

Retos y Desafíos en Salud Materna y Educación Integral en Sexualidad

En el año 2015, Guatemala rendirá el informe sobre el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio-ODM, la salud sexual y reproductiva, constituye un elemento indispensable para alcanzarlos.

Informe desde el Observatorio en Salud sexual y Reproductiva OSAR

Guatemala, noviembre del 2011

Salud Materna

La maternidad, tiene la protección del Estado, el que velará en forma especial por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella derivan. La maternidad saludable es una responsabilidad del Estado, puesto que los hijos-as son un bien social. 436 mujeres murieron por causas maternas en el año 2010. (Monitoreo OSAR 2011)

Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes

En el año 2010 fueron atendidos 48,050 partos en adolescentes entre los 10 y 19 años. 5,300 fueron atendidos entre los 10 y 14 años. De enero-agosto del 2011 se reportan 10 partos en niñas de 10 años, 16 partos en niñas de 11 años, 40 partos en niñas de 12 años. (Sigsa MSPAS 2011)

Educación Integral en Sexualidad Humana

La declaración Ministerial "Prevenir con Educación" es el marco de la Estrategia Integral en Educación Sexual EIS. Esta estrategia incluye la apropiación por los equipos de salud y educación locales, la contextualización, la participación de madres y padres.

Nutrición

La desnutrición crónica de menores de 5 años es de 49.8% a nivel nacional y de 65.9% en áreas rurales de población indígena. Adicional, la prevalencia de anemia en menores de 5 años es de 47.6% y en las mujeres en edad fértil 29.1% y en las embarazadas 21.5% (SESAN 2010)

VIH y SIDA

22,647 casos notificados entre 1,984-2010. 21 infecciones por vih por día, 65,701 personas con vih y sida estimadas en el año 2010. La atención integral, la prevención y el financiamiento son los desafíos en Guatemala. (USAID-PASCA 2011)

Planificación Familiar

La planificación familiar es un derecho humano, una acción de salud preventiva, una estrategia para la reducción de la muerte materna-infantil y desnutrición, incrementa el empoderamiento de las mujeres. 3 de cada 10 mujeres no tienen acceso a servicios de PF ENSMI 2008-2009

Situación Actual

En Guatemala, hay importantes avances en el tema de salud sexual y reproductiva, nuevos marcos legales, políticas operativas, involucramiento de la sociedad civil, declaraciones favorables de alto nivel, programas y estrategias para la reducción de la muerte materna, la prevención de embarazos en niñas y adolescentes, la prevención del vih, el acceso a educación integral en sexualidad, entre otros.

El Observatorio en salud sexual y reproductiva OSAR, a tres años de haber iniciado su trabajo en el monitoreo a la implementación de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, en coordinación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realiza el evento "Vigilancia ciudadana y rendición de cuentas" retos y desafíos en Guatemala, con el propósito de evidenciar los avances, resultados y retos institucionales, mostrar las lecciones aprendidas y las estrategias exitosas que han sido implementadas en los últimos años..

Este documento servirá de base, para el proceso de negociación con los partidos políticos, sus

equipos técnicos, el proceso de transición y el plan de los primeros 100 días del nuevo gobierno. Así mismo, es una herramienta para la sociedad civil, para monitorear la implementación de la ley para la maternidad saludable, a través de acciones esenciales concretas, en el marco de la vigilancia ciudadana y la rendición de cuentas.

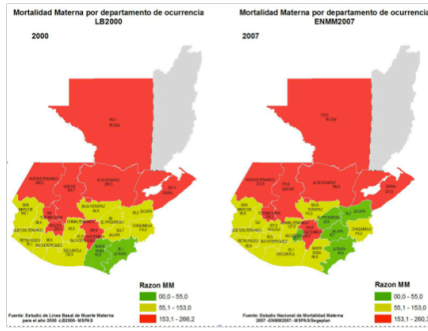
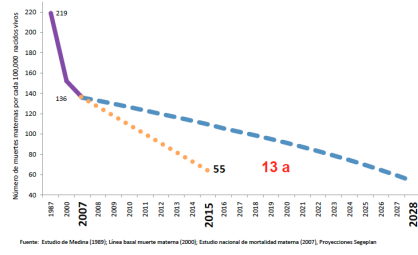


La Educación Integral en Sexualidad (EIS) es un proceso de construcción de conocimientos y habilidades gradual, sistemático, contextualizado, en el marco de derechos humanos, la equidad de género y étnica, con un enfoque laico que

