privados de salud en el país. Los artículos 19, 20 y 21 establecen que las áreas de salud,

con el apoyo técnico del Centro Nacional de Epidemiología (CNE), el Sistema de Información Gerencial en Salud (Sigsa) y el Programa Nacional de Salud Reproductiva son responsables de la vigilancia. Para dicha tarea se crean los comités de vigilancia, cuya primera responsabilidad es la definición de normas y estándares; además, se establecen los niveles nacional, departamental, municipal y hospitalario.

Los artículos 22, 23 y 24 crean la Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable (CMPMS), con funciones de monitorear la estrategia de reducción de la mortalidad materna, vigilar la disponibilidad de financiamiento para el cumplimiento de esta Ley y garantizar la sostenibilidad de la estrategia y la actualización de evidencia científica. Los integrantes de la CMPMS son actores institucionales del MSPAS, Igss, Congreso de la República, Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Segeplan) y dos asociaciones médicas. Los artículos 25 y 26 estipulan que el MSPAS y el Igss asignarán los recursos financieros necesarios, priorizando acciones en las regiones del país con mayores problemas de muertes maternas. La inversión se priorizará para la construcción y

expansión de los servicios, el equipamiento y la dotación de insumos, la capacitación permanente, la sensibilización sobre aspectos interculturales y la contratación de personal.

El artículo 27 reforma el Decreto 21-2004; establece que de los recursos recaudados por el impuesto a las bebidas alcohólicas se destinará un 15% para programas de salud reproductiva y, de ese porcentaje, un 30% se utilizará para la compra de insumos anticonceptivos. Además, declara que el Ministerio de Finanzas Públicas (Minfin) creará dentro del presupuesto del MSPAS una partida presupuestaria para la compra de anticonceptivos. El artículo 29 estipula que el conviviente de la mujer será penalizado si no permite, promueve y facilita que la mujer tenga acceso a los servicios de salud materno-neonatales. Al parecer, el «espíritu» de esta normativa obedece a la percepción de que muchos convivientes se oponen al tratamiento de los problemas maternos en los servicios de salud y, en consecuencia, intenta legislar al respecto; sin embargo, es necesario considerar aspectos interculturales, el acceso físico a los servicios y los limitados recursos de muchos hogares. La reglamentación debe ser cuidadosa de no penalizar a otra víctima del problema como resultado, en parte, de la falta de servicios disponibles y accesibles.

El 29 de marzo de 2012 se promulgó el *Acuerdo Gubernativo 65-2012, Reglamento de la Ley para la Maternidad Saludable*. En este instrumento se elaboran precisiones al respecto de los establecimientos que proveerán (proveen, en la actualidad) los servicios a mujeres gestantes. Se hace especial énfasis en los Caimi, los CAP y las casas maternas. De todos estos establecimientos se definen la cobertura geográfica y las funciones; además, se desarrollan de manera primaria los perfiles del personal que debe laborar en ellos y las responsabilidades del MSPAS y las escuelas formadoras. Se determina, además, el sistema de vigilancia, el sistema

de monitoreo, y las responsabilidades institucionales del mismo, incluyendo la necesidad de definir indicadores.

Existen otros instrumentos a favor de la reducción de la mortalidad materna. En 2010, se publicó el *Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna 2010-2015*.²⁶ Un año más tarde se publicó la *Guía para la atención materna y neonatal*,²⁷ en la cual se encuentran los protocolos de manejo del parto, incluyendo estrategias específicas para evitar y/o prevenir las hemorragias y otros problemas.

Como puede colegirse, el marco legal para el combate a la mortalidad materna es bastante extenso y comprensivo. Guatemala ha suscrito todos los acuerdos, tratados y convenios internacionales que han surgido y el tema de la protección de la maternidad ha sido recurrente en la legislación, desde 1985. No obstante, existen algunas interrogantes sobre sus alcances, particularmente en cuanto a su viabilidad institucional, financiera y política.

Según el mandato constitucional y lo dispuesto en los instrumentos legales, le corresponde al MSPAS ser la institución que debe negociar, diseñar, reglamentar, implementar, vigilar, monitorear, evaluar y financiar todo lo relativo a la protección de las mujeres gestantes. La primera interrogante que surge es si el MSPAS, en sus condiciones actuales, cuenta con las capacidades organizacionales, económicas, de recursos humanos y de rectoría necesarias para la tarea que le impone este marco legal. Por otro lado, si se toma en consideración que la proporción del gasto en salud hecho por el MSPAS con respecto al PIB ha venido decreciendo, que el gasto público en salud en general se ha contraído y que el Gobierno enfrenta dificultades para lograr la aprobación y el financiamiento del presupuesto, el escenario para financiar esta normativa legal resulta sumamente complejo.

26 MSPAS (2010). Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015, Cero Tolerancia a la Muerte Materna y Neonatal.

27 MSPAS (2011). Guía para la Implementación de la atención integral materna y neonatal, calificada, con enfoque de género y pertinencia cultural en los servicios institucionales de atención del parto.



©UNICEF/Rolando Chews

Otro problema importante en la viabilidad financiera de este marco legal es la poca capacidad de maniobra que el MSPAS tiene sobre sus recursos financieros: la mayoría de estos (85%) ya tiene destino y, con lo que resta (un 15%), el Ministerio debe atender los grandes problemas que enfrenta. Una de las razones de esta baja capacidad de maniobra del presupuesto son los destinos específicos, por ejemplo los aportes que se hacen con el presupuesto del MSPAS a ONG y fundaciones, los que constituyen típicos casos de sobre especificidad en el destino del recurso. Una dificultad adicional es la situación que se genera ante la fragmentación del sistema público de salud en el que el MSPAS desarrolla acciones sin coordinación con el Igss y con otros proveedores de servicios. Quizás el escollo principal es la falta de definición de las autoridades sobre qué modelo de atención en el primer nivel debe implementarse. A juzgar por el estado de los indicadores de salud, después de 14 años de implementación, el PEC no ha podido demostrar su incidencia en la mejora de las condiciones de salud y, debido a su naturaleza privada y a la falta de generación de infraestructura permanente, no cuenta con las capacidades para fortalecer la institucionalidad pública en el primer nivel, el cual resulta crucial para integrar la red de servicios. Esta falta de definición y la inacción consecuente pueden sabotear los esfuerzos por reducir las muertes maternas.

Ahora bien, el marco legal actual — especialmente la *Ley de Maternidad Saludable y su Reglamento*— tiene una serie de elementos que constituyen fortalezas, pero lo más importante, son oportunidades

para incidir, no solo en la reducción de la mortalidad materna neonatal, sino en las reformas necesarias del sistema de salud hacia la universalización del acceso. El hecho de que en la Ley se declare que el Estado y sus instituciones son responsables de proveer atención a todas las mujeres del país que estén en situación de embarazo constituye un gran paso hacia la universalización de la salud en Guatemala. Es claro que en la actualidad el MSPAS no puede hacer frente a estas demandas; sin embargo, el hacerlas explícitas en una ley promueve distintos procesos y mejoras en las capacidades del MSPAS, que por la vía de la inercia probablemente no sucederían.

Un elemento muy importante es que al declarar la maternidad saludable como un tema de urgencia nacional se fundamentan los argumentos que permiten a los titulares del derecho, es decir las mujeres y sus familias, hacerlos efectivos y exigibles por la vía legal. Esta posibilidad de demandas ciudadanas al Estado para exigir sus derechos consignados en ley puede generar movimientos sociales que eviten situaciones como las reducciones presupuestarias y el abandono de programas que deberían ser continuos.

El informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental reconoce que «[...] el sector de la salud de Guatemala adolece de una grave carencia de recursos y está concentrado en las zonas urbanas. Además, existen importantes desigualdades en el disfrute del derecho a la salud de las comunidades indígenas y las



©UNICEF/Claudio Versiani

mujeres, particularmente en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva».²⁸ En el ámbito de la salud reproductiva y sexual, entre las principales recomendaciones del Relator destacan seis aspectos:

- Primero, aumentar el número de centros de atención primaria de salud y la cantidad de profesionales sanitarios en las zonas rurales, así como mejorar el acceso a esos servicios.
- Segundo, implantar un sistema de cupones para el transporte hasta los servicios de salud, a fin de mejorar los resultados sanitarios de los indígenas en las zonas rurales, especialmente de las mujeres.
- Tercero, fortalecer la capacidad de las comadronas tradicionales y los profesionales de la salud mediante cursos de formación en derechos humanos y otros temas pertinentes, y ofrecer oficialmente oportunidades para el intercambio de información entre las comadronas y otros profesionales de la salud.
- Cuarto, mejorar los servicios de información y asesoramiento del sistema de salud pública sobre el uso de anticonceptivos, incluida la promoción de todas las formas de planificación de la familia y métodos anticonceptivos modernos, y velar porque estos sean culturalmente apropiados. Aumentar la accesibilidad y asequibilidad de todos los métodos anticonceptivos mediante el suministro de anticonceptivos a los grupos subatendidos.
- Quinto, garantizar que las mujeres ejerzan el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, incluido el acceso a servicios de aborto seguros, aceptables y asequibles (al menos en casos de urgencia médica o agresión sexual) y revisar las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que han recurrido al aborto ilegal.
- Finalmente, el Relator insta al Estado de Guatemala a aumentar las inversiones con cargo al presupuesto nacional para mejorar el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud en las comunidades rurales y elevar la calidad de los servicios y de la información.

28 «Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, señor Anand Grover. Misión a Guatemala. Marzo 2011». A/HRC/17/25/Add.2.



© UNICEF/Anthony Asael

¿CÓMO SE DEFINE Y SE MIDE
LA MORTALIDAD MATERNA?

2

¿CÓMO SE DEFINE Y SE MIDE LA MORTALIDAD MATERNA?



©UNICEF/Archivo

De acuerdo con la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados en su 10ª edición (CIE 10),²⁹ la mortalidad materna se define como toda muerte de una mujer durante el embarazo o el parto y dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo —independientemente de la duración y el sitio del mismo— debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Estas muertes pueden ocurrir por causas directamente relacionadas con el embarazo, o pueden ser el resultado indirecto de otras enfermedades agravadas por el mismo.

Las causas directas, también llamadas causas obstétricas, son las relativas a los problemas propios del embarazo, parto o puerperio (post-parto), tales como: hemorragias, pre eclampsia/eclampsia³⁰ e infecciones, pero también se consideran causas directas aquellas que son resultado de procedimientos, omisiones, tratamiento incorrecto, o complicaciones de la anestesia o la cesárea. Las causas indirectas son las relacionadas con padecimientos que estaban presentes antes del embarazo y que, dados los cambios fisiológicos propios de la gestación, se agravan. Ejemplos de estas condiciones serían los problemas cardíacos, pulmonares y metabólicos, entre otros. Las causas de muertes accidentales o incidentales no son consideradas muertes maternas; por ejemplo, un asesinato, la muerte de una mujer embarazada por deshidratación ocasionada por un problema diarreico mal

tratado, o la muerte como consecuencia del suicidio de una mujer gestante.

Si bien las muertes maternas constituyen un problema cotidiano para muchas comunidades rurales del país, necesitan ser visibilizadas en el contexto de los servicios de salud, la opinión pública y los tomadores de decisiones en el nivel político, tanto para definir intervenciones, como para priorizarlas. Esta visibilización requiere capacidades para cuantificar el problema y hacerlo inteligible para los actores sociales y económicos del país.

Para fines de medición de las muertes maternas, se necesita contar con información de calidad respecto a las circunstancias y causas de la problemática, para así realizar una adecuada clasificación. No obstante, en contextos como el guatemalteco, en donde un número importante de partos son domiciliarios y donde el sistema de registros muestra debilidades, el clasificar las muertes maternas de acuerdo con sus causas directas o indirectas suele ser difícil. Ante estas circunstancias, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en la CIE 10 el concepto de «defunción relacionada con el embarazo», en el que se incluyen todas las muertes de mujeres gestantes y en el período post parto, aún si son de origen incidental o accidental. Esta posibilidad de clasificación de las muertes maternas ha permitido realizar mediciones mediante los métodos llamados sororales (en los que se pregunta a un familiar sobre el estado de gestación de la fallecida, sin indagar sobre las causas) en

²⁹ OMS (2010). CIE 10, capítulo 15.

³⁰ La pre eclampsia es una enfermedad de origen desconocido y multifactorial que afecta al 10% de los embarazos; se caracteriza por el incremento de la presión arterial, la presencia de proteína en la orina y por edema. Cuando ocurren convulsiones durante el parto o post-parto inmediato se denomina eclampsia. Constituye una de las principales causas de muerte materna.

lugares donde los certificados médicos de defunción no están disponibles.^{31/32}

Estas mediciones se realizan sobre defunciones relacionadas con el embarazo y no sobre muertes maternas. Otro problema en la medición y clasificación de las muertes maternas es que el período de 42 días del post-parto³³ puede ser una limitante cuando las mujeres fallecen por complicaciones del embarazo o el parto después de ese lapso, debido a intervenciones médicas que las mantienen con vida por un tiempo mayor que el establecido en la definición de muerte materna. Debido a esta situación, se desarrolló el concepto de «muertes maternas tardías», que incluye todas aquellas que ocurren después de los 42 días, pero antes de cumplir un año.

Para las mediciones estadísticas y con fines de poder comparar entre países, territorios y poblaciones, se requiere la construcción de instrumentos estadísticos como tasas o razones, de acuerdo con la información disponible. Para construir una tasa se necesita contar con el número de muertes maternas ocurridas y la población en riesgo de este evento, es decir todas las mujeres embarazadas en un lapso determinado y en un territorio específico. Sin embargo, si bien se puede conocer con ciertas limitaciones el número de muertes maternas, el número de mujeres embarazadas es una tarea por demás imposible, pues el embarazo es una condición que no siempre se registra y que incluso muchas mujeres ignoran tener.

Algunas claves del éxito en la lucha contra la mortalidad materna

La historia nos muestra otras facetas del porqué los países tienen importantes diferencias en cuanto al descenso de la mortalidad materna. Suecia tuvo su más importante descenso de 1870 a 1900, período en el que el país se consideraba pobre, con una población rural importante y dispersa, y cuando no existían los antibióticos, la práctica de las cesáreas no estaba difundida y las transfusiones sanguíneas no se encontraban del todo disponibles. Al parecer, la intervención que produjo este impresionante descenso fue la utilización de parteras entrenadas y supervisadas. Para el año 1900, el 78% de los partos en Suecia era atendido por parteras certificadas y supervisadas, lo cual contribuyó a la reducción de la mortalidad materna a un tercio del nivel registrado en 1870, es decir, un logro significativo en tan solo 30 años. En esta historia de éxito se suman factores de mejoras tecnológicas, decisiones políticas y procesos sociales complejos que actuaron sinérgicamente.

En EE. UU., los datos estuvieron disponibles hasta en 1900 y la mortalidad materna, aun cuando era cuatro veces más que la de Suecia, no parecía un problema público. La estrategia exitosa europea del uso de parteras certificadas no fue aplicada en este país debido a la oposición sistemática de los obstetras, quienes descalificaban este tipo de práctica por considerarla una suerte de barbarie. No obstante, donde se implementó, por ejemplo en la ciudad de Newark, se redujo la RMM a 150 en los partos con partera, en contraste con la cantidad de 690 en los partos médicos. Un caso similar ocurrió en las poblaciones pobres atendidas por parteras en Kentucky, en donde la RMM era de 66 en los años de 1935-38, mientras que en la población atendida por los médicos era de 800-900.

Estas distintas realidades refuerzan la idea de que la mejora en la economía de los países no se traduce de manera lineal en las reducciones de la mortalidad materna; más bien son factores sociales y políticos los que definen finalmente los resultados. A partir de 1900 se inicia un importante descenso de la mortalidad materna en EE. UU., al punto de que en 1950 la RMM era muy similar a la de Suecia. Esta reducción se atribuye a una serie de elementos que ocurrieron, especialmente el advenimiento de los antibióticos, el uso de transfusiones, la institucionalización del parto y la creación de guías y protocolos, además de comités de vigilancia. Esto cambió el perfil de las muertes maternas en las que, hacia 1900, las causas eran la hemorragia, las infecciones y la eclampsia, y para el año 2000 eran embolias pulmonares, embarazos ectópicos y pre-eclampsia. Este es un nuevo ejemplo en el que elementos sociales, como el acceso a los servicios de salud, cobran una importancia fundamental.

31 Mortalidad materna en 2005, estimaciones elaboradas por OMS, Unfpa, Unicef y el Banco Mundial (BM).

32 Un problema adicional es que únicamente el 42% de los certificados de defunción es elaborado por médicos; asimismo, el Registro Nacional de las Personas (Renap) enfrenta dificultades para proporcionar las direcciones de las fallecidas.

33 Los 42 días del post parto se establecen a partir de un hecho fisiológico: este es el período en el que el útero regresa a su forma, posición y función normal, situación que es acompañada por el restablecimiento de otras funciones corporales afectadas por el embarazo.



©UNICEF/Claudio Versiani

En su lugar, se construyen tres tipos de mediciones: la tasa de mortalidad materna (TMM), que utiliza las muertes maternas ocurridas en un período de tiempo por cada 100,000 mujeres en edad fértil; la razón de mortalidad materna (RMM), que emplea las muertes maternas ocurridas en un lapso determinado, por cada 100,000 nacidos vivos; y el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida adulta, que representa el riesgo de morir por causas maternas que enfrenta una mujer de 15 años en un año determinado. La TMM representa, más bien, una tasa de mortalidad por causas relacionadas con el embarazo y no las muertes maternas en su acepción correcta. La medición más utilizada y, de hecho, la que se utiliza en este documento, es la RMM.

Un problema adicional es la obtención de datos para construir las mediciones. En los países más desarrollados es posible obtener la información de los sistemas de registro civil donde se contabilizan todas las muertes con certificados de defunción normalizados; sin embargo, aún en estos países se detectan importantes niveles de sub registro. Otra manera de obtener la información es mediante encuestas domiciliarias específicas, las cuales tienen como problemas que registran las muertes relacionadas con el embarazo, además, precisan muestras grandes, lo que genera una importante amplitud de los intervalos de confianza.³⁴ Los métodos sororales (también llamados «el método de las hermanas» porque indagan, en una muestra representativa, la historia reproductiva de las mujeres de las familias,

procurando establecer cuántas se casaron, cuántas están vivas y cuántas murieron a causa del embarazo) también se utilizan, pero al igual que las encuestas específicas, miden las defunciones asociadas con el embarazo, más que las muertes maternas.

Una de las estrategias diseñadas para reconocer la magnitud de la mortalidad materna, y sobre todo del sub registro, es la identificación de las defunciones de mujeres en edad fértil, por lo general de 15 a 49 años, para distinguir a partir de ese punto aquellas ocurridas por causas maternas.

Esta estrategia recibe el nombre de Ramos, por sus siglas en inglés (Reproductive Age Mortality Survey), y se ha utilizado desde el decenio de 1980 en diversos países.³⁵ Cuando se hace búsqueda intencionada solamente de las muertes maternas o sospechosas, en lugar de todas las ocurridas, se denomina método Ramos modificado. Además de los métodos descritos anteriormente, se emplean autopsias verbales, las cuales consisten en la realización de entrevistas a familiares de las mujeres fallecidas, tratando de esclarecer la causa de la muerte y, si es posible, vincularla con la definición de muerte materna. Este método tiene la dificultad de que involucra la subjetividad del encuestador, lo que puede conducir a la comisión de errores en la clasificación de las muertes maternas. Los censos también son utilizados, agregando preguntas a la boleta censal; sin embargo, dado que se realizan cada 10 años, su utilidad para el seguimiento del problema es limitada.

³⁴ Ibid. 3.

³⁵ Freyermuth-Enciso, G., Cárdenas-Elizalde, R. (2009). Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas mediante las estrategias RAMOS y RAMOS modificada. Salud Pública, México; 51: 450-457.



¿CUÁNTAS MADRES MUEREN HOY
EN GUATEMALA POR DAR VIDA?

3

¿CUÁNTAS MADRES MUEREN HOY EN GUATEMALA POR DAR VIDA?



©UNICEF/Archivo

Las muertes maternas, en un contexto en el que no se realiza intervención alguna, se estima que serían cerca de 1,200 a 1,500 por cada 100,000 nacidos vivos.³⁶ Estas «muertes naturales» están en un nivel similar al de algunos países en la actualidad, aun cuando se ha desarrollado una serie de intervenciones efectivas para prevenirlas. Se ha establecido que los países con mayor crecimiento del producto interno bruto (PIB) tienen la RMM más baja que aquellos cuyo PIB es inferior. No obstante, en la década de los 90 del siglo XX, por citar un ejemplo, países como Vietnam, Lesoto, la República Centro Africana y Nepal, aun cuando tenían un PIB per cápita entre los US\$ 1000 y los US\$ 1200, contaban con una RMM que variaba entre 160, 600, 700 y 1,500, respectivamente.³⁷ Estos datos son indicativos de que el desarrollo económico no es suficiente para lograr reducir las muertes maternas, sino más bien es el desarrollo humano el que dicta las diferencias entre países e intra países.

Desde una perspectiva médica, las diferencias entre los países en cuanto a la RMM se atribuyen al avance tecnológico, a la aplicación de intervenciones costo efectivas y al acceso mejorado a cuidados provistos por personal calificado. Sin embargo, en la actualidad, aún con todo el desarrollo tecnológico, las lecciones aprendidas de la historia y la mejora económica de algunos países, el panorama sigue siendo devastador. Para el año 2010 se registraron en el mundo 287,000 muertes maternas, lo que equivale a una muerte materna cada 2 minutos, una

RMM de 210 por cada 100,000 nacidos vivos, y al hecho de que 1 de cada 180 mujeres que cumplieron 15 años tenga la probabilidad de morir en el curso de su vida por razones vinculadas con el embarazo, parto y postparto.³⁸

De todas las muertes maternas ocurridas durante ese año, el 99% corresponde a países en vías de desarrollo y, de ese porcentaje, un 85% corresponde a África sub sahariana y Asia del sur. La RMM de África sub sahariana es de 500 por 100,000 nacidos vivos, lo cual es equivalente a la que los EE. UU. tenían en 1935, y Suecia en 1890. América Latina contabilizó para ese año 9,200 muertes maternas, una RMM de 80 por 100,000 nacidos vivos y un riesgo de muerte materna de 1 en 490 para la vida de las mujeres de 15 años. Entre los años 1990 y 2010 se ha visto una reducción global de la mortalidad materna del 47%, lo cual indica que la reducción comprometida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (una reducción del 75%) será difícil de alcanzar. En la región centroamericana, para el año 2010, la mayor RMM la tiene Guatemala, con 120 (según estimaciones de WHO, Unicef, Unfpa y WB); le sigue Honduras, con 100; luego Nicaragua, con 95; El Salvador, con 81; y Costa Rica, con 40.³⁹

Aún con lo satisfactorio que pueden ser los datos sobre la reducción de las muertes maternas, el hecho de que sigan ocurriendo, que se contabilicen miles de muertes evitables y que las causas sean las mismas que aquejaban a los países desarrollados

36 Wim Van Lerberghe, Vincent De Brouwere (2001). «Callejones sin salida y logros: lecciones de la historia sobre la reducción de la mortalidad materna», en: Estrategias para una maternidad segura, Studies in Health Services Organization & Policy.

37 Wim Van Lerberghe, op. cit.

38 WHO, Unicef, Unfpa, and World Bank. Trends in maternal Mortality, 1990-2010.

39 Ibid., 35.

a inicios del siglo pasado, no hace más que desvelar las profundas inequidades y desigualdades sociales de que son objeto las mujeres y sus familias. Así como en el mundo las muertes maternas ocurren en mujeres pobres, sin educación, sin acceso a ingresos y trabajo, y sometidas a regímenes patriarcales donde sus derechos son violados, las realidades de cada país encuentran una expresión similar.

En Guatemala, las mediciones de la mortalidad materna y el cálculo de la RMM han seguido diversas metodologías, lo que hace difícil establecer una tendencia.

Estudios realizados en el país muestran grandes variaciones en sus resultados, probablemente por los distintos métodos utilizados y el rigor de su aplicación.

Como se observa en la tabla 1, los resultados para un mismo año, por ejemplo 1995, pueden variar entre 90 y 190, lo cual indica problemas en las estimaciones. Además, dada la diversidad de metodologías, con estos datos no es posible obtener tendencias. De acuerdo con el MSPAS, los registros municipales pueden llegar a tener un sub registro del 44%,⁴⁰ lo que le agrega un problema más a estas estimaciones.

