

Determinantes del acceso a servicios de salud reproductiva en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango



¿Qué es IMSALUD?

El Instituto Multidisciplinario para la Salud, IMSALUD; es una institución de carácter científico - técnico, que realiza investigación y asesoría técnica según las necesidades locales, articulando su que hacer al de sectores e Instituciones nacionales. Dentro de sus objetivos estratégicos, aparece el análisis sistemático y planteamiento de propuestas sobre el proceso de atención de la salud, en sus componentes de planificación, implementación y evaluación, así como la promoción del liderazgo en salud en todos los niveles.
[http:// www.imsalud.org](http://www.imsalud.org)

¿Qué es el UNFPA?

El UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, es una agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de cada mujer, hombre y niño a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades para todos. El UNFPA apoya a los países en la utilización de datos socio-demográficos para la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza, y para asegurar que todo embarazo sea deseado, todos los partos sean seguros, todos los jóvenes estén libres de VIH/SIDA y todas las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto.
<http://www.unfpa.org>

¿Qué es la AECID?

La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), se creó en noviembre de 1988 como órgano de gestión de la política española de cooperación internacional para el desarrollo y tiene como objetivo el fomento, la gestión y la ejecución de las políticas públicas de cooperación internacional para el desarrollo, dirigidas a la lucha contra la pobreza y la consecución de un desarrollo humano sostenible en los países en desarrollo, particularmente los recogidos en el Plan Director en vigor cada cuatro años.
<http://www.aecid.es/web/es>

Índice

- **Introducción**..... 3
- **Marco teórico conceptual** 4
 - Pueblos indígenas 4
 - La cosmovisión maya y la salud 5
 - El sistema de salud "tradicional"..... 6
 - La salud reproductiva de la mujer indígena 7
 - Los determinantes de la búsqueda de atención en la mujer indígena ... 8
 - Iniciativas nacionales en salud reproductiva y pueblos indígenas 9
- **Justificación** 10
- **Objetivos** 10
 - Objetivo general 14
 - Objetivos específicos 14
- **Metodología del estudio** 11
 - Comunidad..... 11
 - Servicios de salud 12
- **Resultados del estudio** 13
 - Características demográficas, sociales y económicas del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango 13
 - La atención de salud en el municipio 14
 - Sistema de Salud Occidental 14
 - Sistema de Salud Tradicional 16
 - Las percepciones de los actores 17
 - ¿Qué dicen las mujeres?..... 17
 - ¿Qué dicen los hombres?..... 21
 - ¿Qué dicen las comadronas? 23
 - ¿Qué dicen los líderes comunitarios?..... 24
 - ¿Qué dicen los prestadores de servicios de salud? 25
 - Interpretación de hallazgos..... 27
- **Conclusiones** 32
- **Recomendaciones** 34
- **Bibliografía** 35
- **Anexos** 35
 - Guía de grupo focal a mujeres 36
 - Guía de grupo focal a hombres..... 37
 - Guía de grupo focal a comadronas..... 38
 - Guía de grupo focal a personal de salud 39
 - Guía de entrevista a profundidad a líderes comunitarios..... 40
 - Inventario de servicio de salud 41

Determinantes del acceso a servicios de salud reproductiva en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango

Realizado por el Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD)

Acompañamiento técnico y financiero por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con el auspicio de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

Proyecto Salud Intercultural del Fondo Regional UNFPA-AECID, Empoderamiento de las mujeres indígenas para su incidencia en políticas públicas que garanticen el derecho a la salud sexual, reproductiva y equidad de género

Diseñado por Tritón imagen & comunicaciones

Producido en Guatemala

Noviembre de 2011



"Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales".



el presente estudio explora los determinantes del acceso a los servicios de salud reproductiva en mujeres indígenas del altiplano guatemalteco. El mismo se realizó en el municipio de Santa Apolonia y empleó un enfoque comprensivo, analizando tanto los determinantes de los servicios de salud, como los de la comunidad.

Para el desarrollo de este estudio se hicieron grupos focales y/o entrevistas a profundidad con mujeres y hombres de la comunidad, incluyendo comadronas y líderes comunitarios. A nivel de los servicios de salud, se contactó y entrevistó al personal que labora en los mismos y se efectuaron visitas a los servicios existentes en el municipio de estudio.

Estas técnicas permitieron identificar los principales determinantes que juegan un papel importante en el ámbito comunitario (rol de la comadrona, acompañamiento de la familia y uso del temascal) y en el ámbito de los servicios de salud (idioma, transporte y recursos disponibles para la atención).

Se pretende que los resultados de este estudio sean tomados en cuenta para orientar las acciones de instituciones gubernamentales y no gubernamentales en el campo de la salud reproductiva de las mujeres indígenas. Asimismo, que sirvan de insumo para la incorporación de la perspectiva intercultural en los servicios de salud.

El estudio fue realizado por el Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el auspicio de la Agencia de Cooperación Española para el Desarrollo (AECID), en el desarrollo de la iniciativa de la promoción de los derechos reproductivos, respetando la diversidad cultural y el desarrollo de servicios de salud que respondan a las necesidades, valores y prácticas culturales de las mujeres indígenas en el Proyecto Salud Intercultural del Fondo Regional UNFPA-AECID.

introducción



antecedentes **marco** teórico conceptual

pueblos indígenas

la Organización de las Naciones Unidas define a las poblaciones indígenas como “aquellas que están compuestas por los descendientes de los pueblos que habitaron el territorio actual de un país, en la época en que personas de una cultura u origen étnico diferente llegaron procedentes de otra parte del mundo y los superaron por conquista, colonización u otros medios y los redujeron a una situación de dominancia o colonial; que hoy viven más de conformidad con sus propias costumbres y tradiciones sociales, económicas o culturales —más que con las de los países de los que ahora forman parte—, a las que han incorporado características nacionales, sociales y culturales de otros segmentos de la población que son predominantes” (ONU, 2004). Según las estimaciones de dicha organización, en la actualidad hay por lo menos 5.000 grupos indígenas, que comprenden cerca de 3.000 millones de personas habitando en más de 70 países en los cinco continentes.