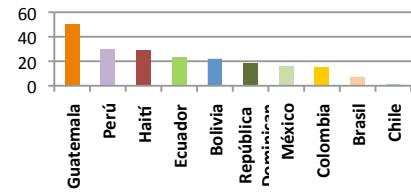
garantice la formación básica a todas las personas centrada en los derechos humanos, el respeto a sus creencias, con metodologías participativas, sin imposición, con información basada en evidencia científica, complemento de la educación en las familias y de la información recibida de diversas fuentes. El Ministerio de Educación ha trabajado en un modelo de gestión que fortalece la apropiación del enfoque en todas las dependencias del Ministerio de Educación, como parte de la implementación curricular, establecido en los ejes transversales, fortaleciendo y ampliando a otras dependencias, de acuerdo con sus funciones. Este modelo ha concretado un marco conceptual y metodológico de carácter general, la contextualización que debe ser realizada por los equipos departamentales, para lo cual deben formarse en la temática y en su aplicación. EL MINEDUC posee una Estrategia integral en sexualidad EIS, que está siendo implementada en 6 departamentos, Chiquimula, Izabal, Chimaltenango, Escuintla, Totonicapán y Alta Verapaz.

Con una razón de muerte materna de 139 mm/100,000 nacidos vivos, (ENMM 2007) el promedio nacional esconde la realidad de 9 departamentos que durante los últimos 15 años, han aportado el 70% de las muertes maternas. El 80% de estas muertes son prevenibles. La hemorragia ocupa el primer lugar como causa de muerte materna (53%) seguido de infecciones e hipertensión. El 60% de las muertes maternas se da en los hogares.

Proyección de tendencia de la razón de mortalidad materna y año en el cual se alcanzaría la meta



Desnutrición Crónica en Latinoamérica
Datos 2003-2008



Maternidad saludable

La maternidad saludable en Guatemala, es una utopía para muchas mujeres. En el año 2010 fallecieron 436 mujeres, el 80% de estas muertes pudieron evitarse, eran prevenibles. El estudio nacional de muerte materna-ENMM del 2007 reporta una Razón de Mortalidad Materna-RMM de 139/100,000 nacidos vivos, aunque ha descendido en relación a la medida en el año 2000 (153), la velocidad de descenso es muy lenta, de 1.2% anual según cifras nacionales y 1.7% por estimaciones de la OMS.

La RMM es la tercera más alta de la región latinoamericana, sólo superada por Haití y Bolivia; y la tendencia al descenso es inferior a la de los dos países mencionados, así como al promedio de América Latina. Si esta tendencia no se modifica, Guatemala estará lejos de poder cumplir con el Objetivo del Milenio 5, el cual establece que debe haber una disminución de la RMM en un 75%, entre 1990 y 2015, para lo cual era necesario tener una reducción anual del 5.5%, a partir de 1990.

Desde hace 15 años, la mortalidad materna se concentra en 7 departamentos del país, Huehuetenango, Alta Verapaz, Solola, Quiché, San Marcos, Totonicapán y Petén, los que tienen los más elevados niveles de pobreza, ruralidad y población indígena, baja escolaridad y alta fertilidad. La coincidencia de estos "factores de riesgo" no es casual, sino que consecuencia de las deterioradas condiciones de vida que tales poblaciones tienen, causadas por una amplia dispersión de la pobreza, producto del inequitativo acceso a los recursos para la salud y el desarrollo humano, situaciones históricas de exclusión y discriminación social, económica y étnica, que persisten en la actualidad.

la hemorragia es la primera causa de muerte materna en Guatemala, a nivel hospitalario el trastorno hipertensivo asociado al embarazo. Cuando las defunciones ocurren en la casa, un poco más de la mitad (52.3%) son debidas a hemorragia; y cuando son en tránsito, el porcentaje por esta causa sube a 87.1%. La muerte por causa infecciosa tiene su mayor frecuencia en la casa, donde constituye el 21.4% de todas las muertes, seguida por la muerte en servicios de segundo nivel, con 17.2%.

El 53.1% de las defunciones ocurren en las primeras 24 horas después del parto, lo que identifica a un grupo con alto riesgo de muerte

relacionada al parto; y un período de tiempo que es crítico para que los servicios de salud desarrollen las medidas adecuadas para evitar la muerte de la madre.

fecundidad en el área rural es de 4.2 y la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar es de 25.4%.