Tabla 1

RMM en Guatemala, para distintos años, según diferentes estudios y metodología utilizada			
Año de realización	Institución	RMM	Método utilizado
1989	MSPAS (Medina)	219	Registros municipales
1990-1995	Ensmi	190	Método sororal (las hermanas)
1990-1995	INE	114	Registros municipales
1995	INE	92	Registros municipales
1996-1998	Measure	184	Registros municipales con factor de corrección
1997	INE	98	Registros municipales
1998	INE	100	Registros municipales
1999	INE	95	Registros municipales
1999	MSPAS-Sigsa	111	Registros municipales
2000	INE	107	Registros municipales
2000	MSPAS	153	Método Ramos
2007	MSPAS-Sigsa	84	Registros municipales
2007	MSPAS-Segeplan	139	Método Ramos

Fuente: Icefi/Unicef, con datos del Estudio nacional de mortalidad materna 2007, MSPAS, Segeplan (2011).

40 MSPAS, Segeplan (2011). Estudio nacional de mortalidad materna en Guatemala, 2007. .

Tabla 2

Estimaciones de la RMM para Guatemala, distintos años		
Año de estimación	RMM	Riesgo de muerte materna de por vida para las mujeres de 15 años, 1 en:
2005	290	71
2008	110	210
2010	120	190

Fuente: Icefi/Unicef, con datos de *Trends of maternal mortality*, 1990-2005, 1990-2008, 1990-2010.

Otras estimaciones de la RMM para Guatemala muestran diferentes valores (véase tabla 2).

En la tabla 2 se muestra que existe una tendencia a la disminución de la mortalidad materna de 2005 a 2008, con un incremento en 2010. El riesgo de muerte materna de por vida para quienes tienen 15 años mejoró en el período de 2005, pero retrocedió en 2008 y 2010.

Otras estimaciones indican que, para el año 1980, la RMM en Guatemala era de 189 por 100,000 nacidos vivos; para 1990 había descendido a 178; en el año 2000 se situaba en 111 y, en el año 2008, llegó a 88.⁴¹ Al igual que las otras estimaciones, muestran un descenso en la mortalidad materna.

A pesar de que estas estimaciones son realizadas con rigor, los datos nacionales muestran una realidad distinta. De acuerdo con el estudio de línea basal del año 2000, la RMM se situaba en 153, con un posible sub registro cercano al 40%. En el año 2011 se publicó el Estudio nacional de mortalidad materna en Guatemala 2007 (ENMM), que utilizó el método Ramos y tomó como referencia el año 2007, por ser el último con datos cerrados por los registros oficiales.⁴²

En este estudio se determinó que la RMM para el año 2007 fue de 139.68. Esto significa que en 7 años la problemática se redujo en 13 puntos, es decir, apenas un 8%, a una velocidad de 1.2% anual. Aun cuando estas cifras evidencian un porcentaje pequeño de reducción, constituyen finalmente un progreso. No obstante, si los datos se comparan con la reducción ocurrida entre los años 1989 y 2000 —período en el que se pasó de una RMM de 219 a 153, es decir, se dio un 30% de reducción o una velocidad de 2.75% anual— lo ocurrido entre 2000 y 2007 puede considerarse una desaceleración en la reducción de la mortalidad materna.

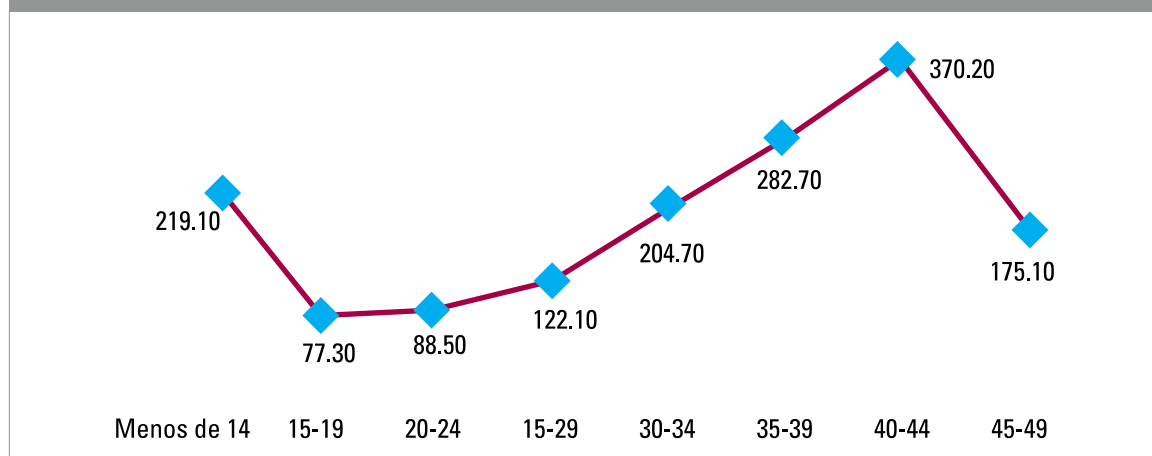
Vista desde una perspectiva de desagregación territorial, la RMM esconde importantes desigualdades. Existen departamentos como Izabal en donde la RMM es más del doble del promedio nacional, promedio que también es superado por Totonicapán, Huehuetenango, Alta Verapaz, Quiché, Baja Verapaz, Chiquimula y Chimaltenango. Otros departamentos muestran valores inferiores a la RMM nacional; el más bajo lo ostenta Zacapa, con 34 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. Estas desigualdades regionales se correlacionan con la ruralidad, la presencia de población indígena y la presencia de servicios.

41 Margareth, C., Hogan, et al. (2010). Maternal Mortality for 181 countries 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet*; 375: 1609-23.

42 MSPAS, Segeplan, op. cit.

Gráfica 1

Guatemala: RMM por rangos de edad (2007)



Fuente: Icefi/Unicef, con datos del Estudio nacional de mortalidad materna 2007, MSPAS, Segeplan (2011).

Si se analiza la edad de la madre al morir, como se observa en la gráfica 1, las muertes ocurren con mayor frecuencia en los extremos de la vida reproductiva. En las mujeres de menos de 14 años⁴³ la RMM es superior a la media nacional, lo cual también ocurre en el segmento de los 30 a los 34 años. En el grupo de mujeres de 40 a 44 años se observa la más alta RMM, duplicando la media nacional, para luego descender en el grupo de mujeres de 45 a 49 años, dato que sorprende pues, teóricamente, el riesgo aumenta con la edad y no se esperaría que el grupo de 45 a 49 años tenga una RMM menor que el grupo de las de 30 a 34 años; sin embargo, con los datos disponibles no es posible esclarecer esta interrogante. Otro dato importante es que la más baja RMM se observa en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años, dato que contrasta con la literatura internacional que señala que los embarazos adolescentes son aquellos de mayor riesgo. De acuerdo con la información presentada, la edad de menor ocurrencia de muertes parece ser entre los 15 y los 19 años.

El embarazo adolescente es por demás complejo pues sus consecuencias son

visibles en la vida familiar, escolar, laboral y en la salud de la persona; en términos generales se trata de embarazos no deseados y que ponen en riesgo la vida de la madre y del recién nacido. Una dimensión mucho más relevante es que en las niñas menores de 14 años el embarazo es tipificado como el resultado del delito de violación. De acuerdo con el monitoreo realizado por el Observatorio de Salud Reproductiva (Osar), en el primer semestre de 2012 se registraron 1,101 partos en niñas menores de 14 años y 26 muertes maternas en el mismo grupo.⁴⁴ Al final del año 2012, según datos del Sistema de Información Gerencial de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Sigsa-MSPAS), se contabilizaron 54,971 casos de embarazo adolescente, de los cuales el 7% corresponde a los ocurridos en niñas entre 10 y 14 años. Esta situación resulta grave, no solo por el número de pérdida de vidas humanas totalmente evitable, sino también porque muchas de estas situaciones corresponden a la comisión de delitos que, en términos generales, no son perseguidos como tales por las autoridades responsables.

43 Cabe indicar que toda relación sexual con una menor de 14 años es considerada como violencia sexual de acuerdo con el artículo 28 de la *Ley contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, Decreto No. 9-2009*, que establece lo siguiente: «Violación. Quien, con violencia física o psicológica, tenga acceso carnal vía vaginal, anal o bucal con otra persona, o le introduzca cualquier parte del cuerpo u objetos, por cualquiera de las vías señaladas, u obligue a otra persona a introducirse a sí misma, será sancionado con pena de prisión de ocho a doce años. Siempre se comete este delito cuando la víctima sea una persona menor de catorce años de edad, o cuando sea una persona con incapacidad volitiva o cognitiva, aún cuando [sic] no medie violencia física o psicológica».

44 Osar, agosto de 2012. *Partos en niñas y adolescentes en Guatemala, una deuda social en Guatemala*.

Otra variable en la que se observan desigualdades en la RMM es en la etnia de las mujeres que han fallecido. De acuerdo con el *ENMM*, la RMM en las mujeres no indígenas es de 77.7 por 100,000 nacidos vivos, mientras que en las mujeres indígenas la cifra aumenta a 163, es decir, más del doble. Estas desigualdades evidencian la discriminación y exclusión de la que son objeto las mujeres indígenas y rurales. De hecho, la mayoría de muertes ocurre en mujeres que habitan las regiones rurales (66%).

La escolaridad de la madre también se perfila como un factor que influye en las muertes maternas: la mayor proporción de muertes ocurre en mujeres que no cuentan con educación formal y en quienes solo cuentan con educación primaria. Es a partir de la secundaria cuando se observan reducciones sustantivas.

El número de partos previos es un factor importante y que influye en la mortalidad materna. La RMM en mujeres con uno o dos hijos es menor que la media nacional. Las mujeres con 3 a 4 hijos superan la media nacional, pero no llegan a 200. Quienes tienen de 5 hijos en adelante ven incrementada la RMM muy por encima de la media nacional. Quienes tienen 6 hijos incrementan su RMM a 185; con 7 hijos lo hacen a 377; con 8 a 418 y quienes tienen 9 o más aumentan el número a 472. Sin duda, la multiparidad es un factor de riesgo importante en la génesis de las muertes maternas, aunque no queda claro el mecanismo de vulnerabilidad si se descartan los períodos inter genésicos cortos.

Un dato sumamente relevante es el relacionado con el lugar del fallecimiento: la mayoría de las muertes ocurre en el hogar y en los hospitales públicos. Es posible relacionar este dato con el esquema de las demoras en la atención como la causa inmediata de las muertes maternas.⁴⁵ El hecho de que exista tan importante proporción de muertes en el hogar puede significar que el problema no fue detectado a tiempo, que se demoraron en tomar la decisión del traslado, que no existía un servicio disponible y que la persona a

cargo, por ejemplo la comadrona, no actuó eficientemente. Un 6% de las muertes ocurrió en tránsito hacia los servicios, lo que puede significar que hubo demoras en la identificación y búsqueda de atención, o que los servicios se ubican a una distancia no apropiada para este tipo de circunstancias, o que simplemente no existe un transporte adecuado. El otro porcentaje importante obedece a las muertes dentro de un hospital público. Esto puede tener varios significados: en primer lugar, es necesario considerar que los hospitales son centros de referencia y hacia allí se derivan los casos complicados y con mayor riesgo de muerte. Por otro lado, es posible que, aun cuando se trata de un servicio con las competencias teóricas para atender estos casos, la realidad imponga que no cuentan con los recursos apropiados, tanto materiales como humanos, o que el personal no está capacitado, o simplemente los procesos administrativos constituyen cuellos de botella y obstaculizan la atención.

Un importante 6% de las muertes ocurre dentro de los servicios del primero y segundo nivel. Respecto a los primeros, no están en capacidad técnica ni cuentan con los recursos para atender complicaciones obstétricas; por su parte, los servicios del segundo nivel sí pueden ofrecer cierta gama de servicios de este tipo, lo que compele a promover su mejora. Otro importante 6% de las muertes ocurre en los hospitales privados, los cuales, de manera general, no son supervisados ni obligados a utilizar las normas del MSPAS.

Respecto a las causas de las muertes, la principal es la hemorragia; le siguen, en orden de preponderancia, los trastornos hipertensivos del embarazo, las infecciones y el aborto. Todas estas causas son evitables y existen intervenciones probadas y efectivas para cada uno de estos padecimientos, la pregunta es: ¿por qué siguen muriendo las mujeres en Guatemala por estas causas?

Es importante relacionar las causas de muerte con el lugar de ocurrencia para definir con precisión las intervenciones adecuadas

45 Las demoras se refieren a las circunstancias en las que ocurre la muerte; se identifican cuatro: 1) en el reconocimiento de los signos de peligro; 2) en la decisión de acudir a un servicio; 3) en la ubicación y traslado a un servicio; y 4) en la atención dentro del servicio. El tema será ampliado con más detalle en una sección posterior del presente documento.



©UNICEF/Anthony Asael

en los lugares correctos. Las muertes por hemorragia suceden principalmente en el hogar, en los servicios públicos no hospitalarios y en tránsito. La proporción de muertes debidas a hemorragias acaecidas en los hospitales, ya sean públicos o privados, es menor, quizás debido a que estos servicios cuentan con mayores recursos para enfrentar el problema.

Los trastornos hipertensivos del embarazo, por el contrario, ocurren con mayor frecuencia en los hospitales públicos y privados. Posiblemente esta condición, por ser de evolución más prolongada y por presentar síntomas y signos evidentes, compele más a quienes la padecen a buscar ayuda. No obstante, se esperaría que fuese en los hospitales donde se puedan tratar con mayor efectividad estos casos, y no que ocurran las muertes en mayor proporción, aunque queda la posibilidad de que la búsqueda de ayuda sea tardía y en situación de mayores complicaciones.

Respecto a las infecciones como causa de muerte, cabe señalar que este tipo de padecimiento ocurre con mayor frecuencia en el hogar y en los servicios no hospitalarios, reduciéndose su proporción en los hospitales públicos y privados. Es posible que en el hogar, al no reconocerse los signos de peligro, se retrase la búsqueda de ayuda; sin embargo, el incremento en la proporción de este problema en los servicios no hospitalarios invita a pensar en algún tipo de ineficiencia en el diagnóstico y tratamiento, así como en falta de recursos apropiados.

En cuanto a las muertes por aborto, la mayoría ocurre en los hospitales públicos,

luego en los servicios no hospitalarios y en el hogar. El hecho de que sea prohibido por la ley constituye una barrera para acudir a los servicios; sin embargo, al parecer las mujeres con estos problemas acuden, pero quizás ya tarde.

Estas causas directas de muertes maternas, si bien brindan indicios acerca de dónde se suscitan las fallas de abordaje, implican que se necesita conocer, mediante el esquema de las demoras, dónde se encuentran los eslabones rotos donde ocurren las dificultades. De acuerdo con el ENMM 2007, el 33% de las muertes se da como consecuencia de la cuarta demora, es decir, retraso en la atención institucional del parto. Este dato es realmente preocupante, pues se espera que sea la atención institucionalizada del parto la intervención central en la lucha contra la mortalidad materna, pero resulta que es precisamente en los servicios donde ocurren las principales demoras para la atención de las mujeres en proceso de parto. El 8.6% de las muertes se encuentra relacionado con la primera demora y el 9.1% con la segunda; cerca de un 10% de las muertes se relaciona con la tercera. De manera general, estas demoras no se producen de forma aislada, casi siempre lo hacen en combinación.

A partir de la información presentada en este apartado, puede colegirse que la tendencia de la mortalidad materna en Guatemala es hacia la reducción; sin embargo, el ritmo del descenso se da a una velocidad e intensidad no deseadas, que dificulta cumplir con el ODM 5 relacionado con la reducción, para 2015, de un 75% de la RMM de 1990. El nivel de la RMM aún se encuentra en valores inaceptables.



¿QUÉ CAUSAS Y DETERMINANTES
HAY DETRÁS DE CADA MUERTE
MATERNA?

4

¿QUÉ CAUSAS Y DETERMINANTES HAY DETRÁS DE CADA MUERTE MATERNA?



©UNICEF/Rolando Chews

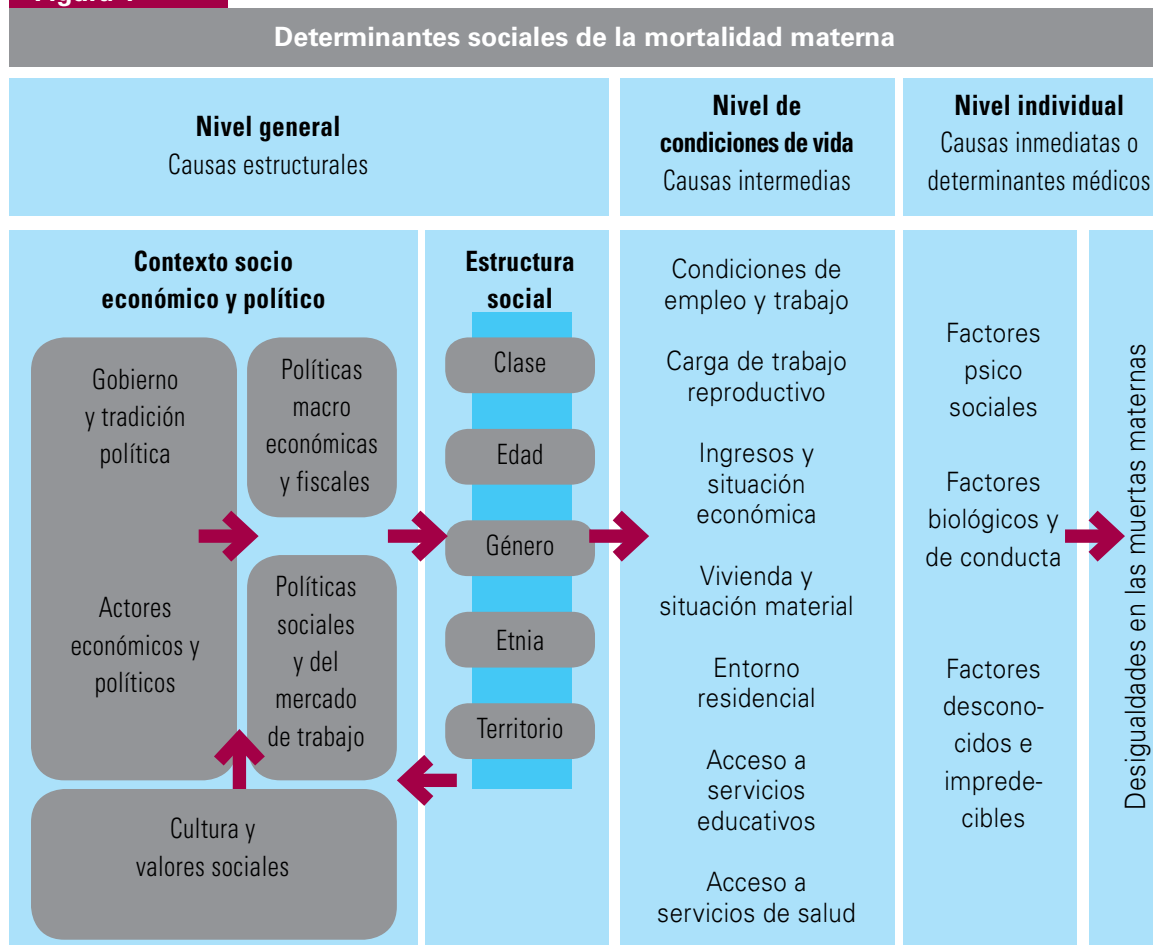
La cadena de acontecimientos que lleva a una muerte materna es compleja y multi determinada. Para una mejor aproximación, puede analizarse tres niveles: un primer nivel, de naturaleza individual, se relaciona con las causas directas o causas médicas, por ejemplo una hemorragia post-parto o una pre eclampsia, cuyas causas fisiológicas son complejas pero se encuentran plenamente identificadas, lo cual ha permitido desarrollar intervenciones efectivas para contrarrestarlas (entre ellas, el uso de medicamentos para evitar la hemorragia, o controlar la pre eclampsia, o el empleo de transfusiones sanguíneas). Este nivel incluye las llamadas causas inmediatas y también toma en consideración los elementos desconocidos e impredecibles que pueden surgir en todo proceso de parto.

No obstante, no todas las mujeres están en las mismas condiciones de salud previas al evento que pone en riesgo sus vidas; no todas cuentan con un acceso a los servicios que proveen las intervenciones, y no todas son captadas en el momento oportuno para evitar la muerte. Esto conduce al siguiente nivel de análisis, o nivel de las condiciones de vida. En este, las condiciones de empleo y trabajo, el ingreso económico de las familias, el acceso a una vivienda digna y a los servicios de educación y salud, la posición de la mujer en la sociedad, la subordinación, el imaginario social de la maternidad como un destino y no como una decisión o derecho, generan de manera diferenciada vulnerabilidades y exposiciones a riesgos que constituyen desigualdades.

Ahora bien, ¿qué elementos subyacen para que estas desigualdades surjan? La respuesta está vinculada con el tercer nivel de análisis, o nivel general, en el que el contexto socio económico y político, los actores económicos y sociales determinados por la cultura, y los valores sociales preponderantes generan la política macroeconómica, la política fiscal y las políticas sociales que influyen las vulnerabilidades, exposiciones y consecuencias diferenciadas que conducen a las muertes maternas, según la estructura social. Esta estructura confiere distintos niveles de poder, según la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio. Utilizando el modelo de determinación multi nivel de las muertes maternas, es posible comprender las relaciones entre los distintos elementos que, juntos, en una relación dinámica aunque perversa, generan como resultado la muerte de mujeres gestantes.

En la figura 1 se propone un modelo explicativo en el que el resultado final son las desigualdades en las muertes maternas; es decir, mientras unas mujeres tienen pocos riesgos de morir (lo que significa que es posible alcanzar esta óptima situación), otras, ciudadanas también, enfrentan mayores riesgos de morir en un embarazo o un parto a causa de la situación de desigualdad en la que viven. De acuerdo con el análisis de la red causal de las muertes maternas, es posible afirmar que estas son el reflejo del desarrollo de un país. La mortalidad materna es un indicador social y no solo un indicador de salud.

Figura 1



Fuente: Icfef/Unicef, adaptado de Jeannette Vega; Orielle, Solar; Alec, Irwin (2005). *Equidad y determinantes sociales de la salud*, OMS.

Según el esquema anterior, el contexto social, económico, político y cultural genera condiciones particulares que se expresan en las dimensiones de clase social, género, etnia, edad y territorio, incidiendo en las condiciones materiales de vida y configurando distintos tipos de vulnerabilidades, riesgos y exposiciones.

Un enfoque más operativo de la mortalidad materna, en cuanto a su causalidad, identifica los eslabones críticos en donde se gestan los acontecimientos que desembocan en los decesos. Si bien este enfoque centra la causalidad de la muerte materna en los servicios de salud —lo cual constituye una simplificación del problema— ayuda a ubicar los espacios de intervención que permitirían evitar las muertes, aun cuando

no se modifiquen las causas intermedias y estructurales. Estos *eslabones críticos*⁴⁶ son esencialmente los espacios de interacción de la mujer gestante con los servicios: a) la presencia de programas (cuidados ante natales, cuidados prenatales, atención de parto normal y complicado); b) disponibilidad de servicios (presencia física y permanente de servicios con personal e insumos); c) utilización (acceso, pertinencia cultural, transporte del hogar al servicio y entre servicios); y calidad (médica, de gestión y cultural).

46 Núñez, Rosa María (2004). *Detección de eslabones críticos para la prevención de la muerte materna*, Secretaría de Salud de México.

Otra manera de aproximarse a las muertes maternas desde su causalidad es el *enfoque de las demoras*, el cual, si bien no es propiamente un modelo explicativo causal del nivel individual, sí provee una estructura en la que identifica el proceso y los espacios temporales y contextuales donde ocurren los problemas que conducen a las muertes maternas. Cuando una mujer gestante fallece, generalmente se debe a fallas en la interacción con el sistema sanitario (de lo cual, precisamente, se ocupa este enfoque). Por ello, el enfoque parte de la noción de que las muertes ocurren por complicaciones que no son del todo predecibles y que la temporalidad de las intervenciones es crucial, una vez se ha desencadenado el proceso del parto. Se han identificado 4 demoras que a continuación se desarrollan:⁴⁷

- 1) **Demora en el reconocimiento de los signos y señales de peligro:** muchas veces, las mujeres y sus familias no reconocen que el embarazo o el parto están en riesgo. Estos saberes, aun cuando se estima que son de tipo convencional (por ejemplo, que el parto no avanza, que hay sangrado, que se rompieron las membranas tempranamente, que hay fiebre o intenso dolor de cabeza), pueden no ser reconocidos a tiempo, con lo que se incrementa el riesgo de muerte.
- 2) **Demora en la decisión de acudir a un servicio:** esto puede suceder especialmente en las comunidades rurales, o donde las decisiones de las mujeres pueden ser descalificadas y no tomadas en cuenta. En estas situaciones, puede darse el caso de que sean otras personas (esposo, suegros, madres, etc.) quienes tengan que tomar la decisión final sobre el traslado de la mujer en trabajo de parto a un servicio de salud, especialmente frente a alguna señal de peligro. También puede darse el caso de que la decisión, o más bien la indecisión, no sea el resultado de la subordinación de la madre gestante, sino se base en experiencias anteriores, tanto personales como comunitarias en las que, aun cuando se tomó la decisión de acudir a

un servicio de salud, el resultado no fue positivo y de todas maneras se incurrió en gastos empobrecedores (costos de funeral y traslados, entre otros). Calificar esta demora es un asunto complejo y no debe caerse en el error de culpabilizar a la víctima por la falta de atención oportuna.