A pesar de los esfuerzos recientes de varios países por combatir las diferencias entre pueblos indígenas y el resto de la población, la realidad es, en muchas instancias, mucho más profunda: “A lo largo de la historia, los pueblos indígenas han sido objeto de políticas de sometimiento, segregación, asimilación, e integración forzosa, bajo la ideología de la “minoridad” indígena. En este momento histórico, los estados pluriculturales tienen el reto de articular la

participación de los distintos pueblos que habitan el territorio, respetando la igual dignidad de dichos pueblos, a fin de lograr condiciones de gobernabilidad y desarrollo con base en el diálogo y consenso” (ONU, s. a.).

Previo al siglo XVI, América Latina era un continente poblado por grupos sociales que contaban con una organización política y sistemas económicos, religiosos, culturales y de desarrollo científico con grandes coincidencias. Entre dichos grupos había migraciones, intercambios comerciales y culturales y, en ocasiones, guerras, debido a la expansión del control sobre territorios y recursos. Al llegar a este continente las olas migratorias provenientes de Europa, dos grupos con bases culturales totalmente distintas, se confrontaron en un proceso de guerra que derivó en la invasión y dominación territorial. En sociedades en las que las poblaciones receptoras y dominadas han ejercido la resistencia, es posible encontrar agrupaciones culturales clasificadas en dos grandes categorías: los pueblos indígenas y los pueblos no indígenas.

En el caso particular del territorio guatemalteco, fueron los grupos políticamente organizados de señoríos, descendientes de las civilizaciones maya, azteca y olmeca, a quienes confrontaron los invasores españoles en su paso por el territorio. Como resultado de estos movimientos, existen hoy en Guatemala 24 grupos etnolingüísticos diversos y cuatro grupos de pueblos: mayas, xincas, garífunas y no indígenas o mestizos.

cosmovisión maya y salud

Se entiende por cosmovisión a un acto de pensamiento que “no tiene límites ni formas definidas; es como la cera o la plastilina, que son moldeables y pueden adquirir la forma que el hombre decida” (Lima, 1995). Aclara más este concepto la siguiente definición: “el pensamiento maya es un complemento, un conjunto que no puede ser interrumpido. Es el que decide las marcas de lo que puede ser realizado y completado” (Itzep citado por Lima, 1995).

Dentro de este esquema, la salud y las acciones, los conocimientos, las tradiciones y las ideas que con ella se relacionan, tienen sentido y utilidad en tanto permiten completar una tarea, un bienestar, un ciclo.

La cosmovisión indígena concibe la salud como un bienestar integral, lo cual es descrito por varios líderes del Ecuador en la siguiente cita: “la coexistencia armoniosa del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con sus semejantes, un bienestar integral que apunta hacia la felicidad y tranquilidad del individuo y la sociedad”. El concepto de salud incorpora varios paradigmas y se expresa en relaciones dinámicas entre dos componentes inseparables: primero, en lo individual, que es físico, mental, emocional y espiritual; y segundo, en lo colectivo, que es ecológico, político, económico, cultural, social y también espiritual.

La Organización Mundial de la Salud (1990) define la salud como “el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo”. El concepto de bienestar para los pueblos indígenas incluye, además, la armonía de todos los elementos que hacen la salud; es decir, el derecho a tener su propio entendimiento, el control de su vida y el derecho a “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social” (Taller de salud, 1995).

Desde la perspectiva indígena, la ENFERMEDAD resulta de un desequilibrio en la situación de salud. Independientemente de la causa, “en la cosmovisión maya, el origen de la enfermedad debe

buscarse en el mal funcionamiento de las relaciones con el mundo de la naturaleza, con el propio espíritu o con otra gente” (Alcock, 2001). Es por ello que “la atención a problemas de salud no se centra en la curación de los síntomas, sino en la restauración del equilibrio con la naturaleza” (Flores, s. d.).

Dentro de la cosmovisión maya, la familia es un elemento primordial que constituye “el envoltorio de la riqueza y de los valores”; por lo tanto, se considera esencial cuidar a la familia, cuidar a su pueblo y fundar el respeto a la familia y a sus integrantes. La relación con los abuelos y los padres es otro elemento fundamental en el sistema de valores.

El pecado también es relevante en este sistema de valores, ya que sirve como el margen entre lo “bueno” y lo “malo”. Se conceptualiza como pecado o “malo” todo aquello que rompa el equilibrio de la naturaleza. El potencial que una mujer puede tener con determinadas conductas que controlen su entorno, implica de alguna manera ejercer dominio sobre la tendencia natural al equilibrio, lo cual puede ser considerado “pecado”. Además del concepto de equilibrio, un segundo concepto relevante en la cosmovisión maya es el de la dualidad y complementariedad. A partir de este concepto se desprenden los roles de género, que influyen sobre las actividades de la mujer.



el sistema de salud tradicional

La medicina tradicional comprende "el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado". Con base en este conjunto de conocimientos se definen la etiología de las enfermedades y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades en los pueblos indígenas (OMS, 1977). Estos conocimientos se transmiten verbalmente, de generación en generación (Valdivia, 1986).