Avances en Maternidad Saludable

Estrategia de reducción de muerte materna 2010-2015

Guía de atención materno neonatal con pertinencia cultural y género.

Lineamientos para la prestación de servicios de planificación familiar

Protocolo de vigilancia de la mujer embarazada, mujeres en edad fértil, muertes maternas y su análisis a través de los eslabones críticos.

Acuerdo ministerial que declara de notificación obligatoria la muerte materna y muerte neonatal.

Los embarazos con un espaciamiento menor de 2 años se asocian a una prevalencia de desnutrición de 60.6%. La paridad, es otro facto, a partir del 4to hijo la desnutrición se incrementa en un 60%.

Existen muchas adolescentes desnutridas, que inician en este estado un embarazo. A partir del inicio del embarazo hay 1000 días críticos para prevenir la desnutrición. De los 3-5 meses se produce un 23.5%; de los 6-11 meses un 33.5% y de los 12 -23 meses un 52.3%. Los controles institucionales y alimentación complementaria, son fundamentales en este período para un control de talla, peso y la atención integral de madre-niño, niña.

La educación de la madre es clave para, el estado nutricional de los menores. A mayor educación menor desnutrición.

El analfabetismo de las mujeres indígenas de 15-49 años oscila entre 28.1%-41.9%.

Desnutrición

La situación nutricional de la población se ve condicionada por los efectos de la crisis económica y de alimentos a nivel mundial; a nivel nacional, por las condiciones de pobreza, la condición de las mujeres y la capacidad de respuesta del Estado, las emergencias climáticas, condicionan la disponibilidad y acceso de la población a los alimentos.

La desnutrición crónica de menores de 5 años es de 49.8% a nivel nacional y de 65.9% en los departamentos con mayoría de población indígena. Adicional a la desnutrición crónica, la prevalencia de anemia en menores de 5 años es de 47.6% y en las mujeres en edad fértil 29.1% y en las embarazadas 21.5% .

La estatura promedio de las mujeres es de 148 centímetros. Los riesgos en el embarazo y parto ocurren con una talla de 145 cm y existe una relación con el bajo peso al nacer. El 31.2% de las mujeres de 15-49 años están por debajo de la talla crítica. En la población indígena la talla promedio de las mujeres es de 145 cm. La cobertura de atención del parto es solo del 29.2%. La tasa de



El 34.8% de hogares indígenas con mujeres en edad reproductiva pertenecen al quintil económico más bajo.

Los esfuerzos de focalización y territorialidad en las políticas públicas de nutrición, se centran en mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud y del sistema educativo a fin de incorporar y retener dentro de la escuela a las mujeres de mayor pobreza, del área rural y de las poblaciones indígenas.

Educación Integral en Sexualidad Humana

En agosto del 2008, Durante la Primera Reunión de Ministros de Educación y Salud para detener la propagación del VIH y sida en América Latina y el Caribe, se suscribió la declaración ministerial Prevenir con Educación (DM) donde los funcionarios se comprometieron a incluir la educación sexual en el programa escolar de la región, Guatemala participó y firmó esta declaración.

Los compromisos principales asumidos en la declaración:

En el 2015, se habrá reducido en 75% la brecha en el número de escuelas que actualmente no han institucionalizado la educación integral en sexualidad, para los centros educativos.

Para el año 2015, se reducirá el 50% la brecha en adolescentes y jóvenes que actualmente carecen de cobertura de servicios de salud para atender apropiadamente sus necesidades de salud reproductiva.

¿Qué es la educación integral en sexualidad? El proceso constante de formación e intercambio de valores, conocimientos, comportamientos, que incorporan y transforman las relaciones entre hombres y mujeres dentro de un contexto social y cultural determinado (Rodríguez y colaboradores, 1993).

La educación integral en sexualidad científica y laica es un derecho humano, reconocido por el Estado de Guatemala. La sexualidad como parte fundamental de las personas va más allá de la mera corporalidad o genitalidad. Por ello debe ser vista desde una mirada integral, holística, científica y veraz que aborda de manera positiva la expresión libre y responsable de la sexualidad, tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las personas en las culturas y tiempos históricos determinas.

Carta Prevenir con Educación Establece el marco de coordinación y cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la implementación y fortalecimiento de estrategias de EIS, promoción de SSR y prevención del vih-sida.

Beneficios de la Educación Sexual

Tomar decisiones informadas y responsables sobre su cuerpo y su sexualidad.