- 3) **Demora en el acceso:** esto es particularmente complicado en comunidades rurales donde el acceso es dificultoso y no siempre se cuenta con servicios de salud que resuelvan los problemas de manera efectiva. En términos generales, cuando se habla de servicios de salud se hace referencia a aquellos que tienen capacidades de atender emergencias obstétricas. En Guatemala, existen tres opciones: los CAP, que cuentan con una sala de partos donde se atienden casos no complicados; los Caimi, que cuentan con quirófano y facilidades para atender partos complicados; y los hospitales distritales, regionales y de referencia. El número y ubicación de los servicios es crucial y, sobre todo, los sistemas de referencia entre ellos.
- 4) **Demora en la atención del parto y el post parto dentro de los servicios:** el hecho de que la gestante haya reconocido los signos de peligro, tomara la decisión de consultar, ubicara y accediera a un servicio, aún no garantiza que se haya resuelto el problema. Existen demoras dentro de los servicios que son ocasionadas por diversas circunstancias, tales como problemas administrativos, saturación de la demanda, carencia de recursos materiales, tecnológicos y humanos o, en ocasiones, falta de pericia y compromiso del personal.

Para cada una de estas demoras se conjuga una serie de factores educativos, culturales, del desarrollo de los servicios, de sus competencias y, en general, de las condiciones de vida y desarrollo de las familias y comunidades. Esta cadena de acontecimientos, en un contexto social y económico de carencias y desigualdades, puede resultar fatídica.

⁴⁷ Internacionalmente se reconocen tres demoras, pero Guatemala adiciona la demora 2 por su importancia en el país.

Desde la perspectiva de las causas médicas de las muertes maternas, se reconoce que subyacen: la mala salud antes del embarazo, la falta de disponibilidad y acceso a los servicios de cuidado de la salud e inadecuadas prácticas en la atención del parto y post-parto. Por supuesto, un contexto de pobreza, falta de educación, presencia de inequidades de clase, etnia y género, contribuye de manera perversa a obtener estos resultados. Pero, independientemente de estas condiciones, existen situaciones que aumentan el riesgo de muerte materna,⁴⁸ concretamente cuando los embarazos son:

- 1) **Muy temprano:** los embarazos en niñas (10 a 14 años) y adolescentes (15 a 19 años) conllevan un riesgo adicional relativo a la falta de maduración fisiológica, lo que conduce a problemas nutricionales, mayor frecuencia de cesáreas, niños de bajo peso y problemas con la lactancia. Además, los embarazos adolescentes tienen un gran impacto en las oportunidades de educación, empleo e ingresos futuros de la madre.
- 2) **Muy cercanos:** cuando el período inter genésico (tiempo entre un parto y el otro) es corto, o menor de 2 años, existe mayor riesgo de complicaciones, abortos, niños de bajo peso al nacer, deficiencias nutricionales y complicaciones a largo plazo para las madres.
- 3) **Muy frecuentes:** las muertes maternas aumentan en proporción al número de hijos, llegando a triplicarse y cuadruplicarse cuando el número es superior a 7.⁴⁹
- 4) **Muy tarde:** en Guatemala, la RMM en mujeres de más de 40 años se incrementa a 330 por 100,000 nacidos vivos, situación que constituye un riesgo.

Más allá de los eventos obstétricos que conducen a la muerte de mujeres gestantes, existen otros elementos que pertenecen al ámbito de los determinantes cercanos o

inmediatos y se relacionan con el estado previo de salud, la situación reproductiva y el acceso a los servicios. Respecto al estado de salud, cobra especial relevancia la presencia de anemia, malaria, parasitismo intestinal y otras condiciones médicas. En cuanto al estado reproductivo, las variables centrales son la edad, la paridad y el estado marital.

Los determinantes intermedios o condiciones de vida pueden agruparse en tres ámbitos:⁵⁰ 1) el estatus de la mujer en la familia y la comunidad: esto implica educación, empleo, ingresos y el grado de autonomía social, económica y legal. Las mujeres con educación secundaria o mayor, con ingresos sobre la línea de pobreza, con empleo digno y con la capacidad de tomar sus propias decisiones logran reducir el riesgo de muerte en una proporción muy importante. 2) El estatus de la familia en la comunidad: esto implica un ingreso familiar adecuado, acceso a la tierra, la educación y la ocupación de los otros miembros de la familia. Las familias con ingresos por arriba de la línea de pobreza, donde la mayoría de sus miembros cuenta con un empleo decente y educación formal, generan condiciones para embarazos y partos menos complicados. 3) El estatus de la comunidad: esto implica que se cuenta con recursos comunitarios tales como accesos viales, saneamiento básico, cohesión social y disponibilidad de servicios de salud apropiados. Las comunidades donde existen los recursos adecuados y un ambiente de solidaridad colectiva generan condiciones locales para obtener mejores resultados.

Un nivel de determinación más estructural es el andamiaje social, económico, político y cultural del país. Este nivel es complejo e incluye elementos multidimensionales como la pobreza, el acceso a la tierra, la política salarial, los sistemas de protección social, entre otros, todos los cuales necesitan complejos y largos procesos sociopolíticos para ser modificados (además de que son comunes a muchos de los problemas que enfrentan todos y todas las ciudadanas, pero en diverso grado y con distintos niveles de limitación).

48 TUFH Women and Health Taskforce (2006). «Safe motherhood: social, economic and medical determinants of maternal mortality». *Women and Health Learning Package*, September.

49 MSPAS, Segeplan, op. cit.

50 TUFH Women and Health Taskforce, op. cit.

Ante esta realidad, se identifican cuatro elementos que más bien son mecanismos por los que se reproduce la situación que genera las muertes maternas, pero que a su vez constituyen espacios de intervención. A continuación se describen:

1) Conciencia pública acerca del problema:

si bien las muertes maternas constituyen verdaderos dramas familiares y comunitarios, el gran público, es decir, aquellos que no son técnicos ni trabajadores en la materia, suelen no estar conscientes de la problemática. Esta indiferencia puede derivar en falta de asignación de recursos y acciones. Lo que no se ve no existe y no entra en la agenda política.

2) La política pública: aun cuando no exista mucha conciencia pública acerca del problema, gracias a iniciativas de organizaciones o activistas es posible que se formulen políticas para la reducción de la mortalidad materna. Las políticas, como parte de cualquier proceso de planificación, se inscriben en un ambiente de incertidumbre relacionada con su cumplimiento; sin embargo, si esto no se da, es probable que las acciones para el combate de la mortalidad materna sean dispersas y poco efectivas.

3) El financiamiento: este elemento debe entenderse desde dos perspectivas; la primera se relaciona con una mayor inversión pública para las estrategias y acciones a favor de la reducción de la mortalidad materna y que, por supuesto, debe estar reflejada en los presupuestos institucionales. La segunda se refiere a una mejor inversión pública. No basta tener más recursos: es necesario tener claridad sobre en qué se utilizarán, cuál es el mecanismo por el cual funcionan las inversiones y cuál es el impacto esperado. Estos elementos conducen inevitablemente a la pregunta ¿de dónde saldrán los recursos? Todo esfuerzo de financiamiento público pasa por la discusión sobre las capacidades

del Estado para financiar su política social, especialmente en un contexto de contracciones fiscales. Un mayor y mejor financiamiento de las estrategias de reducción de las muertes maternas requiere una mayor y mejor recaudación fiscal.

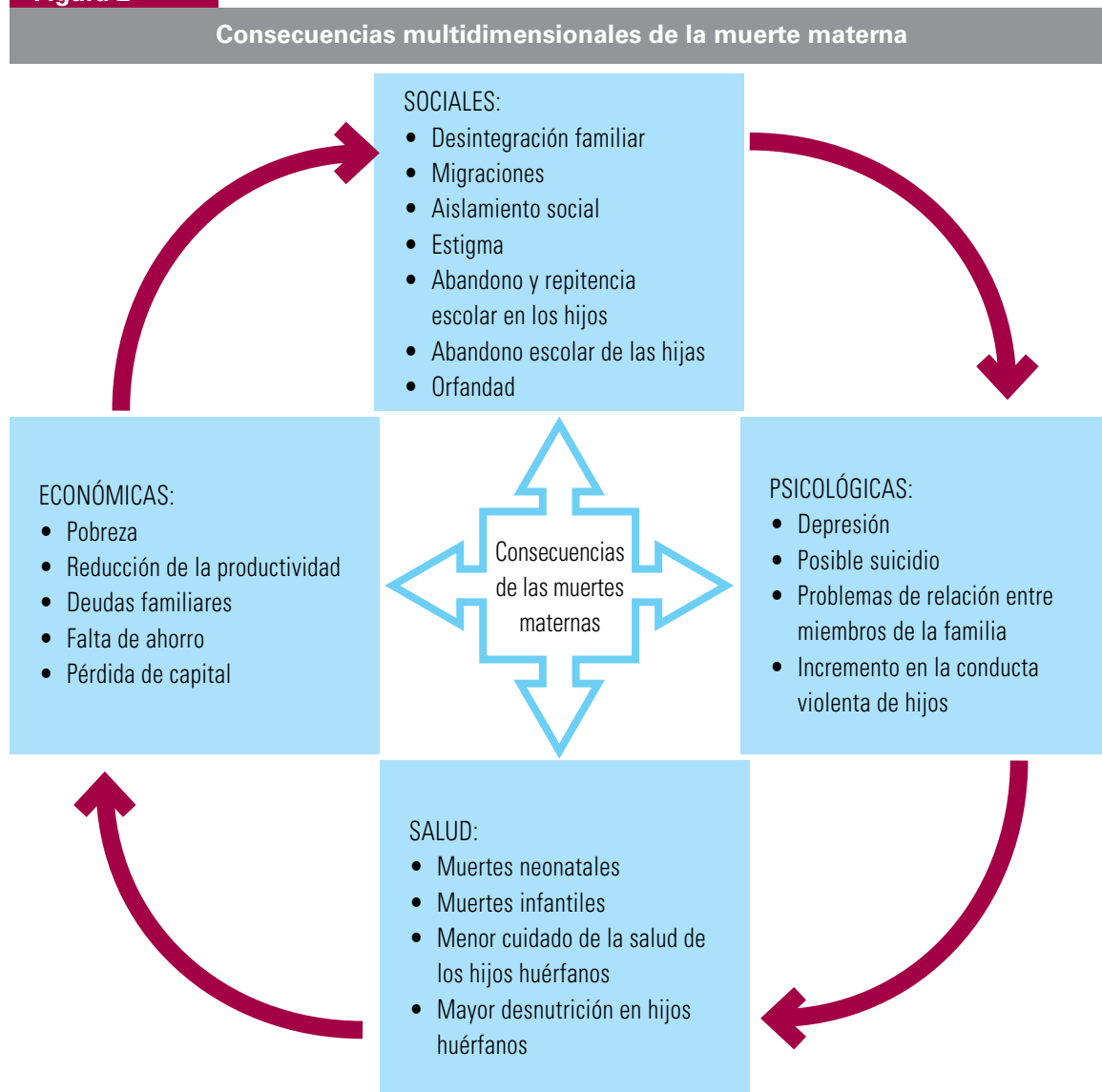
4) Las capacidades institucionales: todas las políticas y estrategias para reducir las muertes maternas requieren instituciones públicas competentes, con recursos adecuados, disponibles y accesibles. De manera específica, una red de servicios públicos de salud del primero, segundo y tercer nivel, coordinada, equipada y competente. Cabe resaltar que no es posible desarrollar los servicios para las madres y dejar en situación precaria al resto de servicios que son parte de la red. Esta mejora institucional es del sistema de servicios como un todo, no solo de servicios obstétricos.

5) La inequidad étnica y de género: estas situaciones conviven y se potencian en un círculo perverso. Es notorio que en la distribución de la muerte materna sean las mujeres indígenas las más afectadas; también llama la atención que uno de los elementos que contribuye a incrementar el problema son las relaciones desiguales de género, según las cuales son los hombres quienes, por sus decisiones, generan situaciones de riesgo, soslayando el derecho de las mujeres a tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

4.1 LA MUERTE DE UNA MADRE: UNA TRAGEDIA DE MÚLTIPLES DIMENSIONES

El embarazo no es una enfermedad que se cura con el parto; constituye una condición para la reproducción de la especie humana. Cada muerte materna tiene efectos devastadores en la familia, en la comunidad y en el país. Esta es, por lo tanto, una tragedia múltiple con importantes efectos en diversas esferas.

Figura 2



Fuente: Icfef/Unicef, con datos de Lancet, vol. 368, October 2006 y «Safe motherhood: social, economic and medical determinants of maternal mortality». Women and Health Learning Package, TUFH Women and Health Taskforce, September 2006.

Las consecuencias devastadoras de las muertes maternas interaccionan en su génesis. Las relaciones entre los diferentes ámbitos son complejas y los mecanismos no están bien establecidos, sin embargo, con fines de ilustración se intenta relatar la historia de cómo se convierten en un círculo vicioso. La muerte de una madre siempre significa desembolsos, generalmente no esperados, que en familias pobres o cercanas al nivel de pobreza pueden significar una catástrofe financiera; a esto se agrega que las finanzas familiares se ven alteradas.

Una mujer generalmente reinvierte el 90% de sus ingresos en la familia, mientras que un hombre solamente lo hace en un 30 o 40%.⁵¹ Ante los problemas económicos, las familias desarrollan estrategias tales como la migración internacional, que provoca desintegración familiar y cuidados de los niños por algún familiar, generalmente abuelas o tías, lo cual tiende a generar estigma y aislamiento social. Otra estrategia de afrontamiento de la reducción de los ingresos familiares y de la pérdida de una cuidadora es el abandono de la escuela,

51 The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (2009). *Global maternal mortality fact sheet*.



©UNICEF/Claudio Versiani

particularmente en el caso de las niñas. Los hijos e hijas de las madres fallecidas alcanzan menos años de escolaridad, presentan mayor deserción y mayor repitencia que sus pares con ambos padres vivos. Las consecuencias de las muertes maternas en los hijos son de largo plazo, pues al afectar su desempeño educativo se afectan también sus oportunidades de trabajo e ingresos.

La posible depresión del cónyuge, la madre de la fallecida y los hijos puede generar ambientes psicológicamente no saludables, aunque muchas veces se superan estos episodios sin mayores consecuencias de este tipo. No obstante, la muerte de una madre tiene otras posibles consecuencias para el recién nacido y los otros hijos. Se ha establecido que los hijos menores de 5 años de una madre fallecida tienen el doble o el

triple de riesgo de mortalidad, comparada con aquellos que sí cuentan con los dos padres vivos. Asimismo, para los menores de 2 años el riesgo de muerte es 3 a 10 veces mayor.⁵²

La pérdida de una madre también significa una pérdida para la sociedad, no solo en el sentido utilitario de la reducción de la productividad, sino también en cuanto al trastocamiento de los procesos de transmisión cultural de valores familiares y comunitarios. Una muerte materna significa que la sociedad ha fallado en cuidar a sus miembros más vulnerables y significa, igualmente, que se le han negado a una mujer sus derechos humanos fundamentales, el derecho a la vida y la salud, lo cual constituye una responsabilidad del Estado.

52 TUFH Women and Health Taskforce, *op. cit.*



5. ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS?

5

¿QUÉ PODEMOS HACER PARA REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS?



©UNICEF/Archivo

La mortalidad materna es un problema multidimensional de índole social. Sus causas finales son eventos obstétricos; sin embargo, no se trata de un problema obstétrico con determinantes sociales. Este enfoque permite poner de relieve que, aun cuando el mayor esfuerzo se hace por lo general mediante intervenciones de tipo clínico, es en los determinantes sociales, estructurales e intermedios como se adquiere la sostenibilidad de cualquier intervención que se decida hacer.

A mediados de los años 90, la OMS desarrolló un conjunto de intervenciones costo-efectivas para asegurar una maternidad saludable y prevenir las muertes maternas. Este conjunto promovía los 4 pilares para la maternidad segura:⁵³

1. Planificación familiar: para asegurar que las mujeres y sus parejas cuenten con la información y servicios disponibles; para planificar el tiempo, número y espaciamiento de los embarazos. Este elemento debe ser abordado desde la

perspectiva de la atención integral a la salud sexual y reproductiva adecuada a los contextos locales.

2. Cuidados pre natales: para prevenir las complicaciones cuando sea posible y asegurar que las complicaciones del embarazo sean detectadas tempranamente y tratadas de manera apropiada.

3. Parto limpio y seguro: asegurar que el personal profesional que atiende el parto cuente con los conocimientos, habilidades y recursos para atender el parto de manera limpia y segura y proveer cuidados post natales a la madre y al recién nacido.

4. Cuidados obstétricos esenciales: asegurar que los cuidados obstétricos para partos complicados y de alto riesgo estén disponibles para todas las mujeres que los necesiten.

De acuerdo con este esquema de intervenciones, los frentes de lucha contra la mortalidad materna buscan actuar de manera simultánea, logrando lo siguiente:

Tabla 3

Frentes de lucha contra la mortalidad materna

Reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo	Mediante	Atención integral a la salud sexual y reproductiva
Reducir el número de complicaciones obstétricas	Mediante	Consejería pre concepcional, cuidados pre natales y un parto y post parto limpio y seguro
Reducir las muertes de mujeres por complicaciones obstétricas	Mediante	Acceso a cuidados obstétricos esenciales

Fuente: Icefi/Unicef, con base en OMS.

⁵³ WHO (1994). Mother Baby Package: *implementing safe motherhood in countries*.

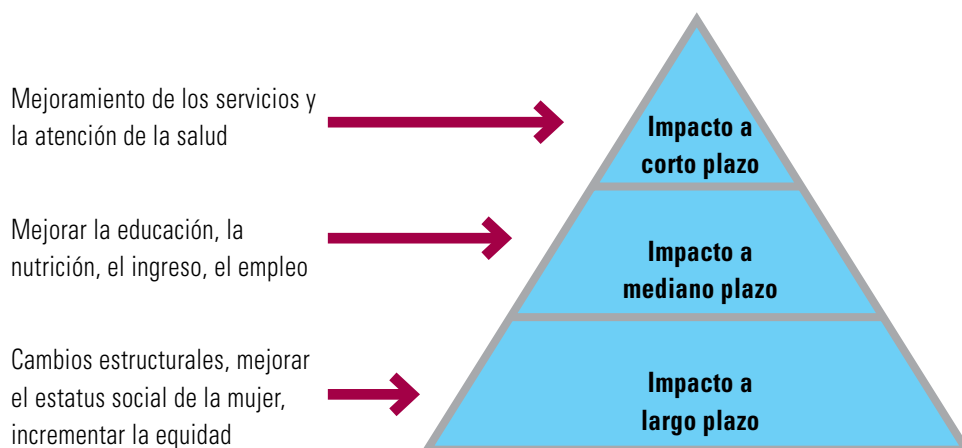
Se reconoce que las intervenciones para reducir la mortalidad materna no son sofisticadas y, en muchos casos, basta con implementar adecuados procesos de comunicación para evitar una gran cantidad de decesos. Los objetivos de cualquier estrategia son salvar vidas y preservar la salud de las madres y sus hijos. Esto implica que no pueden desarrollarse acciones verticales y aisladas, sino que estas deben ser coordinadas, horizontales y coherentes con el resto de intervenciones realizadas en los servicios de salud.⁵⁴ Un continuo en la atención debe asegurarse para el éxito de estas intervenciones, es decir, el trabajo en redes (primero, segundo y tercer nivel) y la participación de personal profesional entrenado, así como personal comunitario y de apoyo. Es importante recalcar que no siempre es posible anticipar las complicaciones obstétricas, aún con los más concienzudos y bien llevados programas de cuidados pre natales. Por ello, resulta esencial que una red efectiva de cuidados obstétricos se encuentre disponible para todas las mujeres, sin importar dónde vivan, o las circunstancias de su embarazo o parto. La complejidad de la causalidad de la mortalidad materna obliga a definir intervenciones de distintos niveles, tal como se discutió en el apartado sobre causas y determinantes. Las intervenciones

que se realizan para modificar las causas estructurales y mejorar el estatus de la mujer confieren sostenibilidad a los logros en la reducción de las muertes maternas; sin embargo, no son específicas: dependen de múltiples factores y actores y son responsabilidad de distintos sectores. Su efecto se observa en el largo plazo. Las intervenciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida de las mujeres ejercen una influencia robusta en la modificación de los indicadores de muertes maternas, no obstante su efecto ocurre en el mediano plazo y, mientras se espera modificar estas condiciones, muchas mujeres continúan muriendo.

Por otro lado, las intervenciones encaminadas a modificar las causas inmediatas de las muertes maternas logran mostrar su impacto en el corto plazo y salvan muchas vidas. Para los fines de este documento, el análisis, costeo y propuestas se harán en el ámbito de las intervenciones vinculadas con la responsabilidad del sector salud y las causas inmediatas. **Se ha demostrado que las intervenciones realizadas en éste ámbito logran reducir en un 80% las muertes maternas; por ejemplo, un incremento del 10% del personal entrenado para atender partos reduce en un 5% la mortalidad materna.**⁵⁵

Figura 3

Pirámide de las intervenciones para el abordaje de la mortalidad materna



Fuente: Icefi/Unicef, adaptado de WHO (1994). *Mother Baby Package: implementing safe motherhood in countries*.

54 WHO, op. cit.

55 The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, op. cit.

El conjunto de intervenciones para reducir las muertes maternas debe verse como tal, como un conjunto, pues aunque algunas intervenciones aisladas han demostrado tener algún efecto, no son efectivas en la reducción sostenida de las muertes.⁵⁶ Ahora bien, todas estas intervenciones no han alcanzado el mismo impacto en la reducción de la mortalidad. Los servicios de consejería pre concepcionales, es decir, la promoción y oferta de métodos anticonceptivos, han mostrado una reducción de los embarazos no deseados en el orden del 25 al 40% y, con ello, han salvado una gran cantidad de vidas. De hecho, un estudio realizado en 172 países demostró que el uso de planificación familiar puede reducir las muertes maternas en un 44%,⁵⁷ evitando embarazos no deseados. No obstante, debido a que el mecanismo es evitar embarazos, ello por sí mismo no tiene efecto alguno en las muertes de mujeres que ya se han embarazado, ni logra reducir las muertes maternas de manera global.⁵⁸

En cuanto a los cuidados pre natales, si bien estos métodos logran detectar mujeres embarazadas en riesgo, la evidencia no respalda sus efectos en la reducción de la mortalidad materna. En muchos países, a pesar de coberturas de cuidados pre natales importantes, los indicadores no logran reducirse.⁵⁹ En Guatemala, la cobertura de al menos un control prenatal es del 93%. El 60% tuvo un control en el primer trimestre; el 28% en el segundo y solamente el 4% en el tercer trimestre. Cerca del 36% de los controles pre natales son realizados por las comadronas.⁶⁰ Algunos estudios⁶¹ muestran que el riesgo de muerte materna es menor en quienes han estado en control pre natal, aunque las muertes ocurren por causas no del todo

prevenibles, como el caso de las ocasionadas por hemorragias. Por lo tanto, es recomendable que esta intervención sea correctamente implementada, pues ha encontrado otros usos, especialmente la provisión de medicamentos, micronutrientes y cuidados médicos a mujeres en riesgo. Por sí misma, la intervención parece tener un efecto benéfico en la reducción de la mortalidad materna, según se refiere en un estudio sobre el Modelo Incluyente de Salud (MIS) en Guatemala.^{62 / 63}

Los esfuerzos por prevenir las muertes maternas se han centrado en los cuidados pre natales, en la incorporación de las comadronas y en la movilización social; sin embargo, el ritmo de descenso de la RMM es lento e inaceptable. Una de las razones de esta situación es **que la mayoría de las complicaciones no se puede predecir y prevenir. Para decirlo de otra manera, cualquier mujer embarazada puede desarrollar complicaciones en cualquier momento durante el embarazo, el parto o el puerperio.** Esto significa que todas las mujeres embarazadas están en riesgo. No podemos predecir o prevenir la mayoría de las complicaciones obstétricas que conducen a la muerte. Sin embargo, pueden ser tratadas.