Dentro del marco de la medicina tradicional, el individuo acude al terapeuta tradicional para protegerse de una posible enfermedad, en busca de ayuda si ésta ya se ha presentado o para reafirmar su estado de salud. Las acciones curativas buscan recuperar el equilibrio perdido. La acción del terapeuta resulta eficaz cuando, una vez identificado el mal, se logra restablecer la unidad y la armonía en el enfermo y entre éste y el mundo que lo rodea. Las prácticas y terapias pueden ser administradas en el ambiente familiar en cualquier momento (Bastien, 1992).

Es importante notar que la racionalidad del sistema médico occidental, contrasta con la búsqueda del equilibrio de la medicina tradicional para el tratamiento de enfermedades de origen natural o sobrenatural. En términos generales, el sistema de salud tradicional tiene cuatro niveles explicativos para las enfermedades: las causas naturales, las causas sociales, las causas calendáricas y los agentes divinos. Éstos a menudo interactúan para producir una enfermedad y se mueven dentro de un marco de referencia de gran complejidad.

Existe una diversidad de terapeutas tradicionales quienes se caracterizan por dominar varias especialidades: atención de partos, guía espiritual, atención de traumatismos, curación por medio de hierbas y masajes. Hasta

el momento, ninguno de ellos ha sido incorporado en los sistemas nacionales de salud. Entre estos terapeutas destaca la partera tradicional indígena quien, además de atender a mujeres, también atiende a hombres y niños. La comadrona o partera tradicional es una mujer líder que cuenta con el reconocimiento de la comunidad y, en algunos casos, con el apoyo del sistema nacional de salud a través de capacitaciones y certificaciones. Su rango de acción excede la atención del embarazo, el parto y el puerperio, ya que lleva a cabo acciones de atención a la salud en general. Además, es un reservorio de memoria histórica cuyos conocimientos (terapias, plantas medicinales, oraciones, ceremonias) han sido adquiridos generalmente, en un proceso de aprendizaje intergeneracional.

En el campo de la salud, la interculturalidad significa que todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción (Cunningham, 2002).

En este contexto, se ha discutido la incorporación del enfoque intercultural de la salud en el trabajo con poblaciones indígenas. Esta perspectiva se traduciría en la armonización entre los sistemas de salud indígena y occidental (conocida también como biomédica), como un modelo de atención primaria de salud dirigido a las poblaciones indígenas (Rojas, 2007).

la salud reproductiva de la mujer indígena

La salud reproductiva es un concepto adoptado por la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo, en 1994. Abarca la salud desde el nacimiento hasta la menopausia.

Esta se define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social; no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades, sino todo lo que se relaciona con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos". Por lo tanto, la salud reproductiva supone que las personas pueden tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia lo hacen. En esta última condición, está implícito el derecho de los hombres y las mujeres a informarse sobre métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación familiar, a elegirlos y a tener acceso a los mismos.

Las mujeres indígenas en Guatemala se encuentran en una posición vulnerable, tanto por ser mujeres e indígenas, como por su bajo nivel socioeconómico. Sumado a esto, la baja cobertura de servicios de salud y educación condiciona altas tasas de fecundidad, mortalidad materna y mortalidad infantil, tal como muestran a continuación los datos seleccionados de la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 – 2009.

Característica	Indígena	No indígena	Población total
Tasa Global de Fecundidad (Octubre 2005 – Septiembre 2008)	4.5 hijos por mujer	3.1 hijos por mujer	3.6 hijos por mujer
Edad mediana de la primera relación sexual	17.9 años	18.5 años	18.3 años
Promedio ideal de número de hijos e hijas por mujer	3.3 hijos	2.7 hijos	3 hijos
Conocimiento de al menos un método anticonceptivo moderno	93.7%	99.5%	97.2%
Al menos un método de cualquier tipo	39.8%	61.9%	53.4%
Al menos un método moderno	31.5%	57.8%	47.7%
Al menos un método natural	15.5%	21.0%	18.9%
Mujeres sin ninguna educación	17%	5.3%	9.9%
Mujeres de 15 a 24 años que han asistido a charlas o cursos de educación sexual	41%	66.8%	56.6%
Mujeres de 15 a 24 años que creen que una mujer puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales	43.4%	71.3%	60.2%
Mujeres que han oído hablar del VIH	75.7%	97.0%	88.8%
Estaría dispuesta a trabajar con un compañero viviendo con VIH	40.6%	72.5%	62.1%
Ha escuchado de la prueba del VIH	48.4%	76.9%	67.5%
Opina que es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aunque ella no lo quiera	34.0%	19.4%	25.0%
Opina que hay situaciones en las cuales un hombre tiene derecho a pegarle a su esposa	8.6%	5.6%	6.7%
Necesita pedir permiso para usar planificación familiar	68.5%	48.8%	56.6%