Retrasar el inicio de las relaciones sexuales y con menor número de parejas.

Incorporan comportamientos preventivos de embarazos no deseados, utilizan métodos anticonceptivos y otras prácticas de prevención de embarazos.

Usan condón y presentan menor riesgo las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y sida

Aclarar los valores personales, acordes con su formación y expectativas de vida

Contribuir a la equidad entre los géneros

Mejora la comunicación con familiares y pareja y tienen relaciones afectivas más estables y felices

Alcanzar más y mejores metas personales y sociales

Contribuye a la prevención de la violencia sexual y abuso sexual.

Los vínculos entre maternidad temprana y pobreza deben considerarse en dos sentidos. Por una parte, la maternidad en la adolescencia obstaculiza la continuidad escolar de las mujeres y reduce las oportunidades de inserción laboral en condiciones que permitan generar los recursos necesarios para su desarrollo y el de su familia.; de ahí que la reproducción durante la adolescencia esté considerada entre los eslabones de la reproducción intergeneracional de la pobreza. Por otra parte, la condición de pobreza suele significar ausencia de oportunidades y limitaciones para la construcción de proyectos de vida distintos a la maternidad, como destino único de la mujer. 1

Algunos autores también relacionan los embarazos de las adolescentes “con el ejercicio del poder, la construcción de la masculinidad y con la percepción que las adolescentes tienen de sí mismas y de su vida futura”.

Dentro de los datos relevantes aportados por la ENSMI 2008-9:

-67% de las mujeres de 15 a 24 años, tuvieron su primera relación sexual antes de los 18 años.

-El acceso a educación sexual es limitado especialmente para las adolescentes sin educación.

-Las mujeres de 15 a 24 años sin educación, solamente 3.5% habían recibido charlas o cursos de educación sexual. Entre las mujeres con educación primaria y secundaria estos porcentajes fueron de 34% y 92% respectivamente.

-El grupo de mujeres de 15 a 24 años que tuvieron su primera relación sexual antes de los 13 años, el 41% vivían en unión o estaban casadas con la pareja con la que tuvieron su primera relación sexual. En el 30% de los casos su pareja era un familiar, en un 31%, la pareja de la adolescente tenía 20 o más años de edad.

Los hijos-as de las mujeres de menos de 20 años tienen un mayor riesgo (34% más alto) de muerte durante el período neonatal (International Family Planning Perspectives, 2006, 32

-El 64% de las mujeres entre 10-19 años unidas, no utiliza métodos de planificación familiar (Sala situacional salud reproductiva)

El impacto en morbilidad y mortalidad del embarazo en adolescentes es muy alto. Constituyen un grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal por definición. El embarazo en una adolescente de 14 años o menos, es una situación de alta prioridad que debe ser atendida con servicios integrales, de alta calidad y adaptado a las necesidades específicas de este grupo de edad. .

El enfoque integral para la prevención del embarazo en niñas y adolescentes y la prevención del abuso sexual, debe tener en cuenta a las adolescentes, la familia, y los Poderes Ejecutivo (sistemas de salud y educación), Legislativo y Judicial, para lograr la atención basada en derechos humanos de estas madres.

Embarazo en Niñas y Adolescentes

El embarazo en menores de 15 años y la violencia sexual como determinante del embarazo, son problemas de salud pública y de derechos humanos; esta agresión contra las niñas y adolescentes provoca serias consecuencias físicas, mentales y sociales, así como graves secuelas en su vida. La maternidad en la adolescencia, representa un problema socio-sanitario. Es considerada un indicador de desarrollo y es síntoma de múltiples problemas sociales. Se encuentra vinculada a problemas de pobreza, falta de educación, inequidad de género, violencia sexual, contextos familiares adversos y vulneración de los derechos.

En Guatemala, un estudio efectuado por la Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas (2008), revela las características de los embarazos en adolescentes (10-17años): el 40% son madres solteras, el 60% no asisten a la escuela, el 50% se desempeña en la economía informal.

En el año 2010, el Sistema Gerencial de información en Salud -SIGSA del MSPAS reportó 47,559 partos atendidos entre adolescentes de 10 y 19 años, de estos 5,300 fueron en menores de quince años. Departamentos como Huehuetenango, Alta Verapaz, San Marcos, Escuintla y Retén, reportan el mayor número de partos en adolescentes. El sistema de información SIGSA permite captar partos, no así el número de embarazos en adolescentes.