Ante esta situación, algunos autores proponen que el paquete de prevención de las muertes maternas, si bien debe incluir la promoción de la planificación familiar y los cuidados prenatales, debe centrarse en la provisión de cuidados intra parto en el esquema de Cuidados Obstétricos Esenciales.⁶⁴ Estas acciones han demostrado que logran reducir significativamente las muertes maternas en períodos relativamente cortos (de 4 a 7 años).^{65 / 66 / 67} En Guatemala, en el año

56 Oona, Mr. Campbell, Wendy J. Graham (2006). *Strategies for reducing maternal mortality: Getting on what Works*, *Lancet*; 368: 1284-99.

57 Salfoudin, A., Quinfen, L., Liu, I., Amy, T. (2012). *Maternal death averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries*. *Lancet*; 380: 111-125.

58 Oona, Mr. Campbell, Wendy J. Graham, *op. cit.*

59 *Ibid.*

60 Ensmi 2008/2009.

61 Benavides, B. (2002). *Reducción de la mortalidad materna en Perú, ¿por dónde empezar?* Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, vol. 63, núm. 1.

62 Meredith Fort, et al. (2011). «Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization». *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(3).

63 La captación temprana en el primer trimestre sí constituye un factor de diferencia y debería ser una meta debido a que garantiza, si se hace bien, que la embarazada tenga un adecuado seguimiento durante su embarazo, parto y puerperio.

64 Oona, Mr. Campbell, Wendy J. Graham, *op. cit.*

65 Maine, D., et al. (1996). «Why Did Maternal Mortality Decline in Matlab?». *Studies in Family Planning*, vol. 27, 4; July/Aug.

66 Danel, Isabella. «Maternal Mortality Reduction, Honduras, 1990-1997: A Case Study». Centers for Disease Control and Prevention. Report prepared for the World Bank.

67 Egyptian Ministry of Health and Population (2000). *Egypt National Maternal Mortality Study 2000*, USAID, JSI.

2011, se publicó la *Guía para la implementación integral de la atención materna neonatal calificada para la madre y el niño*.⁶⁸ En este instrumento se definen con claridad todos los aspectos y mecanismos necesarios para la realización de un adecuado control pre natal y la atención institucional del parto por parte de personal calificado. En las normas de atención del MSPAS⁶⁹ también se abunda en detalles sobre los contenidos, instrumentos y técnicas para el cuidado pre natal, atención del parto y post parto, tanto para la madre como para el recién nacido. La legislación nacional en materia de prevención de muertes maternas es abundante y se encuentra vigente, las normativas son adecuadas y, al parecer, existe mucha claridad sobre la manera de reducir las muertes maternas; entonces, ¿por qué no se logra el objetivo?

5.1 PRINCIPALES INTERVENCIONES PARA GARANTIZAR UNA MATERNIDAD SALUDABLE

De acuerdo con la evidencia presentada en este documento, en Guatemala se cuenta con la legislación apropiada, se han establecido las normas de atención y, en mayor o menor grado, se aplican todas las intervenciones costo-efectivas y de probada eficacia para la reducción de la mortalidad materna. No obstante, como también se ha mostrado, los resultados no son los esperados. Es a partir de esta realidad que en los párrafos siguientes se hace una propuesta financiera cuya implementación permitiría la consecución de las intervenciones probadas con la finalidad de reducir las muertes maternas en el país. Ahora bien, esta propuesta no solo logra costear los insumos necesarios para su implementación, sino agrega el costo de las condiciones necesarias para que las intervenciones puedan ser efectuadas o, más bien, profundizadas y universalizadas. Se inicia con la descripción de las intervenciones a ser costeadas, luego se analizan los obstáculos que no han permitido

su realización efectiva, para finalmente describir la lógica del costeo y presentar los resultados.

Según la literatura y las experiencias internacionales,⁷⁰ estas son las intervenciones que se necesita implementar para reducir las muertes maternas:

1. **Cuidados ante natales:** implica la consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos y la provisión de los mismos a mujeres en edad reproductiva. El objetivo de esta intervención es la reducción de los embarazos no deseados.
2. **Cuidados pre y post natales:** implica proveer al menos cuatro controles durante el embarazo, procurando la captación temprana, es decir en el primer trimestre del período de gestación. Esta acción busca proveer consejería en lactancia materna, cuidados del recién nacido, educación sobre signos de peligro, detección de casos de riesgo (falta de progresión en el peso, presencia de edema, hipertensión arterial, proteína en orina, hemorragia, desnutrición), inmunización contra el tétanos, provisión de hierro y ácido fólico, atención domiciliaria en el puerperio. Esta intervención, si bien no reduce las muertes directas, asegura otras intervenciones sustantivas de los cuidados maternos y neonatales y logra vincular a las madres con los servicios.
3. **Parto limpio y seguro:** implica la provisión de servicios institucionales para atender partos no complicados pero, a la vez, permite detectar complicaciones que conlleven la referencia a un nivel adecuado de atención en salud para atender emergencias obstétricas; estos servicios prevén prestarse en los CAP que cuentan con atención durante las 24 horas del día. En esta estrategia se realizan intervenciones que previenen la hemorragia y estabilizan a las gestantes con pre eclampsia.

68 MSPAS (2011). *Guía para la implementación integral de la atención materna neonatal calificada con enfoque de género y pertinencia cultural en los servicios institucionales de atención del parto*.

69 MSPAS (2010). *Normas de atención en salud integral para el primero y segundo nivel*.

70 TUFH Women and Health Taskforce, op. cit.; WHO, op. cit.; Benavides, op. cit.; Maine, D. op. cit.; Dane, op. cit.

4. Atención de las emergencias obstétricas: dado que la mayoría de muertes ocurre por problemas no previsibles, se necesita disponer de servicios con capacidad de resolución quirúrgica para todas las mujeres embarazadas. Esta intervención requiere la implementación de los Caimi en lugares estratégicos, de manera que el acceso sea posible; incluye la implementación de casas maternas, las cuales son indispensables en el país, dadas las condiciones de acceso y disponibilidad de servicios. Estas casas son establecimientos que permiten a las gestantes permanecer cerca de los centros de atención especializados.

5. Transporte primario y secundario: implica un mecanismo para asegurar que las gestantes dispongan de transporte desde el hogar hacia los servicios, y entre servicios. Aproximadamente el 80% de las muertes por hemorragia ocurre en tránsito, por lo que se necesita asegurar la viabilidad de este servicio.

Aún existen algunos problemas por resolver, particularmente si se debe costear la atención por comadronas o se debe intentar sustituir progresivamente este personal por otro con mayor capacitación. Ante el hecho de que la mayoría de muertes ocurre por emergencias obstétricas, es poco probable que las comadronas tradicionales logren revertir esta situación; sin embargo, lo que se busca es un proceso de articulación de su práctica con el sistema institucional, pues las comadronas podrían ser un valioso recurso para incrementar la calidad en el proceso de atención.

El MSPAS ha incluido entre sus normas de atención algunas prácticas culturales, como el parto vertical y la incorporación de las llamadas «comadronas-abuelas» al proceso de atención de las embarazadas; no obstante, estas modalidades siguen sin resolver la disponibilidad de personal que pueda atender las emergencias. Sin duda, las comadronas tradicionales juegan un papel fundamental en la atención de las embarazadas en el país, especialmente porque, según el *ENMM*, el 47% de las muertes ocurrió en mujeres que no tuvieron acceso a servicios institucionales.

Todas estas intervenciones, con excepción del transporte primario, forman parte de las normas del MSPAS para la atención de la mujer embarazada y están reguladas en la *Ley de Maternidad Saludable*. Ello implica que su implementación no solo es un mandato legal, sino que debe hacerse en condiciones de universalización del acceso. Ahora bien, ¿cuáles son los obstáculos o cuellos de botella que no permiten la implementación de estas intervenciones en las condiciones deseadas? La respuesta, sin duda, es compleja y multifactorial. A continuación se realizan algunas reflexiones al respecto.

5.2 LOS CUELLOS DE BOTELLA

En un esquema propuesto y desarrollado por Unicef, existen al menos seis dimensiones en las que se pueden presentar obstáculos o cuellos de botella que impiden el adecuado desarrollo de las intervenciones en salud. Para el caso que nos ocupa, estas dimensiones son evidentes en la prestación de los servicios que permitirían reducir las muertes maternas, aun cuando no todas apliquen de forma negativa. La primera dimensión involucra las leyes, las políticas y las normas institucionales. En este sentido, como ya se mencionó, en Guatemala existen leyes y normas que posibilitan las intervenciones adecuadas para la reducción de la mortalidad materna, por lo que se considera que esta dimensión no constituye un significativo cuello de botella para la reducción de las muertes maternas.

La segunda dimensión es la referida a las normas sociales que eventualmente pueden obstaculizar la oferta y utilización de los servicios. No existen estudios puntuales al respecto, sin embargo, en Guatemala se ha documentado ampliamente la situación en la que las mujeres no toman sus propias decisiones respecto a acudir a los servicios de salud y, en su lugar, son los esposos o las suegras/os quienes lo hacen (por ejemplo, de acuerdo con la *Ensmi 2008/2009*, el 53% pide permiso al esposo para salir de casa). Esta situación se relaciona con las relaciones patriarcales prevalentes en las familias y

comunidades. Por otro lado, la crónica ausencia de servicios públicos en muchas comunidades no permite el desarrollo de confianza hacia los mismos. Esta situación constituye un importante obstáculo para la utilización de los servicios y para la implementación de las intervenciones que permitirían la reducción de las muertes maternas.

Una tercera dimensión implica las capacidades financieras de los servicios. En este sentido, el MSPAS enfrenta dificultades para lograr el presupuesto adecuado para desarrollar todas las intervenciones propuestas. Desde el año 2000, la proporción del presupuesto del MSPAS con respecto al PIB ha oscilado entre el 0.8 y el 1.1%. Por otro lado, y sumado a la insuficiencia del recurso económico, se agrega la distribución del presupuesto público en el territorio. En este sentido, los recursos no se dirigen hacia los lugares y servicios con mayores necesidades, sino por el contrario, la mayor parte de los mismos son encausados hacia los centros urbanos y con mayor densidad poblacional en donde hay menos necesidades de salud. Como un ejemplo, el departamento de Sacatepéquez tiene un presupuesto similar al departamento de Huehuetenango, a pesar de que su población y dispersión son mucho menores.

La cuarta dimensión tiene que ver con la gestión de los recursos y la forma en que estos son entregados. En este sentido, resaltan dos elementos: el primero es la estructura vertical de los programas del MSPAS, que no permite la integración de la atención en el nivel operativo; el segundo es el modelo de atención basado en la oferta itinerante y brindada por personal voluntario mediante paquetes básicos limitados provistos por el PEC.⁷¹

La quinta y sexta dimensión de este esquema se refieren a las capacidades institucionales, medidas por la suficiencia de la infraestructura de servicios capaces de ofrecer la intervención y la presencia de personal competente y suficiente. En este ámbito surgen las siguientes preguntas: ¿contamos con suficientes centros

de salud con capacidad para proveer cuidados obstétricos esenciales?; ¿contamos con suficiente personal entrenado?; ¿nuestro sistema de información permite detectar y dar seguimiento a los casos de las mujeres embarazadas?; ¿el financiamiento del MSPAS es suficiente para escalar las intervenciones hacia donde se necesitan?; ¿existe suficiente claridad conceptual y voluntad política entre los tomadores de decisiones?

Respecto al número de establecimientos puede observarse, con base en información del MSPAS, que en 1990 se contaba con una razón de 8.81 puestos de salud por cada 100,000 habitantes. Para el año 2006, esta proporción descendió a 7.29 por cada 100,000 habitantes (en el mismo período la población creció, de 9 millones en 1990, a 12 millones en 2006, pero al parecer la implementación de puestos de salud se detuvo).⁷² Un caso similar ocurrió con los establecimientos del segundo nivel: la razón de centros de salud (y sus variedades) era de 2.47 en 1990 y de 2.59 en 2006, es decir que solamente creció en un 0.12%. En la actualidad, si se utilizan los estándares internacionales que dictan que se debe contar con un puesto de salud (con promotores de salud o auxiliares de enfermería) por cada 2,000 habitantes y un centro de salud (con personal médico) por cada 10,000 habitantes, encontramos que para una población de 14 millones contamos con 1,101 puestos de salud y 346 establecimientos del segundo nivel.⁷³

En otras palabras, contamos con los puestos de salud necesarios para la población que Guatemala tenía en 1950 y con los centros de salud que eran suficientes para la población de 1955. Esta situación muestra claramente la enorme brecha de servicios del primero y segundo nivel, lo cual repercute en las capacidades reales para implementar cualquier intervención tendente a la reducción de la mortalidad materna. Podría argumentarse que el PEC funciona como un sustituto de una red permanente de servicios; sin embargo, dada la modalidad de utilizar un paquete restringido de intervenciones y atender a la población una vez

71 En 2013 se ha iniciado un proceso que busca proveer servicios permanentes por ONG, sin embargo aún es prematuro evaluar los resultados de su implementación.

72 Hernández Mack, L. (2010). Ajustes, reforma y resultados: las políticas de salud de Guatemala 1985-2010, Cuaderno de Desarrollo Humano 2009/2012-6, Informe Nacional de Desarrollo Humano, PNUD Guatemala.

73 MSPAS (2012). Diagnóstico nacional de salud.

por mes mediante un personal del que el 90% es voluntario, puede que ello no resulte adecuado para el ejercicio del derecho a tener servicios de salud permanentes y competentes.⁷⁴

Los recursos humanos presentan un panorama similar. De acuerdo con información proporcionada por el Colegio de Médicos, los departamentos de Guatemala, Quetzaltenango y Sacatepéquez concentran el 80% de todos los médicos, pero tienen el 20% de la población. A manera de ejemplo, la densidad de médicos contratados por el MSPAS por 10,000 habitantes es de 6 para el departamento de Guatemala, 1 para San Marcos y 1.3 para Chimaltenango.⁷⁵ El estándar internacional dicta que se debe contar con al menos 25 médicos y enfermeras profesionales por cada 10,000 habitantes. En Guatemala, la densidad de médicos y enfermeras contratados por el MSPAS por cada 10,000 habitantes es de 8.5 para el departamento de Guatemala, 2.7 para San Marcos y 1.9 para Chimaltenango. Si a esto se suma que el presupuesto del MSPAS ha oscilado entre un 0.8 y un 1.1% como porcentaje del PIB, entre 2000 y 2011, tenemos un escenario propicio para las muertes maternas.

5.3 REQUISITOS PARA EL ÉXITO DE LAS INTERVENCIONES

De acuerdo con la estrategia desarrollada por Unicef para la reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil⁷⁶ —la cual constituye un modelo basado en la equidad— se necesitan acciones orientadas hacia la reducción de los gastos directos de bolsillo y la reducción de las desigualdades. Estas acciones se basan en: a) mejorar las instalaciones de atención a madres y neonatos; b) reducir los obstáculos para la atención, aun cuando se cuente con los servicios; c) prestación de servicios fuera de los establecimientos; y d) participación comunitaria.

A partir de estos datos, para que en Guatemala se logre reducir las muertes maternas en una proporción similar mediante la aplicación de las intervenciones costo-efectivas y sin pretender proveer una receta rígida, se propone la necesidad de asegurar, al menos, cinco requisitos básicos:

- 1) Contar con un primer nivel funcional y eficiente. Existencia de establecimientos de salud permanentes, así como desarrollo de un modelo de atención incluyente e integral que brinde servicios a todos los miembros del hogar en las modalidades de atención intra y extra muros.
- 2) Contar con un segundo nivel funcional, accesible y eficiente. Esto implica la presencia de servicios de 24 horas para la atención institucional del parto y la prestación de servicios de atención de emergencias obstétricas.
- 3) Contar en los servicios con los insumos y el equipo necesarios. Provisión oportuna y eficiente de insumos y equipos para ser utilizados en los servicios.
- 4) Contar con el personal calificado necesario para desarrollar las intervenciones. Contratación de recurso humano en un esquema que incluya un plan de incentivos para retener el talento.
- 5) Contar con transporte primario (del hogar al servicio) y secundario (entre servicios). Existencia de un sistema de traslado entre servicios y la presencia de transporte permanente y pre definido.

Estos requisitos básicos no solo permitirían implementar las intervenciones relacionadas con la reducción de la mortalidad materna neonatal, sino posibilitarían la prestación de servicios de salud integrales a toda la población, favoreciendo, por consiguiente, la garantía del derecho a la salud por parte del Estado.

Aun cuando la mayoría de las muertes maternas ocurre en relación con la falta de

74 Recientemente, se ha «relanzado» el PEC con una nueva modalidad: servicios permanentes provistos por una enfermera auxiliar, aumento de los servicios incluidos en el paquete básico (siempre dedicados a la población materna e infantil). Con esta nueva modalidad aún no se aclara cómo lograrán llevarse los registros individuales de casos, cómo se registrarán los eventos no médicos, y cómo se obtendrán los recursos humanos y de información necesarios para atender el primer nivel.

75 Estrada, G. (2011). «Insumos para la nota sectorial de salud», BID, mimeo.

76 Unicef. Estrategia de Unicef en América Latina y el Caribe para contribuir a la reducción de la morbi mortalidad materna y neonatal e infantil 2011-2015.

servicios del segundo nivel (falta de atención de las emergencias obstétricas), para el desarrollo de las intervenciones preventivas, es decir los cuidados ante natales y cuidados pre y post natales, es indispensable contar con un primer nivel de salud funcionando adecuadamente e integrado al segundo y tercer nivel. Esto implica que deben existir servicios en aquellos lugares donde hagan falta; estos servicios deben ser de carácter permanente, integrales y con las competencias debidas. La importancia de desarrollar el primer nivel con una cobertura efectiva e integral es que en este nivel se provee servicios a todo el núcleo familiar, lo cual genera confianza, alivia los gastos de bolsillo y mejora las condiciones de salud locales, todo lo cual influye en los condicionantes intermedios de las muertes maternas, además de que permite desarrollar las intervenciones de manera más efectiva. La presencia y el acceso universal a servicios del primer nivel (o superiores al 95% de cobertura) han demostrado que las muertes maternas asociadas con infecciones y pre eclampsia pueden reducirse en un 60%.⁷⁷

Para la atención de un parto limpio y seguro, así como para la atención de emergencias obstétricas, se requieren servicios equipados y que cuenten con personal competente. De acuerdo con la Ley de Mortalidad Materna y su Reglamento, estos servicios son los CAP y los Caimi, los cuales deben estar disponibles para todas las mujeres en situación de embarazo,

sin importar la ubicación geográfica en la que viven, edad, etnia y condición socio económica.

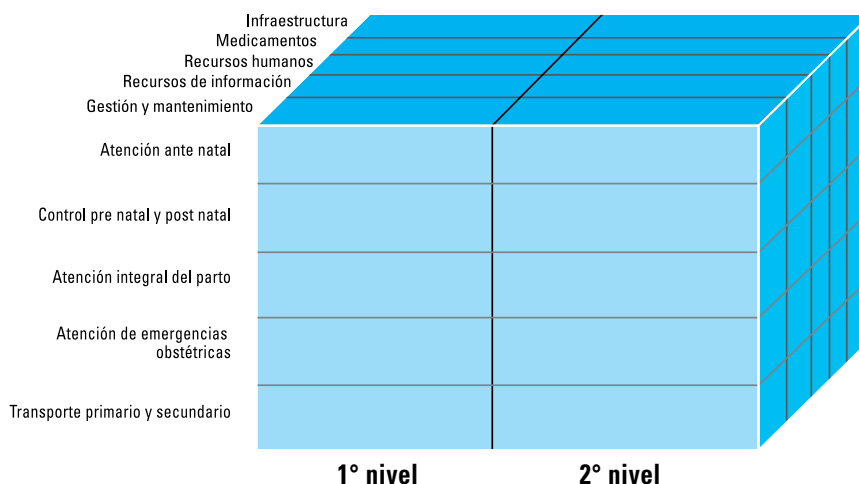
5.4 ¿CUÁNTO CUESTA, EN DÓNDE HACERLO Y EN QUÉ SECUENCIA?

Para cada una de las intervenciones descritas en el apartado correspondiente se costearon los elementos fundamentales de disponibilidad, acceso y sostenibilidad, es decir, infraestructura, equipamiento, insumos, dotación de personal y procesos de gestión. A estos elementos se agrega el transporte primario y secundario, esto es, desde el hogar hacia el servicio y entre servicios.

El marco institucional se circunscribe a los servicios prestados por el MSPAS y, de manera particular, al primero y segundo nivel de atención. En el primer nivel se costean las intervenciones de cuidados ante natales, pre natales y post natales. En el segundo nivel se costea el parto institucional, la atención de las emergencias obstétricas y el transporte primario y secundario. Para cada una de las intervenciones se costeo el recurso humano necesario, la infraestructura, el mantenimiento, los medicamentos, el sistema de información y la gestión de acuerdo con el nivel correspondiente. A continuación se presenta una gráfica que muestra las relaciones entre las variables consideradas.

Figura 4

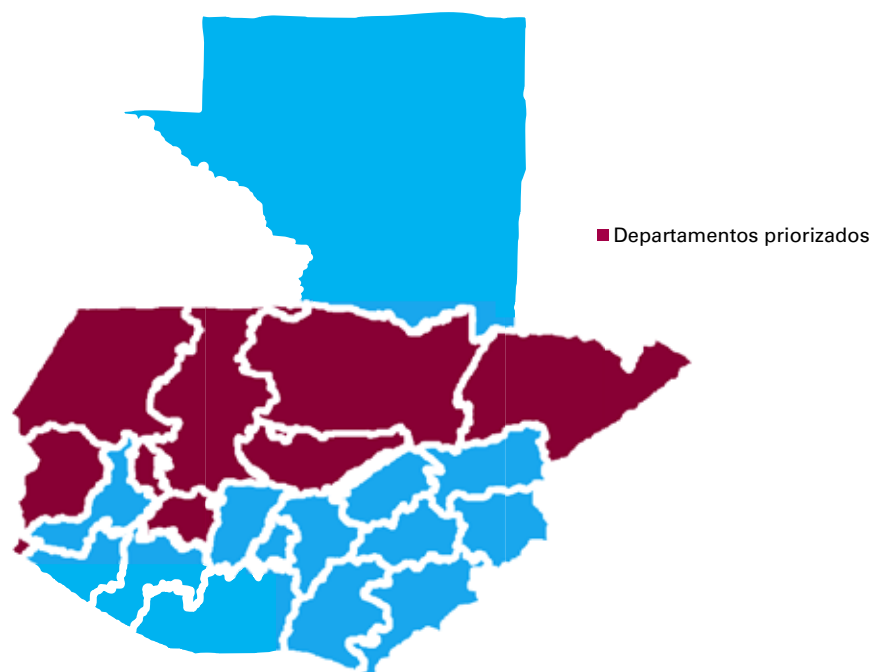
Cubo de relaciones entre las intervenciones, el nivel de atención y las variables del costeo



77 Adam, T. et al. (2005). Cost effectiveness of strategies for maternal and neonatal health in developing countries, BMJ 331. 7525.1107.

Figura 5

Guatemala: departamentos priorizados para la prevención de la mortalidad materna



Fuente: Icefi/Unicef.

El ejercicio de costeo se realizó para los departamentos que mostraron en el ENMM las mayores prevalencias de este problema y que agrupan el 62% de las muertes maternas: Huehuetenango, San Marcos, Quiché, Sololá, Totonicapán, Alta Verapaz, Baja Verapaz e Izabal. Respecto al marco temporal, se ha elegido el período que inicia en el año 2013 y culmina en 2022. Este lapso permite incluir al Gobierno actual, al próximo y el primer año del siguiente. En adición, este período abarca la fecha final del compromiso con los ODM y el bicentenario de la independencia de Guatemala, fecha propicia para la promoción de nuevas metas y acuerdos nacionales.

5.5 CRITERIOS PARA EL COSTEO

Para cada una de las variables del costeo, se definieron los estándares y las brechas que permiten construir el argumento acerca de cuánto cuesta cada intervención y cuánto deben incrementarse los recursos financieros para avanzar en el período propuesto.