La situación de salud reproductiva de las mujeres indígenas en Guatemala es compleja; en comparación a la media nacional, inician su vida sexual más temprano y tienen mayor número de hijos. Aunque reportan conocer un número similar de métodos anticonceptivos modernos, que las mujeres no indígenas, su uso es cerca de la mitad en comparación con el otro grupo. Cerca del 70% de las mujeres reporta que necesita pedir permiso para usar planificación familiar. Estos datos evidencian una serie de barreras que no son explicadas por falta de conocimiento. Un porcentaje menor de las indígenas dice haber escuchado una charla de educación sexual que las no indígenas. Una proporción significativamente menor conoce que las mujeres pueden quedar embarazadas desde la primera relación sexual. Estos datos reflejan una limitada educación sexual en el grupo de mujeres indígenas. En el tema de VIH SIDA, por ejemplo, una de cada cuatro mujeres nunca ha escuchado hablar del VIH y menos de la mitad estaría dispuesta a trabajar con un compañero con VIH. Sobre la violencia se resalta un problema serio adicional, ya que una de cada tres indígenas reporta que es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo (aunque ella no lo quiera) y al menos una de cada diez opina que hay situaciones en las cuales el hombre tiene derecho a pegarle a la esposa.



los determinantes de la búsqueda de atención en la mujer indígena

Existen varios modelos explicativos para la búsqueda de atención en salud, dependiendo del punto de vista desde el cual se analicen: uno, el uso de servicios de salud; y otro, los procesos de atención médica, que buscan determinar cómo las características propias de la población condicionan su búsqueda de atención en los servicios.

El primer enfoque, uso de servicios de salud, plantea que "la utilización de servicios es una interacción entre consumidores y profesionales, que se da dentro de una organización rodeada y modificada por factores sociales y culturales" (Dever, 1991). Entre los factores socioculturales figuran los valores de una sociedad, que determinan variables tales como la búsqueda de atención para un parto en un hospital o en el hogar, así como el grado de tecnología disponible, que influye sobre la utilización de los servicios, disminuyendo la enfermedad o limitando la necesidad de atención médica.

La segunda categoría de factores determinantes está constituida por "las estructuras y procesos propios de la organización de la atención médica que rodean y afectan el proceso de atención médica". Entre éstos figuran la disponibilidad de recursos, la accesibilidad geográfica, la accesibilidad social y el proceso de prestación de servicios. La mayor utilidad de este modelo es desde el punto de vista de los servicios de salud, sin embargo, es limitada su aplicabilidad para comprender el comportamiento de grupos específicos de población.

Un enfoque de análisis de uso de servicios de salud más comprensivo es aquel que analiza a personas o grupos de población en su entorno y según ejes temáticos de atención de la salud. Un modelo alternativo planteado por Cordero Muñoz (2010), indica que existen tres niveles de factores que explican los patrones de uso de servicios de salud por gestantes indígenas de América Latina.

Estos se clasifican en los siguientes grupos:

- 1) Los intrínsecos a los individuos, los hogares y sus comunidades.

- 2) Los relacionados con la capacidad de respuesta del sistema de salud.
- 3) Los relacionados con la capacidad del gobierno y la prioridad política asignada al problema.

Dentro del grupo de factores intrínsecos a los individuos, los hogares y sus comunidades, aparecen como relevantes la edad, el nivel educativo, el nivel socioeconómico, las condiciones de la vivienda, el medio ambiente, la dispersión geográfica, la ruralidad, el origen étnico y la existencia de un sistema tradicional de salud. Asimismo, la cultura y las normas sociales propias de una comunidad, las cuales pueden influir en el reconocimiento de los signos de gravedad de las complicaciones obstétricas, así como en el uso de los servicios de salud y en los cuidados de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. El factor económico también debe considerarse dentro de este primer grupo debido a los costos de referencia, estadía y hospitalización, los cuales frecuentemente no están al alcance de las poblaciones rurales e indígenas.

El segundo grupo de determinantes se refiere a aquellos factores relacionados a la capacidad de respuesta de los sistemas de salud disponibles en la comunidad. Estos son los que permiten a los usuarios relacionarse directamente con el servicio de salud, tales como la distribución geográfica, la calidad técnica del servicio y las adecuaciones interculturales realizadas para establecer una mejor relación entre la usuaria y los servicios de información, educación y comunicación.

Adicionalmente, aparecen como factores relevantes el equipamiento, la infraestructura, los recursos humanos y los medicamentos que ofrecen los servicios de salud. La combinación apropiada de estos cuatro insumos determina en mayor o menor medida la calidad técnica de la atención.

En un tercer grupo de factores que condicionan el uso de servicios de salud por mujeres indígenas, aparece la capacidad de los gobiernos para establecer políticas y mecanismos de priorización, así como la regulación y asignación de recursos, ya que de esta capacidad dependerá el sistema de salud en su organización, financiamiento y capacidad resolutoria.

iniciativas nacionales en salud reproductiva y pueblos indígenas

El derecho internacional de los pueblos indígenas ha tenido cambios significativos en las últimas décadas, como lo evidencia la transición entre los Convenios 107 y 169 de la OIT. "el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT de 1989, establece el derecho de los pueblos indígenas a controlar sus propias instituciones, definir sus prioridades de desarrollo y participar en la planificación, aplicación y evaluación de las

políticas y programas que los vayan a afectar" (OIT, 2007).

Uno de los aportes más valiosos del proceso, es una ampliación del reconocimiento de la capacidad y el derecho de los pueblos de decidir e intervenir libremente en las políticas locales y nacionales que les atañen. Adicionalmente, estas iniciativas plantean una exigencia fuerte a los gobiernos de conocer y comprender a profundidad la visión particular de estos pueblos sobre sí mismos, el mundo, la vida, la salud y demás elementos que constituyen la cosmovisión.