Retos y Desafíos 2012-2015

El gran desafío en esta época de cambios políticos es garantizar la sostenibilidad de las acciones y estrategias exitosas que se han realizado en los últimos años a favor de la salud sexual y reproductiva y seguir fortaleciendo la reducción de la muerte materna como prioridad política. Acciones de Política

Procesos de focalización de territorios, priorización de poblaciones vulnerables, coordinación y trabajo intersectorial, participación de la comunidad en los procesos de planificación, implementación y rendición de cuentas y el aseguramiento del financiamiento para estos programas, debe ser la base del desarrollo de las estrategias encaminadas al logro de los objetivos de desarrollo del milenio.

Para Guatemala, el avance en Educación integral en sexualidad, representa la oportunidad de trabajar en el cambio de comportamiento acceso de la comunidad educativa (escuela, padres y madres, grupos sociales) a desarrollar su modelo de educación sexual, contando con una base teórica común, pero permitiendo la apropiación y contextualización local, lo cual garantiza la sostenibilidad de los procesos.

En un país desfinanciado como lo es Guatemala, es imprescindible contar con los recursos asignados y específicos, protegidos dentro del presupuesto del Estado que garanticen el recurso humano competente y capacitado, los insumos médicos, el ambiente habilitante para cumplir con los resultados.

Cumplimiento del marco legal, como ejemplos la Ley de Desarrollo Social, Ley de Planificación Familiar, Ley de Maternidad Saludable, Decreto de subvención del fondo mundial para la respuesta del Estado a la malaria, tuberculosis y vih sida. Evidenciar a través de planes y acciones concretas, la responsabilidad del Ejecutivo en su implementación.

Publicación del Reglamento de la Ley para la Maternidad Saludable Decreto 32-2010, el cual define el marco para la implementación de esta Ley.

Coordinación de la cooperación internacional según la Declaración de París y Accra, la capacidad del país de adoptar las nuevos modelos de cooperación, la visibilización de la pertinencia cultural y perspectiva de género como ejes transversales de todos los programas.



Acciones Estratégica

Fortalecer la institucionalidad de la respuesta, transparencia y rendición de cuentas de las instituciones del Estado.

Fortalecer los sistemas de información para realizar medición de resultados, impacto de las acciones y rendición de cuentas en base a indicadores y medición de gasto.

Promover la atención del parto institucional con atención calificada en todos los niveles, que garantice el adecuado manejo del tercer período, para reducir la hemorragia post-parto y la sepsis puerperal.

Garantizar el llenado correcto y completo de los expedientes clínicos en los servicios de atención públicos y privados y el uso de instrumentos e intervenciones normadas en los protocolos de atención.

Apoyar el trabajo de los grupos comunitarios de apoyo para identificar casos de alto riesgo y ejercer la vigilancia comunitaria de la salud y muerte materna, en un trabajo conjunto entre el MSPAS, municipalidades, organizaciones no-gubernamentales y otras instituciones y grupos organizados.

Efectuar acciones intersectoriales y sectoriales para la reducción de las "4 demoras" en la atención del parto en Guatemala, con prioridad en las mujeres de áreas rurales e indígenas.

Priorizar acciones y enfoques en grupos de mayor vulnerabilidad que ayuden a contener la epidemia del vih y sida.

Dar continuidad a la implementación del Plan Estratégico Nacional de vih y sida 2010-2015 que representa el consenso de sectores de la población

Incorporar programas sobre Educación integral de la sexualidad humana en el sistema educativo público y privado del país. En las comunidades donde la cobertura escolar es baja, es necesario identificar métodos alternos e innovadores para desarrollar estos programas.

Extender y fortalecer los servicios integrales de salud sexual y reproductiva diferenciados para adolescentes, atendidos por personal capacitado que brinde servicios amigables, que incluya información y acceso a métodos de planificación familiar.

Fortalecer la intervención jurídica para la protección de los y las adolescentes, así como para la identificación y persecución penal del violador en los casos que lo ameriten.



Bibliografía: Constitución Política de la República, Artículo 47. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009, MSPAS 2010. Ley de Modificación a las bebidas alcohólicas y sus derivados Decreto 21-2004, Ley de Maternidad Saludable Decreto 32-2010, Ley de Planificación Familiar Decreto 87-2005, Sala situacional de Salud Reproductiva, MSPAS, SIGSA 2010. Informe de avances de los ODM, Segeplan noviembre del 2010. ENMM 2007 Segeplan, MSPAS.