A. Para el primer nivel

Se partió de las premisas empleadas en el costeo realizado para el primer nivel de salud en el estudio *El remedio de nuestros males*.⁷⁸ La primera premisa es que este nivel debe proveer atención universal y permanente; esto implica la provisión de servicios a todas las personas de la comunidad, no solo a madres y niños, sino a toda la familia, dados los beneficios demostrados por la evidencia que sugiere que es mediante la universalización como se logran las mejoras sustantivas. La segunda premisa es la presencia en las comunidades de equipos capacitados e integrales para la atención, los cuales incluyen a auxiliares de enfermería, médicos, enfermeras profesionales y personal encargado de atender los asuntos comunitarios. La tercera premisa es la necesidad de integrar los 20 programas del MSPAS en tres programas: individual, familiar y comunitario, y que esto se vea reflejado en instrumentos, guías y protocolos. La cuarta y última premisa es la necesidad de contar con un sistema de información integral, que permita el seguimiento y evaluación de las

⁷⁸ Icefi/Unicef (2012). *¡Contamos! El remedio de nuestros males, un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala 2012-2021*. Boletín núm. 6.

intervenciones en la comunidad y en los servicios.

En términos operativos, la expresión de estas premisas implica la presencia de puestos de salud permanentes atendidos por, al menos, dos auxiliares de enfermería que hayan sido capacitados en el uso de fichas clínicas individuales e instrumentos para el registro, monitoreo y evaluación de los riesgos y problemas familiares y comunitarios; un equipo de apoyo integrado por un(a) médico(a), un(a) enfermero(a) profesional, y personal encargado de las actividades comunitarias. Este esquema proviene del desarrollo logrado por el Modelo Incluyente de Salud (MIS),⁷⁹ que mediante implementaciones piloto demostró su factibilidad y efectividad.

En la actualidad se ha «lanzado» un Programa de Extensión de Cobertura (PEC) en el que se adoptan los rasgos de este Modelo, a saber: sustitución de la atención itinerante por la atención permanente mediante la contratación de auxiliares de enfermería; aplicación de fichas clínicas individuales, e instrumentos para los programas familiares y comunitarios; uso de un sistema de información con registro individual, y un sistema de transporte primario con la utilización de proveedores locales. Si bien el PEC mejorado no logra aún demostrar su efectividad y las unidades implementadoras son ONG en lugar de servicios públicos permanentes, en un plano de implementación óptima las implicaciones para el costo de las intervenciones son las mismas, razón por la que se decidió utilizar los criterios del MIS para la operación de los servicios costeados.

Del MIS proviene también la modalidad de territorialización de los servicios. Respecto al despliegue territorial de los servicios del primer nivel, no se emplea la uniformización que genera la utilización de asignaciones per cápita, o la distribución homogénea por número de población, pues dadas las condiciones distintivas de cada departamento no es posible planificar los

servicios con criterios uniformes para todo el territorio nacional. Por el contrario, en este ejercicio se desarrollan criterios locales para la implantación de los puestos de salud y centros de apoyo.

Las fuentes de información para el desarrollo de estos criterios provienen del Sistema Nacional de Información Territorial (Sinit),⁸⁰ el cual es administrado por Segeplan, con el apoyo del Instituto Geográfico Nacional (IGN). El Sinit permitió recabar información espacial sobre la ubicación de los servicios provistos en el primer y segundo nivel de atención en los departamentos seleccionados. A partir de dicha información y con los datos del ejercicio piloto del MIS que permiten inferir estándares de atención, se procedió a la división administrativa de los distritos de salud en territorios y sectores de acuerdo con criterios de acceso, topografía, densidad poblacional y oferta de servicios. Cabe indicar que la información de la población a nivel municipal fue considerada a partir de las proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadística (INE), las cuales se obtuvieron por grupo etario y sexo.

B. Para el segundo nivel

Se costean los establecimientos CAP y Caimi; los criterios utilizados para determinar el número de servicios que estos prestan son el número de partos esperados que caen bajo la responsabilidad de los servicios públicos y, a partir de esto, la capacidad instalada teórica de cada uno de estos establecimientos. Para un CAP se estima que esta capacidad es equivalente a la atención de 3.5 partos diarios y, para el Caimi, la capacidad llega a 6 cesáreas diarias.⁸¹ A partir de estas capacidades, se estimaron los partos que será necesario atender y, al contrastar esta cantidad con la capacidad instalada (número de CAP presentes en el área), se establece la brecha y con esto el número de CAP necesarios. Para decidir si es preciso construir más centros de atención permanente se restan del número de CAP necesarios los CAP existentes, los centros de salud tipo B y los Centros de Atención

79 Médicos Mundi, Cordaid, Unión Europea, Instituto de Salud Incluyente (2008). Del dicho al hecho, los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente, Guatemala.

80 http://www.segeplan.gob.gt/2.0/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=260.

81 Criterios utilizados por el Proyecto de Mejoramiento de los Servicios del 2º Nivel del MSPAS.

del Paciente Ambulatorio (Cenapas), pues estos dos últimos pueden ser remodelados y «escalados» hacia un CAP.

En cuanto a la población a ser atendida por los servicios, las estimaciones provienen de las proyecciones de los partos esperados para cada año analizado. Es un hecho que no todos los partos finalmente son atendidos por los servicios públicos, por lo que para esta estimación se utilizó la proporción de partos que, según la *Ensmi 2008/2009*, fueron atendidos en el hogar o en algún servicio público, excluyendo los que fueron atendidos en el Igss y en establecimientos privados. Se decidió incluir la proporción de madres cuyo parto fue atendido en casa porque se considera que la atención de todos los partos es responsabilidad de los servicios públicos.

El personal necesario para los establecimientos del segundo nivel incluye al personal de atención directa (auxiliar de enfermería, enfermeras profesionales, médicos, técnicos anestelistas, técnicos de laboratorio y educadora) y personal de apoyo (administrativos, estadígrafos, conserjes y pilotos). El personal de atención directa se costeo de manera tal que preste servicio las 24 horas del día, en turnos rotativos. Para el caso particular de los obstetras, pediatras, anestelistas, médicos generales y técnicos de laboratorio se incluye dentro de su compensación salarial un bono de ruralidad, equivalente al 20% de su salario mensual, más una compensación de Q 250.00 en concepto de combustible. En este caso, se propone una programación de rotaciones de manera que dichos profesionales se desempeñen en distintos lugares, acercándose en algunas rotaciones a los centros urbanos, a manera de incentivo. Cabe indicar que el MSPAS debe afrontar el reto de implementar un plan de incentivos que permita retener al recurso humano necesario para el trabajo en las áreas rurales del país.

C. Costos de infraestructura

Para costear la infraestructura del primer nivel de atención se siguió la lógica de hacer

crecer los establecimientos correspondientes (puestos de salud y puestos de salud con equipos de apoyo)⁸² mediante una distribución basada en territorios y sectores. Los territorios están a cargo de los equipos de apoyo comunitario y son responsables de varios sectores. Cada sector cuenta con, al menos, un puesto de salud. La distribución de familias no es uniforme en cada sector, pues de acuerdo con los criterios explicados anteriormente, todo depende de las características demográficas y territoriales, así como de condiciones socio económicas locales.

Se plantea una expansión en 10 años, iniciando con los departamentos de Izabal, Alta Verapaz, Huehuetenango y Totonicapán, para luego avanzar, en años subsiguientes, hacia los departamentos de Quiché, San Marcos, Baja Verapaz y Sololá, respectivamente. El criterio para dicha expansión consiste en iniciar con los departamentos más vulnerables según el *ENMM*, tomando como restricción presupuestaria el promedio de gasto asignado en la última década al PEC, el cual oscila en alrededor de Q 200 millones anuales. De esa cuenta, el presente ejercicio utiliza como supuesto la implementación gradual de las intervenciones descritas en los departamentos priorizados, con un escalonamiento acorde con la realidad presupuestaria del MSPAS y con su capacidad de gestión; ello, con la finalidad de hacer viables los esfuerzos propuestos.

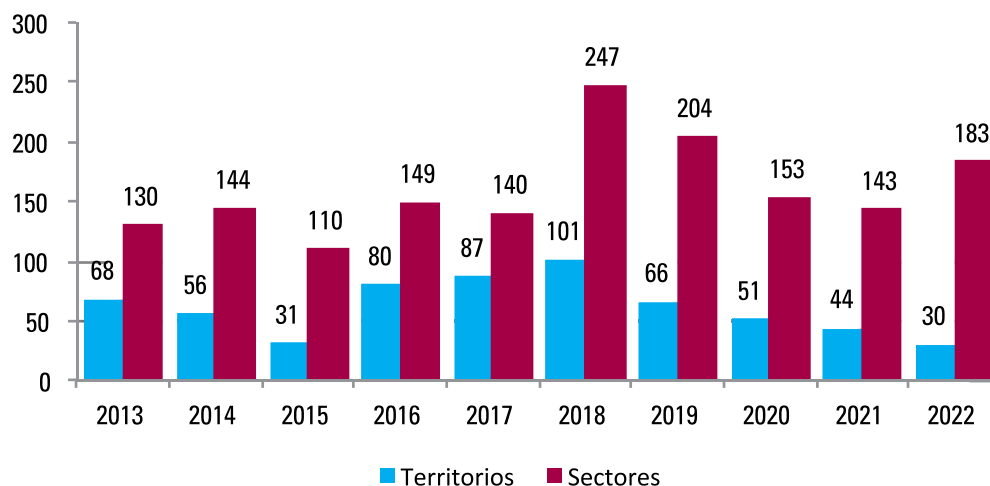
Tomando en cuenta la disponibilidad actual de puestos de salud, se ha estimado que para lograr la cobertura universal de la atención materna en el primer nivel es necesario atender progresivamente, en los departamentos priorizados, un total de 615 territorios y 1,603 sectores.

En la gráfica 2 se muestra que es necesario atender en el primer año de la expansión 68 territorios, lo que se corresponde con 130 sectores; los territorios y sectores a atender en los años siguientes fluctúan hasta llegar al año 2022, con 30 territorios y 183 sectores.

⁸² Los puestos de salud son establecimientos donde atienden, al menos, dos auxiliares de enfermería capacitados que son apoyados por los puestos de salud con equipo de apoyo, donde laboran un médico(a), una enfermera profesional, un animador comunitario (responsable de apoyar el programa comunitario) y un animador familiar (encargado de apoyar el programa familiar), un piloto y un conserje.

Gráfica 2

Número de territorios y sectores que deben ser expandidos anualmente para lograr la universalización de la atención materna en el primer nivel de atención en salud (2013-2022)



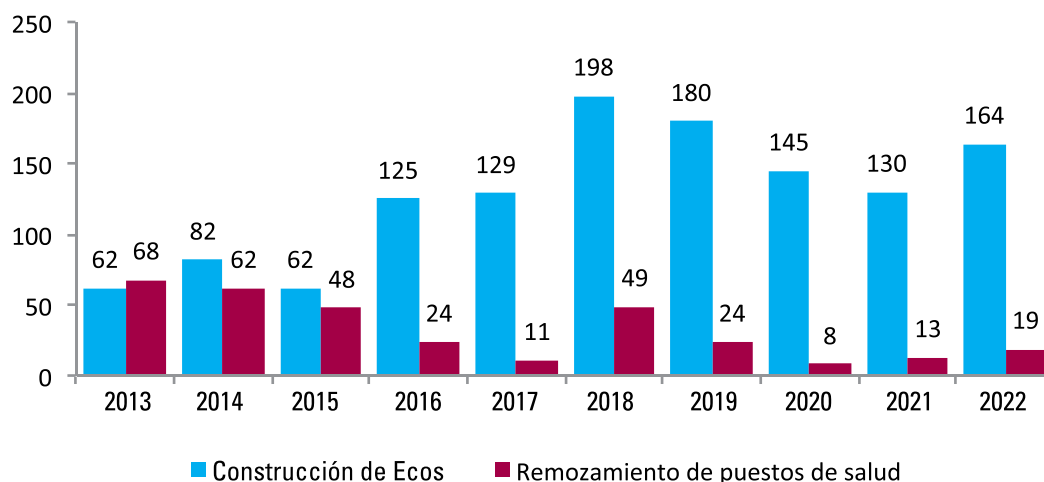
Fuente: Icefi/Unicef.

Con esta expansión se estaría logrando la cobertura universal de la atención materna en los siguientes 10 años y se esperaría que todas las mujeres embarazadas tengan acceso a cuidados ante natales y cuidados pre y post natales.

Para lograr atender estos territorios y sectores, se necesita remodelar algunos de los puestos de salud actuales y construir otros. En la gráfica 3, se muestra la expansión de la infraestructura por año y por tipo de acción.

Gráfica 3

Tipo de acción por año para la expansión de los puestos de salud del primer nivel de atención en salud en los 8 departamentos priorizados (2013-2022)



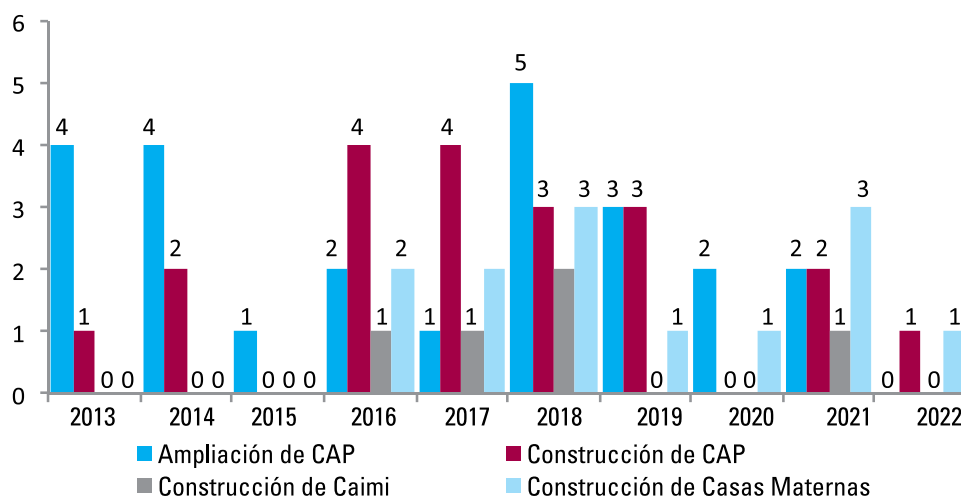
Fuente: Icefi/Unicef.

Para cerrar la enorme brecha de puestos de salud y de esta manera poder brindar atención universal a las madres de los 8 departamentos priorizados, se necesita construir 1,277 puestos de salud y remozar 326. De acuerdo con la proyección presentada, la construcción de puestos de salud se incrementa progresivamente hasta llegar a 198 en el año 2018, y se mantiene en niveles elevados hasta 2022. Derivado de la priorización de departamentos seleccionados y de la restricción presupuestaria que se afronta, puede observarse que en los primeros años se tiene un esfuerzo mayor en remozamiento para ir dando paso, en años consecutivos, a la construcción de la infraestructura necesaria. Debido a la heterogénea disponibilidad de servicios, no es posible observar un ritmo de expansión uniforme, sino más bien se observa una dinámica que coincide con las características territoriales particulares encontradas, de conformidad con la información del Sinit.

Respecto a la infraestructura del segundo nivel, como ya se indicó con anterioridad, se utilizó como criterio el número de partos y cesáreas esperadas en cada departamento, contrastado con la capacidad de cada CAP y Caimi. Esto proporcionó la brecha de los establecimientos que es necesario construir o remozar (se tomó en cuenta el criterio de remozar o «escalar» los centros de salud tipo B y los Cenapas). El criterio de expansión en el caso del segundo nivel está en correspondencia con el avance geográfico establecido para el primer nivel, en la lógica de que se requiere una coordinación entre niveles que permita dar una respuesta integrada a las necesidades de la población. Según el MSPAS, en la actualidad existen 98 CAP y 5 Caimi; se espera expandir esta última cifra a 8 en el primer semestre de 2013. Basados en esta información, se procedió a hacer las proyecciones para los siguientes 10 años.

Gráfica 4

Número de CAP y Caimi que se construirán/remozarán en los ocho departamentos priorizados (2013-2022)



Fuente: Icefi/Unicef.

Como se aprecia en la gráfica 4, en los primeros 3 años de la expansión solamente se construirían 3 CAP y se remozarían 9; no se construirían Caimi. Esto se debe a que en la actualidad existe una importante oferta de estos servicios que, de acuerdo con sus capacidades estimadas (3.5 partos diarios

por CAP y 6 cesáreas diarias por Caimi), permitirían atender a un número importante de mujeres gestantes. Se han agregado las casas maternas como parte de los Caimi, pues constituyen un elemento fundamental para la atención integral del embarazo y el parto y favorecen el parto institucional.

Al final de los 10 años considerados en este estudio, se espera haber convertido 24 puestos de salud B y Cenapas en CAP, además de haber construido 23 CAP nuevos, 5 Caimi y 13 casas maternas.

Por otra parte, se ha considerado el equipamiento necesario tanto para las instalaciones del primero como del segundo nivel, conforme al estándar establecido para el efecto en el proyecto piloto del MIS y en el Proyecto de Mejoramiento de los Servicios del 2° Nivel del MSPAS. Ello implica la consideración de equipo de oficina y atención al usuario; equipo médico para reanimación e intubación y limpieza de vías aéreas; equipo para la esterilización de material y equipo médico quirúrgico; equipo de encamamiento; equipo para cuidado transitorio del recién nacido; mobiliario para salas de partos y operaciones, y equipo de cocina. Especial atención fue considerada para incluir el equipo de laboratorio que abarca, entre otros, la provisión de la refrigeradora para el banco de sangre, la máquina centrífuga para tubos del banco de sangre y otros implementos, con la finalidad de garantizar que se cuente con los elementos necesarios para dar respuestas adecuadas en casos de hemorragias que pongan en peligro la vida de una madre gestante.

Conviene destacar que se efectuó el cálculo de la depreciación del mobiliario, instrumental médico, vehículos y otros útiles que

requieren mantenimiento, con la finalidad de calcular su costo de reposición en el tiempo (el cual también fue incluido entre los cálculos para asegurar que los estándares de calidad puedan ser mantenidos). Asimismo, en el caso de CAP y Caimi, se ha considerado la dotación de un vehículo ambulancia que permita el transporte de pacientes en riesgo a un servicio de mayor capacidad de resolución. Es importante aclarar que el costo de combustibles, lubricantes y mantenimiento de dicho vehículo se incluyó en los costos de funcionamiento, los cuales son detallados posteriormente.

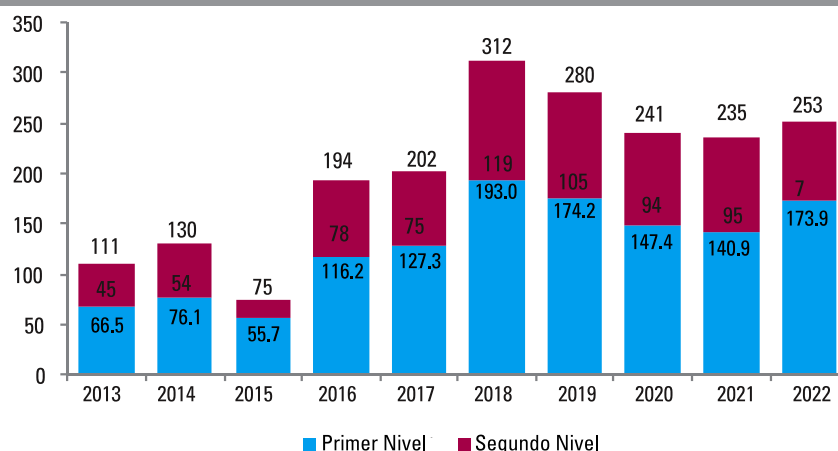
Estos datos no toman en cuenta la reducción de la brecha de eficiencia; no obstante, si se logra la expansión del primero y segundo nivel en los términos descritos, el país estaría en capacidad de proveer servicios universales de cuidados ante natales, pre y post natales, atención de parto institucional y atención de emergencias obstétricas en los 8 departamentos priorizados.

Respecto al costo de la infraestructura, una vez finalizada la construcción, ampliación y remozamiento de los establecimientos del primero y segundo nivel de atención en los 8 departamentos priorizados, se habrá invertido Q 1,271.03 millones en el primer nivel y Q 762.28 millones en el segundo nivel.

Gráfica 5

Costo de infraestructura y equipamiento del primero y segundo nivel de atención en salud en los 8 departamentos priorizados (2013-2022)

Cifras en millones de quetzales



Fuente: Icefi/Unicef.



©UNICEF/Rolando Chew

Es notorio el predominio de los costos implicados en la expansión del primer nivel respecto al segundo, lo que solamente refleja el enorme déficit de infraestructura para la atención del primer nivel.

D. Costos de recursos humanos

Para dotar de recursos humanos a los establecimientos del primer nivel se necesita contratar, durante el período de los 10 años estimados, un total de 6,834 auxiliares

de enfermería y 614 equipos de apoyo comunitario (médico, enfermera, animador familiar y animador comunitario).

El costeo de este aspecto se efectuó con base en la escala provista por la Ley de Servicio Civil, de acuerdo con la siguiente tabla de puestos indicativa del renglón 011:

La progresión de la contratación se propone de acuerdo con lo mostrado en la gráfica 6.

Tabla 4

Puestos, clasificación, renglón y salario mensual del equipo de apoyo comunitario					
Equipo de apoyo comunitario	Puesto	Renglón	Salario	Bonificación	Total
1 Médico	Profesional II	011	Q 3,525.00	Q 5,526.25	Q 9,051.25
1 Enfermera graduada	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 4,398.10
1 Animador comunitario	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 4,398.10
1 Animador familiar	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 4,398.10
1 Piloto	Trabajador operativo I	011	Q 956.00	Q 1,528.80	Q 2,484.80
1 Conserje	Trabajador operativo I	011	Q 956.00	Q 1,528.80	Q 2,484.80

Fuente: Icefi/Unicef.

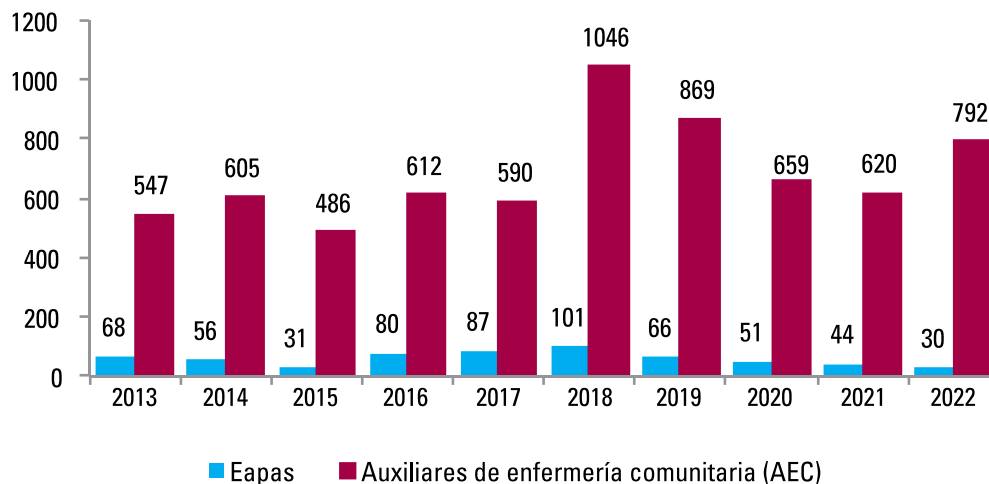
Tabla 5

Puesto, clasificación, renglón y salario mensual del personal de los puestos de salud					
Equipo de apoyo comunitario	Puesto	Renglón	Salario	Bonificación	Total
Auxiliar de enfermería comunitaria	Paramédico I	011	Q 1,302.00	Q 2,017.10	Q 3,319.10

Fuente: Icefi/Unicef.

Gráfica 6

Número de personal a contratar para el primer nivel de atención en salud,
de acuerdo con la expansión de los servicios
(2013-2022)



Fuente: Icefi/Unicef.

El criterio utilizado para definir el ritmo e intensidad de la expansión corresponde a la necesidad de dotar de personal a los establecimientos que se construyen de manera progresiva. Respecto a los montos involucrados en la contratación, de acuerdo con las escalas presentadas en las tablas 4 y 5, se estaría realizando en los 10 años de la expansión una inversión de Q 55.5 millones en 2013, para un aproximado de Q 442.7 millones en 2018, y Q 844.9 millones en 2022.