La Constitución Política de la República de Guatemala reconoce la existencia de los pueblos indígenas. Sin embargo emplea términos como "lenguas vernáculas" y "cultura folklórica" e incluye un apartado especial sobre los derechos de los pueblos indígenas en el que básicamente les remite al trabajo campesino. Además de los Derechos Humanos Universales, el Estado guatemalteco ha suscrito y ratificado varios convenios y pactos internacionales que reconocen y garantizan a los pueblos indígenas su derecho al territorio, a la administración de sus propios recursos, a la injerencia en políticas nacionales que les atañen y a que la educación responda a su cultura.

Los Acuerdos de Paz reconocen en Guatemala cuatro pueblos; tres de ellos considerados indígenas -garífuna, xinca y maya-. El Pueblo Maya descendiente se define por su descendencia de la civilización maya y los posteriores señoríos indígenas que poblaron el país en la etapa pre-colonial. Está conformado por 21 grupos etnolingüísticos y una "treintena de nacionalidades y comunidades" (Cojtí, 1995) que comparten rasgos comunes.

justificación objetivos



Objetivo general

Identificar los determinantes que inciden en el uso de servicios de salud reproductiva por las mujeres del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, para orientar el diseño e implementación de acciones efectivas en este campo.

Objetivos específicos

- Explorar los determinantes culturales, sociales y familiares en las personas, los hogares y las comunidades, que condicionan las prácticas de salud reproductiva y el uso de servicios de salud reproductiva y maternos en la comunidad indígena, incluyendo la percepción respecto a los servicios y la cosmovisión sobre el cuerpo, la salud, la reproducción, el parto y el postparto.
- Explorar los determinantes propios de los servicios de salud, que inciden sobre el uso de servicios de salud reproductiva y materna en las mujeres indígenas del municipio, por medio del análisis del proceso de atención en los servicios de salud.

Las mujeres indígenas en Guatemala se encuentran, en general, en una posición vulnerable. En el campo de la salud reproductiva, esta vulnerabilidad se ve exacerbada por factores culturales y sociolingüísticos, así como por la limitada disponibilidad de los servicios de salud. El propósito de realizar el presente estudio fue conocer a mayor profundidad cómo estos factores interactúan e influyen sobre la decisión de las mujeres de buscar atención.

El estudio se realizó en el municipio de Santa Apolonia por ser éste un municipio con altos niveles de pobreza y alta proporción de población indígena. Presenta la particularidad de que, a pesar de encontrarse a menos de una hora de distancia del hospital nacional y contar con servicios formales del Ministerio de Salud, más del 80% de los partos ocurren en el hogar, menos de la mitad de las mujeres acceden a control prenatal y únicamente el 30% al control posnatal. Se considera que el análisis de los determinantes permitirá obtener elementos que luego puedan ser utilizados en el análisis de otros contextos similares en el país.

metodología del estudio



el presente estudio empleó una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas a nivel de la comunidad y de los servicios de salud.

comunidad

A nivel de la comunidad, se consideró importante profundizar acerca de la sexualidad, el embarazo, parto y postparto, así como el rol de los servicios tradicionales y occidentales en este proceso y la coordinación con otras organizaciones estatales y no estatales. Con este fin, se exploraron los siguientes temas:

Concepción de la Salud Reproductiva

- Visión acerca del proceso de embarazo, parto y posparto.
- Visión acerca de salud / enfermedad en la reproducción.
- El concepto de un proceso reproductivo saludable / no saludable.

La búsqueda de atención en el proceso reproductivo

- El rol de la comadrona tradicional en la prestación de servicios.
- La ruta crítica en la búsqueda de atención en el proceso reproductivo .
- El rol de los servicios de salud en el proceso reproductivo.
- Las características de un servicio de salud accesible (idioma, distancia, horario, características del personal).
- Las características de un personal de salud accesible (relaciones interpersonales, idioma).

- Las características de una atención culturalmente accesible (forma de atención del parto, acompañamiento de familiares, atención del recién nacido, alimentación).
- Articulación con medicina popular tradicional – involucramiento y trabajo conjunto con comadronas.

Coordinación con otras instituciones

- Participación de los Comités Municipales y Comunitarios de Desarrollo.
- Coordinación entre servicios de salud, Extensión de Cobertura y grupos comunitarios.

Para lograr la profundización de estos temas, se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Grupos focales con mujeres de la comunidad, hombres de la comunidad y comadronas: Se realizaron un total de 11 grupos con mujeres, tres grupos con hombres y dos grupos con comadronas. Personas de la comunidad fueron invitadas para participar en cada uno de estos grupos. Todos fueron

conducidos en kaqchikel por una persona propia del departamento de Chimaltenango. Las discusiones generadas fueron grabadas en formato digital y posteriormente traducidas al español y transcritas .

- Entrevistas a profundidad con líderes comunitarios: En cada comunidad se seleccionaron a uno o más líderes reconocidos por los habitantes para una entrevista, en el idioma preferido del entrevistado (kaqchikel o español). Se empleó una guía de discusión y se grabaron las entrevistas en versión digital; posteriormente fueron traducidas al español y transcritas. Un cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas que facilitó el municipio, permitió encuestar a comadronas activas del lugar.

servicios de salud

A nivel de los servicios de salud, se consideró importante profundizar acerca de los recursos disponibles para la atención de la salud reproductiva, así como de la percepción que el personal tiene acerca de la búsqueda de atención por parte de las mujeres de la comunidad. Para este fin, se exploraron los siguientes temas:

Disponibilidad de los servicios de salud

- Funcionamiento y equipamiento del servicio de salud.
- Accesibilidad de servicios: horario, idioma.
- Estrategias utilizadas para promover el uso de servicios.
- Adecuación cultural de servicios ofrecidos.

Condiciones de salud y percepciones acerca de la comunidad

- Indicadores claves de salud materna.
- Percepción del personal de salud acerca del rol de la familia en la toma de decisiones para acceder a servicios de salud reproductiva.

Coordinación con la municipalidad, grupos locales organizados de salud, ONG e instituciones privadas

Se llevaron a cabo las siguientes actividades a nivel de los servicios de salud:

- Revisión de disponibilidad de medicamentos, materiales, insumos y equipo en el Centro de Salud, Puesto de Salud y Extensión de Cobertura.
- Cuestionario acerca de disponibilidad de horario del servicio y características del personal (cantidad, idioma, género, etcétera).
- Grupo focal con personal del Centro y Puesto de Salud, para conocer sus percepciones acerca del proceso de búsqueda de atención y los determinantes del mismo.

resultados del estudio

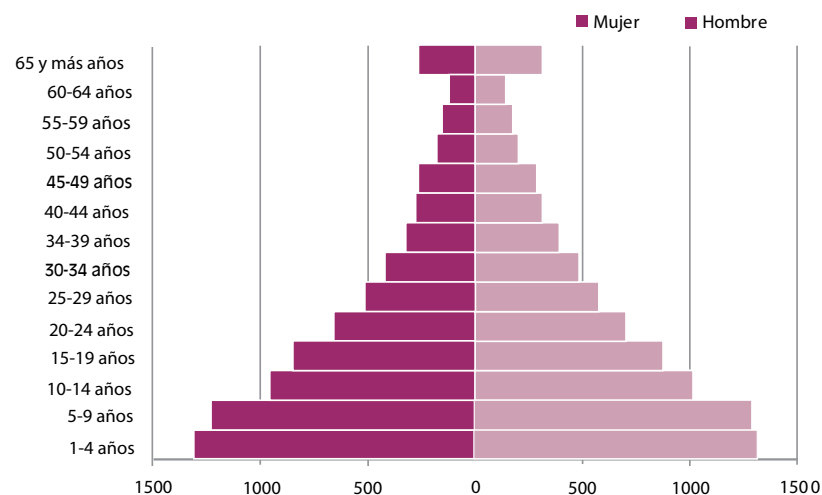


Características demográficas, sociales y económicas del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango

El municipio de Santa Apolonia se ubica en la parte norte del departamento de Chimaltenango, en el altiplano guatemalteco. Colinda con el municipio de Tecpán al oeste y al sur, el municipio de San José Poaquil al este y el municipio de San Juan Comalapa al sureste. Tiene una extensión territorial total de 96 kilómetros cuadrados y una altitud de 2,200 metros sobre el nivel del mar. El municipio posee una variedad de microclimas, desde semitropical hasta muy frío. Durante los meses

de invierno es propenso a frío severo. En la época lluviosa, ha sido afectado por las tormentas tropicales Mitch en 1998 y Stan en 2006.

La población reportada para el municipio, en 2010, fue de 15,527 personas. La pirámide poblacional muestra un alto número de población joven, tal como se presenta a continuación:



El 81% de la población es de origen maya, del grupo kaqchikel. La incidencia de pobreza es de 75.9% y de pobreza extrema de 19.5%, uno de los niveles más altos del país. Según estimaciones del PNUD, el índice de Desarrollo Humano para el municipio en 2002 fue de 0.491, el más bajo de todo el departamento. El 81.4% de la población es rural. El índice de densidad del Estado es de 0.18, lo cual lo coloca en el percentil 32. Los sub-índices indican que el sector de educación es de 0.27, salud 0.14 y otras 0.14

La actividad económica más importante del municipio es la agricultura, dedicada principalmente al cultivo de maíz y frijol negro, sobre todo para consumo local. Se produce arveja china para exportación y otros productos agrícolas como zanahorias, cebollas, tomates, fresa, granadilla, anona y melocotón.

Los indicadores de salud reproductiva para los últimos años, según lo reportado por el Centro de Salud, son:

Características	2009	2010
Número de partos atendidos por comadrona	329	298
Número de partos atendidos por médico	51	30
Número de nacidos vivos	383	328
Mortinatos	8	14
Muertes maternas	0	1
Tasa de mortalidad materna	0	20.85 x 100,000
Tasa de mortalidad neonatal	35.83 x 1000	13.7 x 1,000
Tasa de mortalidad infantil	38.20 x 1000	44.12 x 1000
Usuarías de métodos anticonceptivos	1801	1633
Tasa de fecundidad	96.4	127
Tasa de natalidad	31.90	39.42
Número de embarazadas	538	573
Número de puerperas	584	446

la atención en salud

Dentro de las poblaciones indígenas en general, y en las del altiplano guatemalteco en particular, la búsqueda de servicios de salud implica una combinación de los servicios tradicionales -proveídos en la mayoría de los casos por los mismos miembros de la comunidad- y los servicios occidentales -prestados principalmente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

SISTEMA DE SALUD OCCIDENTAL

Entre los servicios de la medicina occidental, se encuentran aquellos ofrecidos por el Ministerio de Salud Pública, los cuales consisten en un Centro de Salud Tipo B en la cabecera municipal, un Centro de Salud ubicado aproximadamente a cinco kilómetros de distancia y una Organización No Gubernamental contratada por el Ministerio de Salud que presta servicios en las aldeas circundantes. Fuera de los servicios de salud proveídos por el Estado, existen tres farmacias. No hay clínicas ni laboratorios privados.