Para el segundo nivel, la estimación del recurso humano para un CAP se calcula de acuerdo con la tabla 6. Es necesario recordar que este es el costo de personal de un CAP funcionando en toda su capacidad, por lo cual este dato se aplicó a los 98 CAP existentes y a los que se proyecta expandir posteriormente, con lo cual se tiene un total

de 145 establecimientos. Ello se realizó de esta manera, ya que se tomó en cuenta la información referente a la disponibilidad actual de recursos humanos para el segundo nivel en el MSPAS, la cual indica una importante brecha que hoy por hoy no está siendo cubierta (en términos del número de personal idóneo y con perfiles apropiados).

Dadas las condiciones adversas para el reclutamiento y permanencia del personal profesional, al salario mensual se agregó un bono de ruralidad de acuerdo con los criterios planteados previamente. Este bono consiste en un reconocimiento del 20% del salario base, más una compensación de Q 250.00 en concepto de transporte.

Para los Caimi, se estimó el personal de acuerdo con la tabla 7.

Tabla 6
**Personal a contratar para cada CAP, clasificación de puesto,
renglón e integración del salario mensual**

CAP	Puesto	Renglón	Salario	Bonificación	Bono de Ruralidad	Total
1 Médico coordinador de DMS	Profesional jefe II	011	Q 4,219.00	Q 6,354.95	Q 1,093.80	Q 11,667.75
2 Médicos consulta externa	Profesional II	011	Q 3,525.00	Q 5,526.25	Q 955.00	Q 10,006.25
5 Enfermeras profesionales del DMS	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 0.00	Q 4,398.10
20 Auxiliares de enfermería	Paramédico I	011	Q 1,302.00	Q 2,017.10	Q 0.00	Q 3,319.10
1 Técnico salud rural	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 0.00	Q 4,398.10
1 Inspector saneamiento ambiental	Paramédico III	011	Q 1,555.00	Q 2,582.75	Q 0.00	Q 4,137.75
1 Técnico laboratorio	Paramédico III	011	Q 1,555.00	Q 2,582.75	Q 561.00	Q 4,698.75
4 Pilotos	Trabajador operativo III	011	Q 1,074.00	Q 1,652.70	Q 464.80	Q 3,191.50
6 Educadoras	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 0.00	Q 4,398.10
4 Médicos generales	Profesional II	011	Q 3,525.00	Q 5,526.25	Q 955.00	Q 10,006.25
1 Gineco obstetra	Profesional jefe III	011	Q 4,449.00	Q 6,596.45	Q 1,139.80	Q 12,185.25
1 Pediatra	Profesional jefe III	011	Q 4,449.00	Q 6,596.45	Q 1,139.80	Q 12,185.25
3 Guardíanas	Trabajador operativo I	011	Q 956.00	Q 1,528.80	Q 0.00	Q 2,484.80
3 Conserjes	Trabajador operativo I	011	Q 956.00	Q 1,528.80	Q 0.00	Q 2,484.80
1 Oficinista	Secretario oficinista	011	Q 1,192.00	Q 1,801.60	Q 0.00	Q 2,993.60
1 Encargado de archivo	Oficinista II	011	Q 1,159.00	Q 1,766.95	Q 0.00	Q 2,925.95
1 Estadígrafo	Asistente profesional I	011	Q 1,960.00	Q 2,908.00	Q 0.00	Q 4,868.00
1 Trabajadora social	Jefe técnico profesional I	011	Q 1,991.00	Q 2,940.55	Q 0.00	Q 4,931.55
1 Encargado de almacén	Oficinista II	011	Q 1,159.00	Q 1,766.95	Q 0.00	Q 2,925.95
1 Contador	Oficinista III	011	Q 1,192.00	Q 1,801.60	Q 0.00	Q 2,993.60
2 Encargado de farmacia	Trabajador especializado II	011	Q 1,135.00	Q 1,716.75	Q 0.00	Q 2,851.75
2 Encargado de lavandería	Trabajador operativo II	011	Q 1,039.00	Q 1,615.95	Q 0.00	Q 2,654.95
1 Técnico en mantenimiento	Técnico I	011	Q 1,302.00	Q 2,017.10	Q 0.00	Q 3,319.10

Fuente: Icefi/Unicef, con base en criterios utilizados por el Proyecto de Mejoramiento de los Servicios del 2º Nivel del MSPAS.

Tabla 7

Personal del Caimi, clasificación, renglón e integración salarial						
CAIMI	Puesto	Renglón	Salario	Bonificación	Bono de Ruralidad	Total
1 Médico coordinador de DMS	Profesional jefe II	011	Q 4,219.00	Q 6,354.95	Q 1,093.80	Q 11,667.75
2 Médicos consulta externa	Profesional II	011	Q 3,525.00	Q 5,526.25	Q 955.00	Q 10,006.25
5 Enfermeras profesionales del DMS	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 0.00	Q 4,398.10
20 Auxiliares de enfermería	Paramédico I	011	Q 1,302.00	Q 2,017.10	Q 0.00	Q 3,319.10
3 Técnicos en laboratorio	Paramédico III	011	Q 1,555.00	Q 2,582.75	Q 561.00	Q 4,698.75
3 Pilotos	Trabajador operativo III	011	Q 1,074.00	Q 1,652.70	Q 0.00	Q 2,726.70
1 Psicóloga	Profesional II	011	Q 3,525.00	Q 5,526.25	Q 0.00	Q 9,051.25
1 Educadora	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 586.40	Q 4,984.50
3 Médicos generales	Profesional II	011	Q 3,525.00	Q 5,526.25	Q 955.00	Q 10,006.25
2 Gineco obstetras	Profesional jefe III	011	Q 4,449.00	Q 6,596.45	Q 1,139.80	Q 12,185.25
2 Pediatras	Profesional jefe III	011	Q 4,449.00	Q 6,596.45	Q 0.00	Q 11,045.45
1 Técnico anestesta	Paramédico IV	011	Q 1,682.00	Q 2,716.10	Q 0.00	Q 4,398.10
2 Guardianes	Trabajador operativo I	011	Q 956.00	Q 1,528.80	Q 0.00	Q 2,484.80
3 Conserjes	Trabajador operativo I	011	Q 956.00	Q 1,528.80	Q 0.00	Q 2,484.80
1 Oficinista	Secretario oficinista	011	Q 1,192.00	Q 1,801.60	Q 0.00	Q 2,993.60
2 Encargados de archivo	Oficinista II	011	Q 1,159.00	Q 1,766.95	Q 0.00	Q 2,925.95
1 Estadígrafo	Asistente profesional I	011	Q 1,960.00	Q 2,908.00	Q 0.00	Q 4,868.00
1 Trabajadora social	Jefe técnico profesional I	011	Q 1,991.00	Q 2,940.55	Q 0.00	Q 4,931.55
1 Encargado de almacén	Oficinista II	011	Q 1,159.00	Q 1,766.95	Q 0.00	Q 2,925.95
1 Contador	Oficinista III	011	Q 1,192.00	Q 1,801.60	Q 0.00	Q 2,993.60
2 Encargados de farmacia	Trabajador especializado II	011	Q 1,135.00	Q 1,716.75	Q 0.00	Q 2,851.75
2 Encargados de lavandería	Trabajador operativo II	011	Q 1,039.00	Q 1,615.95	Q 0.00	Q 2,654.95
2 Técnicos en mantenimiento	Técnico I	011	Q 1,302.00	Q 2,017.10	Q 0.00	Q 3,319.10

Fuente: Icfef/Unicef, con base en criterios utilizados por el Proyecto de Mejoramiento de los Servicios del 2° Nivel del MSPAS.

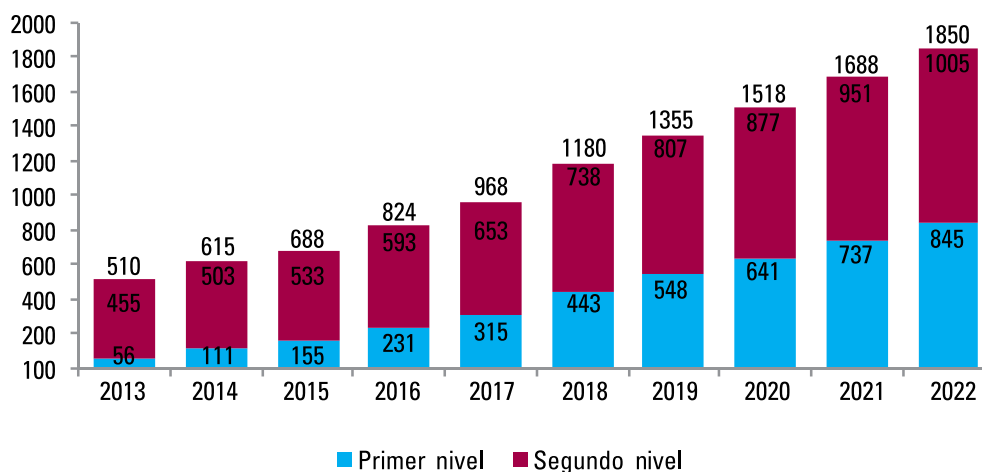
De acuerdo con la expansión de los establecimientos que se propone en el presente estudio, el esfuerzo financiero para los próximos 10 años se presenta en

la gráfica 7. Se iniciaría con una inversión aproximada de Q 510.0 millones en 2013; Q 1,180.0 millones en 2018 y una inversión prevista de Q 1,850.0 millones en 2022.

Gráfica 7

Inversión para la dotación de recursos humanos del primero y segundo nivel de atención en salud en los 8 departamentos priorizados (2013-2022)

Cifras en millones de quetzales



Fuente: Icefi/Unicef.

E. Costos de funcionamiento

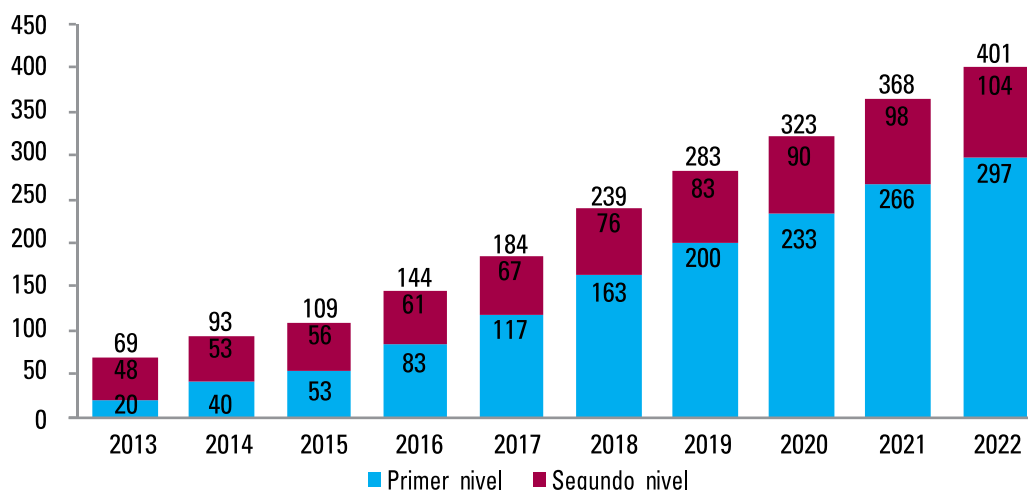
En materia de costos de funcionamiento se incluyeron las actividades de mantenimiento de la infraestructura de los servicios, los gastos en útiles, enseres, uniformes, ropa de cama, pago de servicios básicos (energía eléctrica y agua potable) y, finalmente, los gastos asociados con el mantenimiento y

funcionamiento del equipo de transporte, incluyendo repuestos y combustibles. La integración de costos se presenta en la gráfica 8, la cual indica una inversión aproximada de Q 69.0 millones en 2013, Q 239.0 millones en 2018 y aproximadamente Q 401.0 millones en 2022.

Gráfica 8

Inversión para la cobertura de los gastos de funcionamiento de la red de servicios del primero y segundo nivel de atención en salud en los 8 departamentos priorizados (2013-2022)

Cifras en millones de quetzales



Fuente: Icefi/Unicef.

Según la gráfica 8, el esfuerzo relacionado con el mantenimiento es proporcionalmente más grande para el primer nivel, lo cual está en consonancia con el número de establecimientos que se necesita atender.

F. Costos de medicamentos e insumos

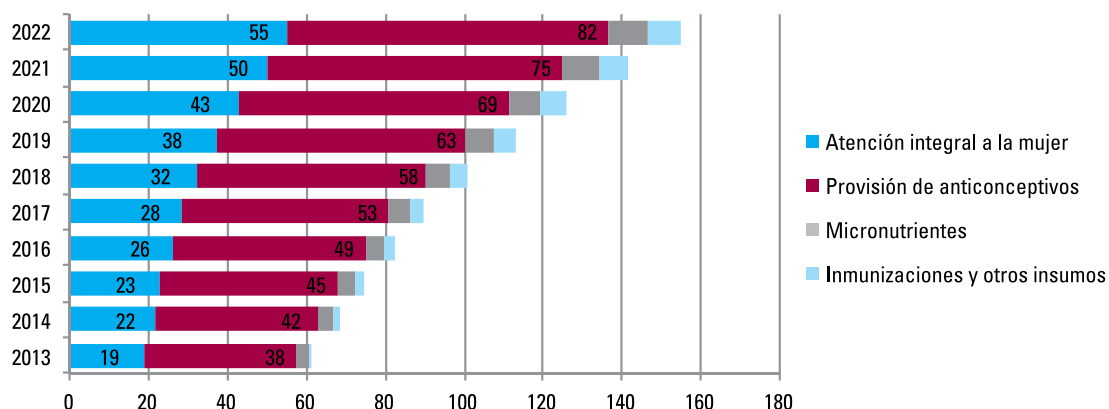
Para el costeo de la provisión de medicamentos e insumos se separaron los gastos del primero y el segundo nivel. Para el primer nivel se incluyó el costo de los medicamentos necesarios para proveer métodos anticonceptivos (inyectables),⁸³ micronutrientes para la mujer embarazada (ácido fólico y hierro), inmunizaciones (vacuna del tétanos) e insumos asociados con la prestación de servicios de primer nivel que incluyen, entre otros, atención prenatal, atención de la mujer en edad fértil (que incluye la prueba de Papanicolaou)

y atención de enfermedades de transmisión sexual. Se consideró lo establecido en las Normas de Atención del MSPAS, con la finalidad de determinar el tipo de medicamentos y las dosis necesarias.

En cuanto a las prevalencias, las estimaciones de demanda tomaron como base los parámetros del ejercicio piloto del MIS y, en el caso especial de métodos anticonceptivos,⁸⁴ la estimación se realizó a partir de los datos de demanda insatisfecha incluidos en la Ensmi 2008/2009. Conviene indicar que los datos provienen, en su mayoría, de cotizaciones disponibles en el portal de Guatecompras y de datos provistos por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa,⁸⁵ por sus siglas en inglés) en cuanto a las compras institucionales del MSPAS.

Gráfica 9

Costo de medicamentos para el primer nivel de atención en salud, por insumo (2013-2022)
Cifras en millones de quetzales



Fuente: Icefi/Unicef.

Por otra parte, en cuanto al segundo nivel se incluyeron los costos de los insumos necesarios para parto normal, parto por cesárea y emergencias obstétricas. En este caso, se consultaron las Normas de Atención del MSPAS, la Guía práctica para incorporar sobre el terreno la atención obstétrica de

emergencia y la información de los kits para atención de la salud sexual y reproductiva para situaciones de emergencia del Unfpa. Se espera contar con los insumos suficientes para dar respuesta a situaciones como complicaciones del aborto natural, aborto y sutura de desgarros.

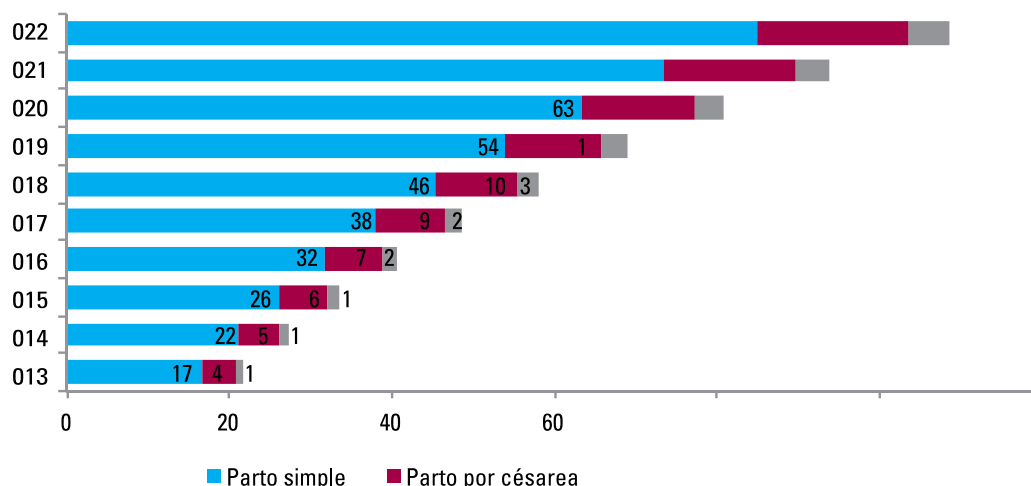
⁸³ De acuerdo con la Ensmi 2008/2009, el método anticonceptivo moderno más utilizado por la mujeres de 15 a 49 años es la inyección, con una tasa de uso de 14.7%. Por esta razón, el presente costeo considera la provisión trimestral de Depo provera ó Petogen (cuatro dosis al año), cuyo volumen se proyectó con base en la demanda insatisfecha en el caso de las mujeres que desean planificar.

⁸⁴ Women's Commission for Refugee Women and Children (2005). Guía práctica para incorporar sobre el terreno la atención obstétrica de emergencia en los programas humanitarios. New York, U.S.A.

⁸⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa, 2011). «Kits interinstitucionales de salud reproductiva para situaciones de emergencia». 5ª edición. Nueva York, Estados Unidos de América.

Gráfica 10

Costo de insumos para el segundo nivel de atención en salud por tipo de intervención (2013-2022)
Cifras en millones de quetzales



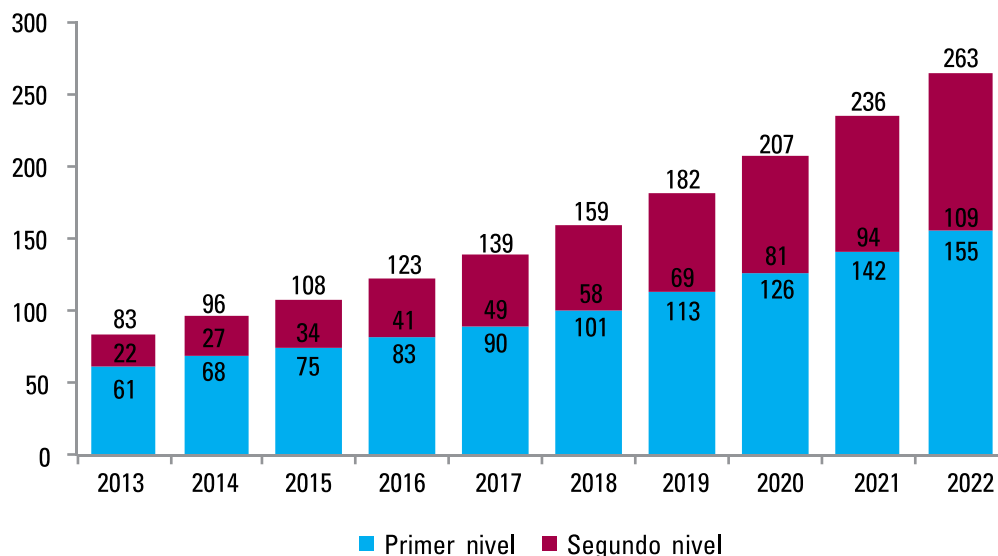
Fuente: Icefi/Unicef.

Se estima que los costos agregados correspondientes a medicamentos e insumos, tanto para el primero como para el segundo nivel de atención en salud, se

aproximen a Q 83.0 millones en 2013, Q 159.0 millones en 2018, y a Q 263.0 millones en 2022.

Gráfica 11

Costo de medicamentos e insumos para el primer y segundo nivel de atención en salud (2013-2022)
Cifras en millones de quetzales



Fuente: Icefi/Unicef.

G. Costos del sistema de información

Un elemento fundamental y requisito insoslayable para la implementación de las estrategias para la reducción de la mortalidad materna es contar con un sistema de información que sea capaz de dar seguimiento individual a los casos de las mujeres gestantes, que posibilite su búsqueda activa y permita monitorear a quienes enfrentan riesgos específicos. Para el costeo de este aspecto se tomaron en cuenta, como elementos centrales, la dotación del equipo de cómputo, la provisión de insumos específicos y el mantenimiento preventivo. No se incluye el software, pues ya existe y es compatible con el Sigsa.

Cabe indicar que la expansión del sistema de información se realiza con base en la expansión de los servicios del primer nivel, pues un aspecto fundamental para la prestación en dicho nivel recae en la posibilidad de generar información para la toma de decisiones gerenciales y de logística, que permita dotar a las comunidades derechohabientes de los servicios necesarios. En tal sentido, se prevé una inversión cercana a los Q 7.0 millones para 2013, Q 35.0 millones en 2018

y Q 55.0 millones en 2022, lo cual cubre las necesidades tanto del primero como del segundo nivel de atención.

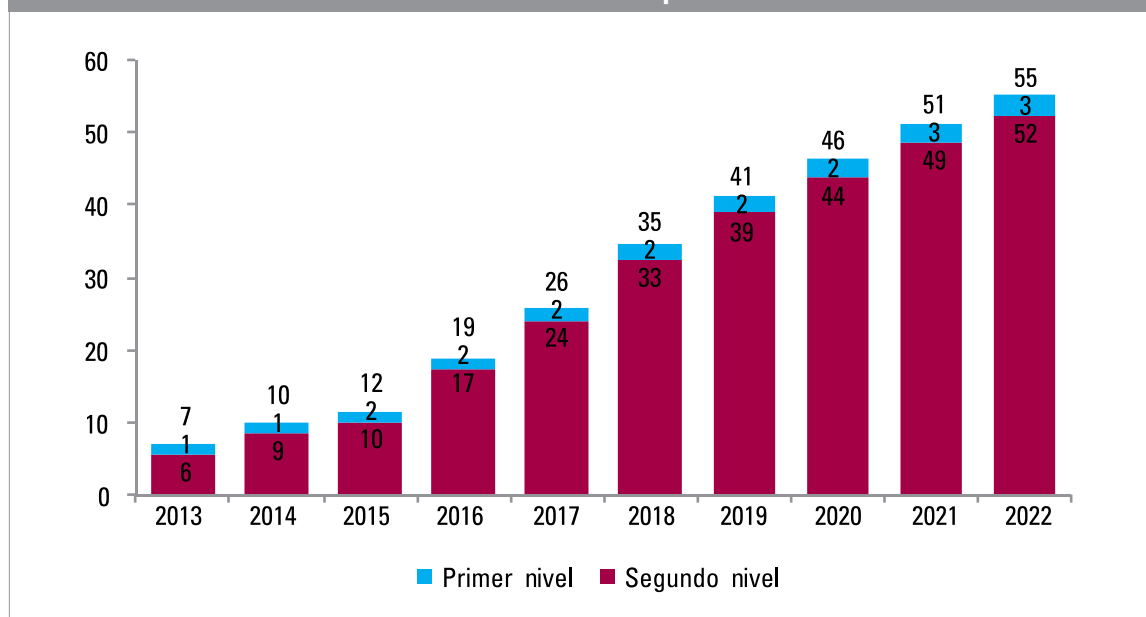
H. Costos del transporte primario

Para el costeo del transporte primario se estimó un estipendio promedio de Q 800.00, monto con el cual, según se prevé, se puede cubrir el costo del traslado hacia el servicio de salud. La idea es proveer este monto mediante cupones reembolsables. Para el caso, se hizo la previsión de recursos que permita cubrir el total de cesáreas estimadas, con la finalidad de cubrir cualquier eventualidad y asegurar una llegada oportuna de la madre gestante, para su pronta atención.

Se esperaría que cada servicio logre un convenio con proveedores locales (personas con automóvil o picops) y se acuerde un precio por el traslado, así como un pago contra un sello del servicio (el mecanismo final aún debe definirse localmente). En consecuencia, se estima una inversión de Q 5.4 millones en 2013, Q 13.7 millones en 2018 y Q 25.2 millones en 2022.

Gráfica 12

**Costo de la implementación del sistema de información
para el primer y segundo nivel de atención en salud
(2013-2022)**
Cifras en millones de quetzales



Fuente: Icefi/Unicef.

I. Costos de gestión

Como ha sido expuesto en entregas anteriores de esta serie de publicaciones,⁸⁶ una buena parte del éxito de las medidas propuestas tiene relación directa con una mejora en la gestión de las políticas públicas. En este sentido, es de suma importancia fortalecer un sistema de gestión, evaluación y seguimiento que permita agilizar el financiamiento hacia el sector salud, así como la canalización de los recursos necesarios.

Un esfuerzo en esta dirección es el actual proceso de Presupuesto por Resultados, en el cual se encuentran trabajando de forma coordinada el MSPAS y el Ministerio de Finanzas (Minfin). Este proceso debe ser fortalecido y acompañado por las acciones necesarias para que los objetivos propuestos en materia de reducción de la mortalidad materna sean alcanzados. Cabe indicar que tanto el presupuesto de 2012 como el de 2013 han sido formulados bajo estos parámetros, enfocándose en la lucha contra la desnutrición y la mortalidad materna.

En este marco, es preciso reiterar que se considera como una necesidad muy sentida un programa de formación continua que permita a los funcionarios de la salud adquirir las competencias gerenciales que orienten sus actividades hacia una visión estratégica del sector. Ello, sin considerar otros aspectos que son estructurales y que merecen un análisis detallado (el cual sobrepasa los alcances del presente trabajo). Entre dichos aspectos destaca la gestión del servicio civil y su ordenamiento jurídico, la Ley de Compras y Contrataciones del Estado y la organización administrativa del MSPAS, de manera que se fortalezcan aquellos procesos que permitan dotar de mayor celeridad a las gestiones, promoviendo a la vez la debida transparencia y entrega de cuentas a la población.

A partir de estos análisis, se ha considerado una inversión que para el primer y segundo nivel de atención en salud se aproxima a Q 19.6 millones en 2013, Q 48.6 en 2018 y Q 71.3 millones en 2022. Se incluye, además, la generación de un ciclo de monitoreo continuo que introduzca prácticas como evaluaciones de impacto y el seguimiento de indicadores de insumo, proceso y resultado para la medición de la gestión realizada.

J. Costos de casas maternas

Los Caimi se apoyan con una casa materna que consiste en una instalación de baja complejidad para mujeres que tienen probabilidades de presentar dificultades en el parto, o que por vivir en lugares inaccesibles necesitan permanecer cerca de los servicios de salud. Para fines del presente documento, se estimó una infraestructura de 205 m2 de construcción, a la cual se sumó el equipamiento para el hospedaje temporal de las mujeres embarazadas, desde antes del parto hasta el momento del nacimiento.

Como recursos humanos se consideró una oficinista para remitir y coordinar la atención de las embarazadas con los servicios de salud, así como dos conserjes que se encarguen de la limpieza del lugar. Debido a que generalmente las casas maternas reciben el apoyo de organizaciones comunitarias y que las mismas trabajan en coordinación con los servicios de salud, no se consideró ningún puesto adicional. Entre los insumos incluidos para estas instalaciones se encuentran utensilios para mantener el orden y la limpieza del lugar.

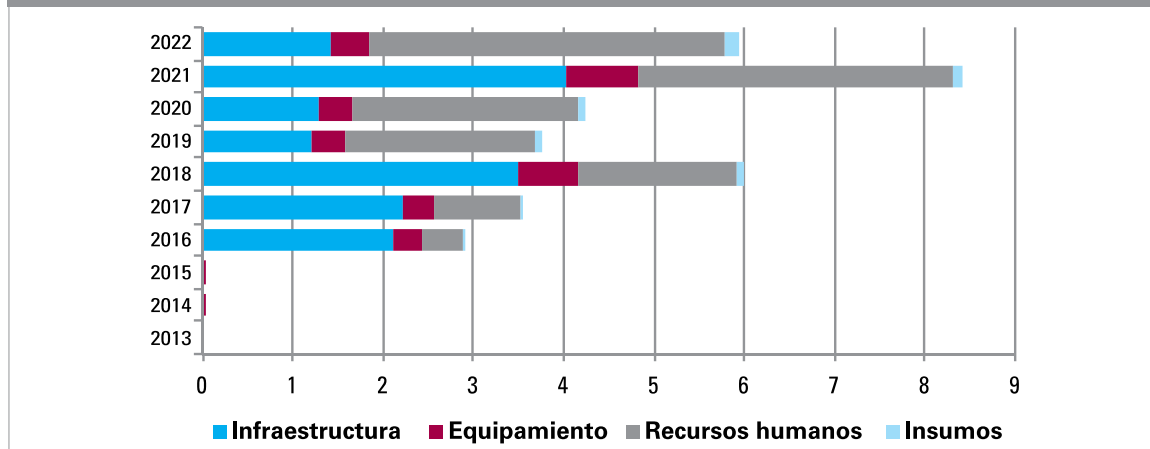
Así las cosas, para 2016 se contempló la construcción de dos casas maternas, hasta llegar a un número total de 13, en 2022. Esto representa una inversión de Q 2.9 millones en 2016 y de Q 5.9 millones en 2022.

86 Icfef/Unicef (2012). El remedio de nuestros males. Un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala, 2012-2021. ¡Contamos! Boletín núm. 6. Guatemala.

Gráfica 13

**Costo de la implementación de casas maternas asociadas
con el segundo nivel de atención en salud
(2013-2022)**

Cifras en millones de quetzales



Fuente: Icefi/Unicef.

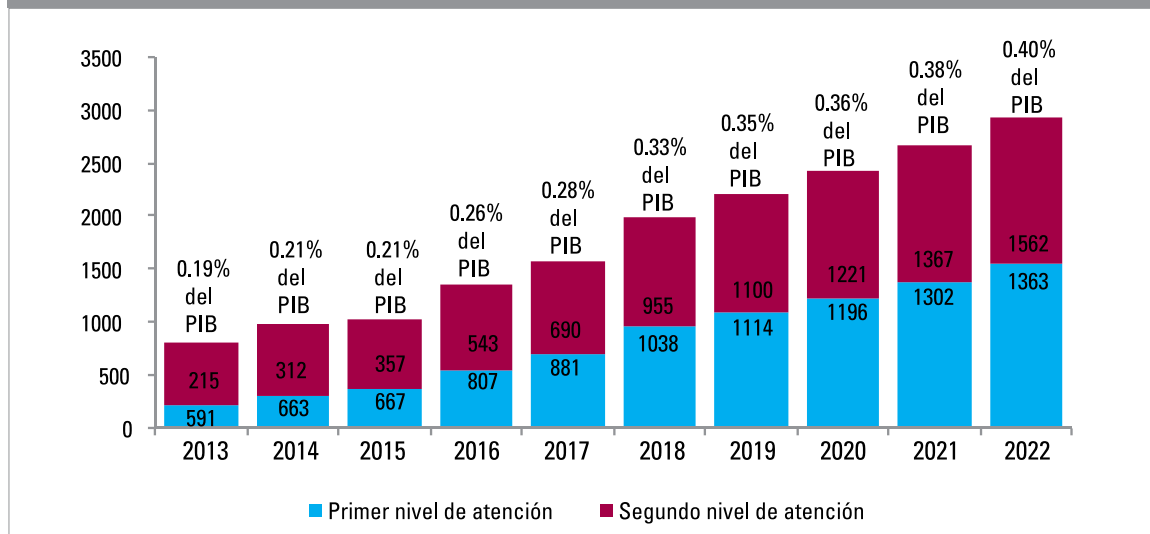
Se prevé, en síntesis, una inversión que dé cobertura al primer y segundo nivel en los aspectos mencionados, que ascienda aproximadamente a Q 806.0 millones en 2013, equivalentes al 0.19% del PIB. Se espera que dicho monto ascienda a Q 2,924.0 millones en 2022, cifra equivalente al 0.40% del PIB estimado para dicho año. Es notorio que en los primeros años de

implementar la expansión de los servicios la mayor proporción de inversión corresponda al segundo nivel; sin embargo, esta relación se invierte al final del período. Como puede verse en la gráfica 14, al final del período se estaría invirtiendo menos de un punto porcentual en reducir las muertes maternas en los 8 departamentos priorizados.

Gráfica 14

**Costo de las intervenciones en el primero y segundo nivel
de atención en salud como porcentaje del PIB
(2013-2022)**

Cifras en millones de quetzales



Fuente: Icefi/Unicef.

5.6 ¿QUÉ ESPERAMOS AL HACER ESTE ESFUERZO?

De acuerdo con la propuesta de Unicef⁸⁷ para la reducción de la mortalidad materna y neonatal, si se logra mejorar y universalizar las instalaciones de atención a las madres y neonatos, junto con la reducción de los obstáculos a la atención y la prestación de servicios extra muros, es posible reducir las muertes maternas de manera sustancial. Según esta fuente, por cada millón de dólares invertidos en estas acciones se pueden reducir las muertes maternas en un 60%. En Guatemala, el 47% de las muertes maternas reportadas en el *ENMM* ocurrió en mujeres que no tuvieron acceso al parto institucional. La propuesta de expandir los servicios y universalizar el acceso a cuidados ante natales, pre y post natales, atención institucional del parto y atención de emergencias obstétricas podría reducir este porcentaje de manera sustantiva en los 8 departamentos priorizados, donde acaeció el 62% de las muertes maternas del país.

Mediante la universalización de los cuidados ante natales y la reducción de la brecha de la necesidad insatisfecha de uso de métodos anti conceptivos, se estima que se podría reducir entre un 20 y un 40% de las muertes maternas.

La atención institucional del parto y la prevención de la hemorragia mediante un adecuado manejo del tercer trimestre del parto podrían reducir entre un 40 y un 60% de las muertes maternas. El servicio que se prevé para esta intervención es el CAP, el cual ha sido costado para proveer el acceso universal a los servicios de salud.

Si a todo lo anterior se le suma el acceso a la atención de las emergencias obstétricas, se estaría evitando cerca del 80% de las muertes maternas, a lo que habría que agregar un 10% adicional por la provisión de servicios de transporte.

Además de los beneficios en la reducción de las muertes maternas, la propuesta de expansión de los servicios del primero y segundo nivel tiene réditos en la generación de condiciones para la atención de otros problemas

prioritarios, tales como las estrategias de combate a la desnutrición crónica y la atención de las enfermedades prevalentes en la infancia. Sobre todo, esta expansión de la disponibilidad y el acceso a servicios públicos de la salud en los 8 departamentos priorizados estaría contribuyendo a la reducción de las desigualdades e inequidades y nos acercaría a la garantía del derecho a la salud.

5.7 ¿CÓMO FINANCIAR LOS COSTOS DE LAS INTERVENCIONES?

Existe una serie de condicionantes para la movilización de recursos destinados a la prevención de la mortalidad materna. Entre estos destacan el bajo nivel de ingresos tributarios del Estado guatemalteco, las rigideces presupuestarias y los compromisos de gasto.

En cuanto a los ingresos tributarios, las proyecciones del Minfin sitúan en los próximos años una carga tributaria en torno al 12%. Sirva de ejemplo que para 2013 se estima que los ingresos tributarios totalizarán Q 50,376.0 millones, equivalentes al 11.8% del PIB, de los cuales alrededor de Q 4,670.0 millones (1.1% del PIB) dependen principalmente de la puesta en vigencia de la *Ley de Actualización Tributaria*. Adicionalmente, otros Q 1,476.0 millones (0.35% del PIB) provendrán de medidas de fiscalización, sobre las cuales se desconoce el plan concreto para su consecución. En adición, se corre el riesgo de que si la *Ley de Actualización Tributaria* llega a ser suspendida mediante acciones de inconstitucionalidad, el financiamiento del gasto público afrontará serias restricciones que prevén un escenario de futuro endeudamiento.

Aunado a ello, los ingresos tributarios enfrentan rigidices importantes como resultado de las persistentes exoneraciones y exenciones tributarias. A todo esto debe agregarse la histórica oposición política que han enfrentado los diversos intentos de reforma tributaria en el país.

Las rigideces presupuestarias constituyen otro elemento importante para analizar, pues

87 Unicef (2012).

limitan la posibilidad de asignar gastos para dedicarle una proporción mayor de recursos a los programas contra la mortalidad materna. Por un lado, existen Obligaciones a Cargo del Tesoro que suman las asignaciones que tienen como propósito registrar los recursos financieros transferidos a los organismos y entidades del Estado y que no son imputados a ningún ministerio en particular, por ser resultado de un mandato constitucional, leyes específicas y tratados internacionales.

Además, existen otras disposiciones legales que establecen un destino a los ingresos ordinarios, los cuales deben utilizarse para financiar el funcionamiento de los Organismos Legislativo, Ejecutivo y Judicial; el funcionamiento de la administración tributaria; el gasto para desarrollo urbano y rural; el aporte patronal al Igss y la contribución a la educación superior. Lo anterior revela que, ante un aumento general de la disponibilidad de recursos, estos no podrían destinarse exclusivamente a un solo fin, a menos que se adopten las medidas legales especiales para asegurar que así sea.

En los últimos años, las rigideces y los compromisos de gasto del gobierno central han superado en 0.08 centavos a cada quetzal que se registra como ingreso ordinario, lo que ha obligado al Estado a endeudarse para hacer frente a las necesidades básicas de su quehacer. La aprobación de la *Ley de Actualización Tributaria* puede concebirse como un paso en la dirección correcta, en el sentido de favorecer una estructura fiscal con un mayor grado de progresividad (ya que su contenido está mayormente vinculado con los impuestos que gravan la renta y el capital). No obstante, dichos esfuerzos

parecen aún no ser suficientes para contar con recursos que puedan estar disponibles para la inversión en áreas clave como la mortalidad materna.

Se estima que el impacto de la reforma tributaria permitirá una mejora en la relación entre ingresos y compromisos de gasto, que pasará de Q 1.08 a Q 1.05 en 2031; es decir, apenas una disminución de tres centavos de quetzal. Por ello, en un futuro cercano, sin una reforma fiscal que permita la suficiencia y estabilidad del financiamiento público, el aumento de asignaciones para el pago de deuda y el incremento de los costos por las clases pasivas y los derechos laborales continuarán sacrificando las posibilidades de inversión social.

En este contexto, se exponen a continuación algunas alternativas que permitirían movilizar recursos para luchar contra la mortalidad materna:

Reducción de exenciones

La renuncia tributaria o gasto tributario constituye una importante fuente de fragilidad fiscal. Es el resultado de la utilización de incentivos tributarios que se traducen en tratamientos preferenciales para sectores privilegiados por medio de la concesión de exoneraciones y exenciones de impuestos. Según los cálculos del Minfin, el gasto tributario ha representado en los últimos años cerca del 7% del PIB, es decir, el 70% de la recaudación total. Conviene destacar que se estima que para 2013 se registrará una importante reducción del gasto tributario, equivalente al 41.9%, lo cual es resultado de la aplicación de la *Ley de Actualización Tributaria*.

Tabla 8

Guatemala: recaudación esperada y gasto tributario esperado (2012-2013)				
Como porcentaje del PIB				
Descripción	Impuestos directos		Impuestos indirectos	
	2012 ^{v/}	2013 ^{pa/}	2012 ^{v/}	2013 ^{pa/}
Recaudación esperada	3.49	4.38	7.66	7.47
Gasto tributario	5.97	2.20	2.09	2.11

^{v/} vigente a septiembre; ^{pa/} presupuesto aprobado.

Fuente: Icefi/Unicef, con base en estadísticas del Minfin.



©UNICEF/Claudio Versiani

Existe dificultad en reducir incentivos y exoneraciones innecesarias debido a la existencia de «derechos adquiridos» por algunas empresas. Afortunadamente, los convenios internacionales en materia de comercio han acordado eliminar cualquier tipo de privilegio fiscal para las empresas a partir de 2015, lo que podría dar pie a hacer los cambios necesarios en esta materia. Al respecto, según estudios realizados,⁸⁸ se estima que el Estado podría recibir entre un 0.8 y un 1.0% del PIB adicionales a lo que se ha logrado gracias a la entrada en vigencia de la *Ley de Actualización Tributaria*.

Aumento del impuesto al valor agregado

El IVA es un impuesto que no aporta mucho a la construcción de una carga tributaria globalmente progresiva, más bien se trata de un impuesto de carácter regresivo (paga más quien tiene menos). Sin embargo, es un impuesto de fácil recaudación y sus incrementos pueden convertirse en ingresos preasignados para el combate a la mortalidad materna, de la misma forma que el IVA-Paz, ya que esto permitiría que el aumento de la carga tributaria fuese utilizado íntegramente para este fin.

La utilización de esta medida requeriría continuar avanzando en otras reformas que permitan su mejor fiscalización, así como la aplicación de mejores controles contra la evasión y elusión. En el ejercicio actual, se proyecta un aumento gradual en la tasa del IVA de un 2%, que podría iniciar en 2013 con un incremento de 0.5% y que sube en la medida en que aumenten las necesidades

de financiamiento de las intervenciones desarrolladas en este documento. Con esta gradualidad, el IVA podría aumentar los ingresos del Estado entre un 0.16 y un 0.63% del PIB en el horizonte proyectado.

Fortalecimiento administrativo

La movilización de recursos para financiar las metas de combate a la mortalidad materna debe complementarse con programas antievasión, acompañados de un mejoramiento permanente de la efectividad de la administración tributaria. La persecución y el combate de los delitos tributarios aumentan la responsabilidad ciudadana. La aprobación de la *Ley de Antievasión II* y la continua mejora de los mecanismos de eficiencia, eficacia y fiscalización podrían suponer un incremento de los ingresos tributarios de entre un 0.06 y un 0.2% del PIB en los próximos años.

Endeudamiento público y cooperación internacional

El endeudamiento público puede constituir una fuente inicial de financiamiento, mientras se ajusta la política fiscal y, en particular, la política tributaria. Por otro lado, la comunidad internacional podría plegar todos sus esfuerzos o la mayor parte de ellos a la prevención de muertes maternas en Guatemala.

El presente ejercicio revela muchas formas de movilizar recursos para el financiamiento de mejoras en el sistema de salud. Sin embargo, las estimaciones técnicas no

88 Icefi (2007). Más y mejor educación en Guatemala (2008-2021). ¿Cuánto nos cuesta? Preparado para el Proyecto Diálogo para la Inversión Social en Guatemala, Guatemala.



©UNICEF/Rolando Chews

son suficientes para generar cambios en materia política. Es urgente que las y los ciudadanos de Guatemala se comprometan con la impostergable necesidad de enfrentar

la mortalidad materna que pone en un alto riesgo de vulnerabilidad a niños y niñas que quedan desprotegidos ante la ausencia de su progenitora.

Tabla 9

**Posibles mecanismos para la movilización de recursos,
como porcentaje del PIB de cada año**

Concepto	2013	2014-2015	2016-2017	2018-2019	2020-2022
Brecha a financiar	0.32	0.62	1.25	1.54	1.70
Reducción de exenciones	0.40	0.50	0.60	0.80	0.80
Aumento del ISR (7-9%)	0.20	0.20	0.30	0.60	0.60
Aumento del IVA (13-14%)	0.16	0.31	0.32	0.47	0.63
Fortalecimiento administrativo	0.06	0.10	10.00	0.10	0.20
Endeudamiento público y cooperación internacional	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15

Fuente: Icefi/Unicef, según estimaciones propias.

CONCLUSIONES

1. Guatemala cuenta con una legislación vigente, normativas y políticas públicas adecuadas y suficientes para respaldar acciones que permiten la reducción de la mortalidad materna.
2. Las intervenciones de probada eficacia para la reducción de la mortalidad materna tienen como condición, suficiente y necesaria, la presencia de servicios accesibles del primero y segundo nivel de atención en salud, actuando en una red integrada y con competencia funcional.
3. En el país ya se desarrollan las intervenciones que han demostrado su costo-efectividad y eficacia en reducir las muertes maternas; no obstante, la velocidad e intensidad con la que actúan y los resultados que se obtienen son inaceptables desde el punto de vista ético y técnico.
4. Los principales obstáculos para la falta de efectividad de estas intervenciones son: falta de disponibilidad de servicios del primer nivel; carencia de recursos humanos capacitados para llevar a cabo las intervenciones; fragmentación de los servicios.
5. La brecha de establecimientos del primer nivel es de una dimensión tal que no permite realizar las acciones sustantivas para la reducción de la mortalidad materna, por lo cual es imperativo establecer y cerrar las brechas de infraestructura.
6. La disponibilidad de los servicios del segundo nivel de atención en salud (CAP y Caimi) es adecuada y su expansión debe ir de la mano con la expansión de los servicios del primer nivel.
7. El verdadero reto para el segundo nivel de atención en salud es conseguir que los establecimientos que ya existen logren ser funcionales, lo que implica dotarlos de personal, insumos y equipo.
8. La falta de recursos humanos es de tal magnitud que no permite el adecuado funcionamiento de la red actual, lo que plantea el reto de cerrar la brecha y, de manera concurrente, expandir los servicios con su respectivo personal.
9. Un problema muy importante en cuanto a la dotación de recursos humanos es la dificultad de contratar y lograr la retención del personal profesional que se requiere para los

establecimientos del segundo nivel de atención en salud. Por ello, es necesario desarrollar un sistema de incentivos (bono de ruralidad y rotaciones periódicas, por ejemplo) para lograr tal cometido.

10. La fragmentación de la atención reflejada en un inadecuado sistema de comunicación y referencia entre servicios es una dificultad mayúscula que necesita ser resuelta.
11. No hacer el esfuerzo por expandir los servicios del primero y segundo nivel de atención en salud y hacerlos funcionales para la implementación de la estrategia de reducción de la mortalidad materna implica incumplimiento y violación de la Ley de Maternidad Saludable.
12. El sistema de información actual tiene importantes limitaciones para poder realizar un adecuado monitoreo y evaluación de las intervenciones.
13. Existe poca participación comunitaria en los aspectos relacionados con las muertes maternas, en el sentido de que no se articulan demandas hacia el Estado para hacer cumplir sus derechos.
14. Existe poco involucramiento de los gobiernos locales en las estrategias dirigidas a la reducción de las muertes maternas y accesibles. Aproximadamente 1.3 millones de niñas y niños guatemaltecos menores de 5 años, es decir, cerca del 50% de la población, sufre desnutrición crónica. Cada día nacen en Guatemala cerca de 1,200 niños y niñas, de éstos muere uno cada 30 minutos por causas en su mayoría prevenibles y relacionadas con el hambre.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer y recuperar los servicios públicos del primero y segundo nivel de atención en salud constituye la alternativa más viable para poder cumplir con el Objetivo del Milenio de reducción de la mortalidad materna y con lo comprometido en el Pacto Hambre Cero, que incluye la reducción de las muertes maternas e infantiles.
2. Invertir en recuperar y fortalecer el primero y segundo nivel de atención pública de la salud provee una importante fortaleza al MSPAS para poder generar confianza pública y cumplir con su mandato de garantizar el derecho a la salud.
3. Invertir en desarrollar las capacidades del sistema de información de salud, de manera que sean posibles el monitoreo y la evaluación constante de las intervenciones.
4. Es necesario desarrollar un plan institucional para la implementación de la expansión de la infraestructura de los servicios del primero y segundo nivel de atención en salud, lo cual debe ser parte integral de las discusiones del presupuesto del año 2014.
5. El plan debe contemplar, además, una política de desarrollo de los recursos humanos, de tal manera que se pueda formar, contratar, capacitar y retener a los profesionales adecuados para la implementación de las estrategias que permitan la reducción de la mortalidad materna.
6. Debe integrarse en el presupuesto regular del MSPAS el rubro de mantenimiento de los servicios, para asegurar así su sostenibilidad física y funcional en el tiempo.
7. Desarrollar políticas que permitan el involucramiento activo de los gobiernos locales y las comunidades organizadas en el esfuerzo por reducir las muertes maternas.
8. Desarrollar políticas integrales que permitan que los esfuerzos por la reducción de las muertes maternas sean considerados en un espectro más amplio de desarrollo social, incluyendo la mejora de las condiciones de vida y la reducción de la pobreza.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
Caimi	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CAP	Centro de Atención Primaria
CDESC	Comité de Derechos Económicos y Culturales
Cenapas	Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios
Cepal	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIE10	Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas de Salud, 10a edición
CMPMS	Comisión Multisectorial para la Maternidad Saludable
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
ENMM	Estudio nacional de mortalidad materna
Ensmi	Encuesta nacional de salud materno infantil
Icefi	Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales
IGN	Instituto Geográfico Nacional
Igss	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISR	Impuesto sobre la renta
IVA	Impuesto al valor agregado
Mineduc	Ministerio de Educación
Minfin	Ministerio de Finanzas Públicas
MIS	Modelo Incluyente de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OIT	Organización Mundial del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
Osar	Observatorio de Salud Reproductiva
PEC	Programa de Extensión de Cobertura

PIB	Producto interno bruto
PNC	Policía Nacional Civil
PP	Partido Patriota
Ramos	Reproductive Age Mortality Survey
Renap	Registro Nacional de las Personas
RMM	Razón de mortalidad materna
SAT	Superintendencia de Administración Tributaria
SBS	Secretaría de Bienestar Social de la Presidencia
Segeplan	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia
Sesan	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
Siaf	Sistema Integrado de Administración Financiera
Sias	Sistema Integral de Atención en Salud
Sicoin	Sistema de Contabilidad Integrada
Siges	Sistema Informático de Gestión
Sigsa	Sistema de Información Gerencial en Salud
Sinit	Sistema Nacional de Información Territorial
Sosep	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente
Svet	Secretaría Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas
TMM	Tasa de mortalidad materna
UNE	Unidad Nacional de la Esperanza
Unicef	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (por sus siglas en inglés)
Unfpa	Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
URNG	Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca
Usac	Universidad de San Carlos de Guatemala
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adam, T., et al. (2005). «Cost effectiveness of strategies for maternal and neonatal health in developing countries». *British Journal Medical*. Vol. 331, núm. 1107, p. 7.
2. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. París, Francia.
3. _____ (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
4. Asamblea Nacional Constituyente (1986). *Constitución Política de la República de Guatemala*. Guatemala.
5. Benavides, B. (2002). «Reducción de la mortalidad materna en Perú, ¿por dónde empezar?». *Anales de la Facultad de Medicina*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, vol. 63, núm. 1.
6. Campell, O.M. and Graham, W.J. (2006). «Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works». *Lancet* 2006; 368: 1284-99.
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Cepal (2007). Informe de la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Quito, 6 al 9 de agosto.
8. _____ (2010). Informe de la Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Brasilia, 13 al 16 de julio. Icfi/Unicef (2010). *Análisis del presupuesto 2011 enfocado a la niñez y la adolescencia*. Serie ¡Contamos! Boletín número 2. Noviembre.
9. Congreso de la República de Guatemala (1997). *Código de Salud*. Decreto 90-97. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Segeplan (2010). «Estudio nacional de mortalidad materna 2007». Informe preliminar.
10. _____ (1999). *Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer*. Decreto 7-99. Guatemala.
11. _____ (2001). *Ley de Desarrollo Social*. Decreto 42-2001. Guatemala.
12. _____ (2004). *Ley del Impuesto sobre la Distribución de Bebidas Alcohólicas Destiladas, Cervezas y Otras Bebidas Fermentadas*. Decreto 21-04. Guatemala.