Centro de salud

El Centro de salud cuenta con un horario de ocho horas. Está conformado por 10 personas: un médico bilingüe, una enfermera que habla español, cuatro auxiliares de enfermería (de los cuales tres son bilingües), una secretaria, una laboratorista, un educador, un técnico en salud rural que habla únicamente español, y una persona encargada de la limpieza que es bilingüe. Entre los

servicios que presta en el ámbito de la salud materno infantil, se incluyen atención prenatal y postnatal, planificación familiar, pediatría, vacunación de toxoide tetánico y de BCG y la realización de *papanicolaou*. Además, ofrece servicios de atención médica en general.

El Centro de Salud cuenta con equipo médico mínimo de esterilización, esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro rectal, venoset, catéteres, jeringas y guantes estériles. Sin embargo carece de tanques de oxígeno, ambú y mascarilla, ventiladores pediátricos y equipo de anestesia. En lo referente a medicamentos, dispone de antibióticos, sulfato de magnesio, anticonvulsivantes, antihipertensivos, solución antiséptica, anestésicos locales, infusiones IV, analgésicos, anticonceptivos orales e inyectables y preservativos. Cuenta con ácido fólico y hierro, pero no con misoprostol, oxitócicos, T de cobre ni implantes anticonceptivos.

El único medio de comunicación del Centro es una línea de teléfono. No hay línea de fax, computadora con internet ni radio. El único medio de transporte disponible es la ambulancia, a cargo de la administración de la municipalidad de Santa Apolonia, que responde a emergencias las 24 horas del día según solicitud de la población. Entre las estrategias empleadas para la promoción de salud se incluyen carteles, perifoneo y educación permanente en el servicio.

Puesto de salud

El Puesto de Salud tiene un auxiliar de enfermería permanente y bilingüe, el cual labora en horario de ocho horas. Ocasionalmente se cuenta con un EPS.

El servicio presta atención prenatal, postnatal, planificación familiar, pediatría y vacunación de toxoide tetánico y BCG, además de la consulta médica

general. El equipo médico incluye utensilios de esterilización, esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, venoset, catéter y jeringas. No cuenta con ambú y mascarilla, esfigmomanómetro, guantes estériles, ventiladores pediátricos ni equipo de anestesia. Los medicamentos disponibles incluyen antibióticos, solución antiséptica, anestésicos locales, infusiones IV, analgésicos, anticonceptivos orales, inyectables y preservativos. No se cuenta de manera continua con vitaminas prenatales y no hay disponibles misoprostol, oxitócicos, anticonvulsivantes, antihipertensivos, T de cobre ni implantes.

Debido a la falta de un medio de comunicación, hacen uso del servicio de la ambulancia municipal anteriormente mencionada. Las estrategias de comunicación que utilizan son los carteles cuando hay jornadas y las pláticas a las usuarias.

Extensión de cobertura

Los servicios de extensión de cobertura son prestados por la Organización no Gubernamental Kaji 'jel, cuyo personal visita las comunidades de manera periódica. El personal disponible lo conforman una enfermera y una auxiliar de enfermería que hablan únicamente español; un facilitador institucional y un educador, ambos bilingües. Se prestan los servicios de atención prenatal, postnatal, planificación familiar, pediatría y vacunación de toxoide tetánico.

El equipo médico se compone de esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro rectal, venoset, catéter, jeringas y guantes estériles. Entre los medicamentos disponibles se cuenta con antibióticos, solución antiséptica, anestésicos locales, infusiones IV, analgésicos, anticonceptivos orales,



anticonceptivos inyectables y preservativos. No se cuenta con sulfato de magnesio, misoprostol, oxitócicos, anticonvulsivantes, antihipertensivos, T de cobre ni implantes. El personal refiere que tienen una escasez generalizada de medicamentos, por lo cual se ven obligados a hacer recetas para que los usuarios los compren.

Cuando es necesario, se utiliza la ambulancia del centro de salud. Como medios de promoción se trabaja con vigilantes de la salud, carteles y perifoneo. El personal menciona que para mejorar la asistencia de las personas requieren de más medicamento.

SISTEMA DE SALUD TRADICIONAL

Las comadronas representan una figura particular para las mujeres embarazadas y para sus comunidades en el municipio de Santa Apolonia, al igual que en la mayor parte del país, entre mujeres de todo grupo étnico. Más que ser consideradas como personal de salud, juegan un rol dentro de las familias, que las coloca en una posición de gran prestigio. Con el propósito de conocer más a las comadronas del municipio, se realizó una encuesta para analizar sus características demográficas, conocimientos y prácticas en la comunidad.

Se encuestó a 31 comadronas, de un total de 33 en el municipio. Son en su mayoría de edad avanzada: el 81% es mayor de 50 años de edad. El 57% reporta tener más de veinte años ejerciendo como comadronas y un 33% más de treinta años. El 55% de ellas habla únicamente kaqchikel.

Las habilidades de las comadronas para la lectura y la escritura son limitadas; sólo el 26% sabe leer, el 39% puede dar la hora y el 26% sabe cómo utilizar un calendario. Asimismo, el 71% de las encuestadas señala no haber cursado ningún tipo de enseñanza formal, aunque el 32% reporta tener un celular.