13. _____ (2005). *Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva*. Decreto 87-2005. Guatemala.
14. _____ (2008). *Ley contra el Femicidio y otras Formas de Violencia contra la Mujer*. Decreto 22-2008. Guatemala.
15. _____ (2010). *Ley de Maternidad Saludable*. Decreto 32-2010. Guatemala.
16. CESR/Icefi (2009). *¿Derechos o privilegios? El compromiso fiscal con la salud, la educación y la alimentación en Guatemala*. Guatemala/España.
17. Danel, Isabella. (1998). «Maternal Mortality Reduction, Honduras, 1990-1997: A Case Study». Centers for Disease Control and Prevention. Report prepared for the World Bank. Atlanta, GA.
18. Egyptian Ministry of Health and Population (2000). «Egypt National Maternal Mortality Study 2000». USAID, JSI.
19. Estrada, Gustavo (2011). Insumos para la Nota sectorial de Salud. Banco Interamericano de Desarrollo, BID. Mimeo.
20. Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa, 2011). Kits interinstitucionales de salud reproductiva para situaciones de emergencia. 5ª edición. Nueva York, Estados Unidos de América.
21. Fort, M., et al. (2011). «Implementation and progress of an inclusive primary health care model in Guatemala: coverage, quality, and utilization». *Revista Panameña de Salud Pública*, 30(3).
22. Freyermuth-Enciso, G. y Cárdena, Rosario (2009). «Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas mediante las estrategias RAMOS y RAMOS modificada». *Salud pública. México*, vol. 51(6): 450-457.
23. Hernández, Lucrecia (2010). *Ajustes, reforma y resultados: las políticas de salud de Guatemala 1985-2010*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. Guatemala.
24. Hogan, M., et al. (2010). «Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5». *The Lancet*, volume 375, issue 9726, pages: 1609-1623.
25. Icefi/Unicef (2012). *El remedio de nuestros males. Un análisis sobre los mecanismos, costos y formas de financiamiento para mejorar el sistema de salud pública en Guatemala, 2012-2021. ¡Contamos! Boletín núm. 6*. Guatemala.
26. Mahmoud, Fathalla (2009). «Global maternal mortality fact sheet». The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood.
27. Maine, D., et al. (1996). «Why Did Maternal Mortality Decline in Matlab?». *Studies in Family Planning*, vol. 27, 4. Pages: 179-87. New York, USA.
28. Médicos Mundi Navarra (2008). Del dicho al hecho, los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Guatemala.
29. Mesa-Lago, Carmelo (2005). «Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social». Cepal/GTZ: documentos de proyectos núm. 63, 351 pp. Naciones Unidas, Santiago de Chile.

30. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, 2010). *Normas de atención en salud integral para el primero y segundo nivel*. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas (DRPAP), Guatemala.
31. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, 2010). *Plan de acción para la reducción de la mortalidad materna neonatal y mejoramiento de la salud reproductiva 2010-2015*. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas (DRPAP), Programa Nacional de Salud Reproductiva, Guatemala.
32. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS, 2012). Diagnóstico nacional de salud. Guatemala.
33. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadística (INE)/Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) (2010). *V Encuesta nacional de salud materno infantil 2008/2009*. Guatemala.
34. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social / Programa Nacional de Salud Reproductiva (2011). *Guía para la implementación de la atención integral materna y neonatal, calificada con enfoque de género y pertinencia cultural en los servicios institucionales de atención de parto*. Primera revisión, 2ª edición. Guatemala.
35. Núñez, Rosa María (2004). *Detección de eslabones críticos para la prevención de la muerte materna*. Secretaría de Salud de México. México.
36. Organización de las Naciones Unidas (1975). I Conferencia Mundial del Año Internacional de las Mujeres. México, 9 de junio al 2 de julio.
37. _____ (1980). II Conferencia Mundial de la Década de las Naciones Unidas para las Mujeres: Igualdad, Desarrollo y Paz. Copenhague, 4 al 30 de julio.
38. _____ (1985). III Conferencia Mundial para el Examen y Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para las Mujeres: Igualdad, Derecho y Paz. Nairobi, 15 al 26 de junio.
39. _____ (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo, 5 al 13 de septiembre.
40. _____ (1995). IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Beijing, 4 al 15 de septiembre.
41. _____ (2000a). *Mujer 2000: Igualdad de Género, Desarrollo y Paz en el Siglo Veintiuno*. Nueva York, del 5 al 9 de junio.
42. _____ (2000b). *Cumbre del Milenio*. Nueva York, Estados Unidos de América.
43. _____ (2005). *Revisión de Beijing: Beijing + 10*. Nueva York, Estados Unidos de América.
44. _____ (2011). «Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, señor Anand Grover». Misión a Guatemala. Marzo. A/HRC/17/25/Add.2.
45. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra, Suiza.

46. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). *Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*. Ginebra, Suiza.
47. ————— (2010). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Conexos con la Salud 10*. Ginebra, Suiza.
48. Observatorio de Salud Reproductiva (Osar, 2012). «Parto en niñas y adolescentes en Guatemala, una deuda social en Guatemala». Guatemala.
49. Salfoudin, A. Quinfen, L., et al. (2012). «Maternal death averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries». *Lancet* 2012; 380: 111-125.
50. Segeplan/MSPAS (2011a). *Estudio nacional de mortalidad materna 2007*. Guatemala, Serviprensa, 118 pp.
51. TUFHWomen and HealthTaskforce (2006). «Safe Motherhood: social, economic, and medical determinants of maternal mortality». *Women and Health Learning Package*. Lancet, vol. 368.
52. Unicef (2012). Estrategia de Unicef en América Latina y el Caribe para Contribuir a la Reducción de la Morbimortalidad Materna, Neonatal e Infantil, 2011-2015. Sección de Salud y Nutrición. Panamá, República de Panamá.
53. Van Lerbergue, W. y De Brouwere, V. (2001). «Callejones sin Salida y logros: lecciones de la historia sobre la reducción de la mortalidad materna». *Studies in Health Services Organization & Policy*.
54. Vega, J. Solar, O. y Irwim, A. (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud.
55. Women's Commission for Refugee Women and Children (2005). *Guía práctica para incorporar sobre el terreno la atención obstétrica de emergencia en los programas humanitarios*. New York, U.S.A.
56. World Health Organization (2012). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates*. Geneva, Switzerland.
57. World Health Organization, Maternal Health and Safe Motherhood Programme. (1994). *Mother Baby Package: implementing safe motherhood in countries*. Geneva, Switzerland

ANEXOS

Tabla 10		Matriz de Intervenciones Propuestas para el Primer Nivel de Atención 2013-2022 Cifras en millones de quetzales																	
Eje	Programa	Descripción	Institución rectora	Beneficiarios	Beneficios	2013	Cobertura 2018	2022	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Recursos humanos	Contratación de personal calificado, formación y capacitación en el trabajo	Cuantificación de demanda de recurso humano, remuneraciones, formación y capacitación del Equipo de Apoyo de Primer Nivel de Atención en Salud y de las auxiliares de enfermería comunitarias	MSPAS, Onsec, Minfin	Mujeres en edad reproductiva de los 8 departamentos priorizados	Recurso humano capacitado y disponible para la atención del primer nivel de la salud	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva	Aproximadamente 2,014,498 mujeres en edad reproductiva	55.5	111.2	154.5	230.7	315.1	442.7	547.5	641.0	737.0	1 844.9	
	Gastos de funcionamiento y mantenimiento para el primer nivel de atención	Costos asociados con el funcionamiento del primer nivel de atención que incluyen: combustible, mantenimiento, papelería y útiles y uniformes, entre otros	MSPAS	Mujeres en edad reproductiva de los 8 departamentos priorizados	Insumos asegurados para el buen funcionamiento del primer nivel de salud	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva	Aproximadamente 2,014,498 mujeres en edad reproductiva	20.4	39.8	53.3	83.0	117.3	162.8	199.6	232.6	265.6	297.4	
Infraestructura y equipamiento	Construcción de establecimientos del primer nivel de atención, remozamiento y equipamiento de puestos de salud	Estimación de costos de construcción de puestos de salud y su equipamiento, así como remozamiento de puestos de salud existentes en la red de servicios y su equipamiento	MSPAS, Minfin, Segeplán, Micivi	Mujeres en edad reproductiva de los 8 departamentos priorizados	Infraestructura apropiada para la prestación de servicios de salud y ubicada estratégicamente para el beneficio de la población objetivo	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva	Aproximadamente 2,014,498 mujeres en edad reproductiva	66.5	76.1	55.7	116.2	127.3	193.0	174.2	147.4	140.9	173.9	
Medicamentos	Dotación de medicamentos en servicios del primer nivel de atención en salud	Provisión de medicamentos para la atención de servicios de salud de primer nivel con base en las normas de atención del MSPAS	MSPAS	Mujeres en edad reproductiva de los 8 departamentos priorizados	Disminución del gasto de bolsillo para hogares beneficiarios, atención apropiada de la salud	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva	Aproximadamente 2,014,498 mujeres en edad reproductiva	61.3	68.4	74.6	82.6	89.9	100.8	113.1	126.0	141.6	154.9	
Sistema de información	Sistema de información	Sistema computacional de información cuyo objetivo principal es llevar un registro completo de la población con cobertura de los servicios de salud, el cual es compatible con la plataforma del Sigsa	MSPAS	Mujeres en edad reproductiva de los 8 departamentos priorizados	Reportes de población y grupos prioritarios, características del medio, fichas familiares e indicadores de producción	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva	Aproximadamente 2,014,498 mujeres en edad reproductiva	5.7	8.7	10.2	17.2	23.9	32.5	38.9	43.8	48.7	52.3	
Gestión	Monitoreo y evaluación de las acciones emprendidas para la implementación de mejoras en el primer nivel de atención	Sistema de monitoreo y evaluación de indicadores de resultado, de proceso y de insumo; mejora de los procedimientos de creación de plazas para la apropiada contratación del recurso humano necesario; gestión de presupuesto por resultados	MSPAS, Minfin, Onsec, Segeplán	MSPAS e instituciones involucradas en la política de salud del país	Conducción, evaluación y mejora continua en la implementación del Mais en el sistema de salud				5.2	7.6	8.7	13.2	16.8	23.3	26.8	29.8	33.3	38.1	
Totales									214.66	311.81	357.01	542.91	690.36	955.11	1,100.16	1,220.66	1,367.12	1,561.52	

Tabla 11		Matriz de Intervenciones Propuestas para el Segundo Nivel de Atención 2013-2022 Cifras en millones de quetzales																	
Eje	Programa	Descripción	Institución rectora	Beneficiarios	Beneficios	2013	Cobertura 2018	2022	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Recursos humanos	Contratación de personal calificado para CAP y Caimi	Cuantificación de demanda de recurso humano, remuneraciones y bono de ruralidad para Centros de Atención Permanente (CAP) y Centro de Atención Integral Materno Infantil (Caimi)	MSPAS , Onsec, Minfin	Mujeres en edad reproductiva y nacimientos esperados con parto institucional en los 8 departamentos priorizados	Recurso humano capacitado y disponible para la atención del segundo nivel de la salud	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva y 63,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 2,014,498 mujeres en edad reproductiva y 214,469 nacimientos esperados	454.8	503.4	533.0	592.9	652.5	737.6	807.4	876.5	950.7	1,004.6	
	Gastos de funcionamiento y mantenimiento para el segundo nivel de atención	Costos asociados con el funcionamiento del segundo nivel de atención que incluyen: combustible, mantenimiento, papelería y útiles, uniformes y ropa para pacientes, entre otros	MSPAS	Mujeres en edad reproductiva y nacimientos esperados con parto institucional en los 8 departamentos priorizados	Insumos asegurados para el buen funcionamiento del segundo nivel de salud	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva y 63,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 2,014,498 mujeres en edad reproductiva y 214,469 nacimientos esperados	48.5	53.1	55.7	61.4	67.1	76.1	83.2	90.2	98.0	103.5	
Infraestructura y equipamiento	Construcción de establecimientos del segundo nivel de atención, remozamiento y equipamiento de centros de salud	Estimación de costos de construcción y equipamiento de Centros de Atención Permanente (CAP) y Centros de Atención Integral Materno Infantil (Caimi); así como el remozamiento de centros de salud existentes en la red de servicios y su equipamiento	MSPAS, Minfin, Segeplán, Micivi	Mujeres en edad reproductiva y nacimientos esperados con parto institucional en los 8 departamentos priorizados	Infraestructura apropiada para la prestación de servicios de salud y ubicada estratégicamente para el beneficio de la población objetivo	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva y 63,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 2,014,498 mujeres en edad reproductiva y 214,469 nacimientos esperados	44.6	54.3	18.9	77.8	74.9	119.3	105.4	93.8	94.6	78.7	
	Insumos para parto vaginal, cesárea y emergencias obstétricas	Provisión de insumos para la atención de servicios de salud del segundo nivel, con base en las normas de atención del MSPAS	MSPAS	Mujeres en edad reproductiva y nacimientos esperados con parto institucional en los 8 departamentos priorizados	Disminución del gasto de bolsillo para hogares beneficiarios, atención apropiada de la salud	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva y 63,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 2,014,498 mujeres en edad reproductiva y 214,469 nacimientos esperados	21.7	27.4	33.7	40.7	48.6	58.2	68.9	80.9	93.9	108.5	
Sistema de información	Sistema de información	Sistema computacional de información del segundo nivel compatible con la plataforma del primer nivel y cuyo objetivo principal es llevar un registro completo de la población con cobertura de los servicios de salud	MSPAS	Mujeres en edad reproductiva y nacimientos esperados con parto institucional en los 8 departamentos priorizados	Reportes de población y grupos prioritarios, características del medio, fichas familiares e indicadores de producción	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva y 63,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 2,014,498 mujeres en edad reproductiva y 214,469 nacimientos esperados	1.3	1.4	1.4	1.7	1.8	2.1	2.3	2.5	2.6	2.7	
Gestión	Monitoreo y evaluación de las acciones emprendidas para el segundo nivel de atención	Sistema de monitoreo y evaluación de indicadores de resultado, de proceso y de insumo; mejora de los procedimientos de creación de plazas para la apropiada contratación del recurso humano necesario; gestión de presupuesto por resultados	MSPAS, Minfin, Onsec, Segeplán	MSPAS e instituciones involucradas en la política de salud del país	Conducción, evaluación y mejora continua en la implementación del sistema de salud				14.4	16.2	16.3	19.7	21.5	25.3	27.2	29.2	31.8	33.2	
Transporte	Cupones de transporte primario de la casa de habitación hacia el servicio de salud	Corresponde a un estipendio para el pago de transporte para aquellas mujeres con partos complicados	MSPAS	Mujeres embarazadas con probabilidad de parto por cesárea en los 8 departamentos priorizados	Acceso de la población a los servicios de salud del segundo nivel de atención	Aproximadamente 6,543 mujeres embarazadas	Aproximadamente 13,420 mujeres embarazadas	Aproximadamente 20,324 mujeres embarazadas	5.4	6.7	8.2	9.8	11.5	13.7	16.2	18.9	21.9	25.2	
Casa Materna	Hospedaje temporal de mujeres embarazadas que puedan presentar complicaciones en el parto	Sirve de alojamiento a aquellas mujeres que por vivir en lugares inaccesibles necesitan permanecer cerca de los servicios de salud	MSPAS, Micivi y organizaciones comunitarias	Mujeres embarazadas con probabilidad de parto por cesárea en los 8 departamentos priorizados	Provisión de alojamiento para aquellas mujeres que viven en lugares lejanos y pueden presentar complicaciones en el parto	Aproximadamente 6,543 mujeres embarazadas	Aproximadamente 13,420 mujeres embarazadas	Aproximadamente 20,324 mujeres embarazadas	-	0.0	0.0	2.9	3.5	6.0	3.8	4.2	8.4	5.9	
Total Segundo Nivel									590.8	662.5	667.1	806.9	881.5	1,038.4	1,114.4	1,196.3	1,301.9	1,362.5	
Primer Nivel									214.7	311.8	357.0	542.9	690.4	955.1	1,100.2	1,220.7	1,367.1	1,561.5	
Totales									805.5	974.3	1,024.1	1,349.8	1,571.9	1,993.5	2,214.5	2,416.9	2,669.0	2,924.0	
Como porcentaje del PIB									0.19	0.21	0.21	0.26	0.28	0.33	0.35	0.36	0.38	0.40	

Tabla 12		Matriz de Intervenciones Propuestas 2013-2022 Cifras en millones de quetzales																	
Eje	Intervención	Descripción	Institución rectora	Beneficiarios	Beneficios	2013	Cobertura 2018	2022	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
1	Cuidados ante natales y prenatales	Consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos y la provisión de los mismos a mujeres en edad reproductiva. Proveer al menos 4 controles durante el embarazo, procurando la captación temprana, es decir en el primer trimestre. Esta actividad busca proveer consejería en lactancia materna, cuidados del recién nacido, educación sobre signos de peligro, detección de casos de riesgo (falta de progresión en el peso, presencia de edema, hipertensión arterial, proteína en orina, hemorragia, desnutrición), inmunización contra el tétanos, provisión de hierro y ácido fólico.	MSPAS	Mujeres en edad reproductiva y nacimientos esperados con parto institucional en los 8 departamentos priorizados	Reducción de los embarazos no deseados, con lo que se estima que se podría reducir entre un 20 y un 40% de las muertes maternas	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva y 63,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	236.4	339.2	390.7	583.6	739.0	1,013.3	1,169.1	1,301.5	1,461.0	1,670.0	
2	Parto limpio y seguro	Provisión de servicios institucionales para atender partos no complicados pero, a la vez, poder detectar complicaciones y referir a un nivel adecuado para atender emergencias obstétricas. Se realizan intervenciones que previenen la hemorragia y estabiliza a las gestantes con pre eclampsia. El servicio que se prevé para esta intervención es el Centro de Atención Permanente, que permite a las gestantes permanecer cerca de los centros de atención especializados.	MSPAS	Mujeres en edad reproductiva y nacimientos esperados con parto institucional en los 8 departamentos priorizados	La prevención de la hemorragia podría reducir entre un 40 y un 60% el número de muertes maternas	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva y 63,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	524.0	586.7	581.6	688.9	743.9	859.0	942.6	1,004.7	1,061.8	1,113.8	
3	Atención de las emergencias obstétricas	Disponer de servicios con capacidad de resolución quirúrgica para todas las mujeres embarazadas. Requiere la implementación de los Centros de Atención Integral Materno Infantil en lugares estratégicos, de manera que el acceso sea posible, así como las casas maternas que permiten a las gestantes permanecer cerca de los centros de atención especializados.	MSPAS	Mujeres en edad reproductiva y nacimientos esperados con parto institucional en los 8 departamentos priorizados	Coordinado con la atención del parto limpio y seguro, puede evitar cerca del 80% de las muertes maternas	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva y 63,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	39.6	41.6	43.7	67.6	77.4	107.5	86.7	91.7	124.3	114.9	
4	Transporte primario	Mecanismo para asegurar que las madres gestantes tengan disponible el transporte del hogar hacia los servicios.	MSPAS	Mujeres en edad reproductiva y nacimientos esperados con parto institucional en los 8 departamentos priorizados	Cerca del 80% de las muertes por hemorragia ocurren en tránsito, por lo que se necesita asegurar la viabilidad de este servicio	Aproximadamente 144,993 mujeres en edad reproductiva y 63,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	Aproximadamente 1,119,020 mujeres en edad reproductiva y 139,641 nacimientos esperados	5.4	6.7	8.2	9.8	11.5	13.7	16.2	18.9	21.9	25.2	
Totales									805.5	974.3	1,024.1	1,349.8	1,571.9	1,993.5	2,214.5	2,416.9	2,669.0	2,924.0	

Ediciones anteriores



Boletín No. 4

Análisis del costo para erradicar el hambre en Guatemala 2012-2021 “Protegiendo la nueva cosecha”

Guatemala es uno de los países más desiguales del mundo, un ejemplo de ello es que el porcentaje de niñas y niños entre 0 y 5 años de edad que padecen desnutrición es la mitad de esta población, alrededor de 1 millón 300 mil seres humanos. Es el país de América Latina y el Caribe con mayor desnutrición y el sexto a nivel mundial. Pero el promedio nacional de desnutrición crónica (49.8%) oculta aún mayores desigualdades, por ejemplo, el porcentaje de niñas y niños indígenas desnutridos (65.9%) es mayor a la del país con mayor desnutrición del mundo (Afganistán, 59%), pero la situación de la niñez indígena no es mucho mejor (36.2%), ya que está incluso por encima de la media mundial (34%) y más del doble que el promedio latinoamericano (14%).



Boletín No. 3

¿Cuánto hemos invertido en la niñez y adolescencia guatemalteca?

La apuesta de desarrollo que permite a una nación el cumplimiento universal de los derechos humanos y la creación de espacios y oportunidades para que todos los individuos, sin distinción alguna, puedan participar en la vida política, social y económica, es una responsabilidad social en donde la política fiscal constituye uno de los ingredientes más importantes para su logro. A quién se cobran los impuestos, en qué bienes y servicios públicos se traducen y cómo estos satisfacen las necesidades de toda la ciudadanía, son preguntas necesarias en la construcción de una sociedad democrática.



Boletín No 2

Análisis del presupuesto 2011 enfocado a la niñez y la adolescencia

De los 14.4 millones de habitantes registrados en 2010 en Guatemala, 6.95 millones son niños, niñas y adolescentes. De esa cantidad, el 37%, es decir 2.58 millones, son menores de 5 años. Este documento recoge una serie de análisis sobre el presupuesto de 2011 y sus implicaciones para la niñez y adolescencia guatemalteca y permite hacer una reflexión sobre cómo debería de abordarse el tratamiento a este tema.



Boletín No. 1

Sobre la ejecución del presupuesto público de Guatemala orientado a la niñez y adolescencia, al mes de agosto 2010

El estudio adecuado de las políticas encaminadas a disminuir la vulnerabilidad en que se encuentran la niñez y adolescencia guatemalteca es de vital importancia. La construcción de una sociedad con un mayor nivel de desarrollo implica, necesariamente, el respeto a los derechos humanos, de tal forma que todos los niños, niñas y adolescentes sean protagonistas de un proceso incluyente que conlleve a un aumento de su bienestar.