Las actividades que llevan a cabo en su práctica presentan cierto grado de variabilidad, ya que mientras únicamente tres de ellas (el 10%) reportan atender más de cuatro partos en promedio al mes, un 61% reporta atender menos de tres en el mismo período. La totalidad de las encuestadas dice haber recibido capacitación proporcionada por el Centro de Salud en los temas de vacunación, atención prenatal, atención posnatal, atención del recién nacido y planificación familiar.



Todas las comadronas llevan el control prenatal a sus pacientes: el 45% lo hace entre cinco y seis veces durante cada embarazo y un 46%, siete o más. Las prácticas que llevan a cabo durante las visitas prenatales son variables: ninguna de ellas pesa a la madre, únicamente el 6% toma la presión arterial y menos del 15% toma la temperatura a la madre o al niño o mide el fondo uterino con una cinta. Solamente una de cada cuatro escucha la frecuencia cardíaca fetal o de la madre. Al ser consultadas acerca del equipo que poseen, un 42% mencionó tener un estetoscopio. Sin embargo, menos de 15% reportó tener balanza para pesar a la madre, tampoco esfigmomanómetro, termómetro o cinta para calcular la edad gestacional. Todas dicen recomendar a la madre asistir al Centro de Salud o al hospital en caso de sangrado vaginal, hinchazón severa o fiebre.

El 90% de las comadronas utiliza el tamaño del abdomen de la madre como indicativo de cuando nacerá el bebé. El 71% sabe reconocer si la madre tiene preclampsia por el grado de hinchazón; sin embargo, únicamente el 23% utiliza la presión sanguínea. El 100% de ellas reporta referir a la madre al hospital en caso de sangrado severo después del parto; el 77% da masaje al útero y ninguna de ellas usa misoprostol u oxitocina. Mientras que todas ellas reconocen cuando la mujer está sangrando demasiado por el volumen de sangre, únicamente el 68% usa el tiempo de sangrado y 58% se fija en la cantidad de sangre. Sólo tres (equivalentes al 10%) verifican si la madre presenta presión baja. El 97% de las comadronas coloca a la madre en posición horizontal (de litotomía) para la atención del parto. El 100% de ellas reportó realizar episiotomías.

percepciones de los actores

Se presentan a continuación los resultados principales de la discusión de cada uno los grupos focales y los ejes temáticos para facilitar su análisis.

¿QUÉ DICEN LAS MUJERES?

Se dialogó con las mujeres acerca del significado de su vida reproductiva, así como de la búsqueda de servicios de salud.

a. El período de la vida reproductiva – de la menarquía a la menopausia

El inicio de la vida reproductiva es visto como algo bueno y normal entre las mujeres, pues es la fuente de donde provienen sus hijos. Aunque la menarquía se considera el inicio de la vida reproductiva, se reconoce que la niña de 12 años aún no está preparada para convertirse en madre. Es necesario que se encuentre casada, siendo los 20 años la edad ideal para estar lista.

Las participantes mencionaron que es común que al momento de la menarquía la niña no tenga conocimiento sobre la menstruación, lo cual le puede provocar miedo. Se concibe a la menstruación como un mecanismo de limpieza y purificación del cuerpo, por lo que cuando una mujer no menstrúa tiende a enfermarse. Refieren que en esta etapa ocurre un incremento en el interés por el aseo, el arreglo, el cuidado personal y la búsqueda

de novio. Aparecen además estados emocionales variables y cambios físicos que generan dolor y malestar. En varios grupos se comentaba que si una joven busca ocultar su menstruación a los demás, sus molestias se ven agravadas.

La menopausia fue un tema abordado únicamente por las mujeres de mayor edad. Indican que ésta marca el final de la vida fértil y que las hace felices, pues ya no pueden tener más hijos y ya no tienen la menstruación. Una señora expresó cómo se sienten en esa etapa: "limpias y alegres, volvemos a ser como niñas" (GMRCH). Sin embargo, la menopausia es vista también como una causa de malestar cuando está asociada a procesos irregulares de menstruación o a embarazos inesperados: "en algunas mujeres los cambios son muy fuertes, van al hospital y se mueren. A otras, se les va la menstruación por un tiempo, luego les vuelve, quedan embarazadas y a esa edad es difícil tener hijos" (GMT1).

b. La información disponible acerca de la sexualidad

Las participantes refirieron que años atrás no se acostumbraba hablar de la sexualidad con los hijos e hijas, ya que provocaba vergüenza y, además, se consideraba pecado. Indicaron que esa vergüenza persiste aún en el hogar: "en la actualidad todavía hay personas que no hablan sobre temas sexuales con sus hijos por vergüenza, a pesar que lo mejor es que estos temas sean abordados por los padres, para que puedan orientarlos mejor" (GMT2). Por esta razón, los jóvenes frecuentemente adquieren la información en la escuela: "ahora los niños saben más que nosotras porque en la escuela se lo enseñan. En parte es una ventaja que la escuela les informe de este tema a los hijos, pero por otro lado crea rebeldía de hijos a padres" (GMT1).

Algunas otras, sin embargo, mencionaron que ellas sí podían abordar el tema con sus hijos gracias a la capacitación recibida: "como madres les aconsejamos y



les informamos las consecuencias, lo que les puede pasar con el embarazo; nosotras nos capacitamos para informar a nuestras hijas con la ONG Red Global" (GMT1). Las señoras casadas constituyen una fuente de información adicional, ya que comentan entre sí las vivencias y experiencias que tienen en relación con la menstruación, la menopausia, el embarazo, etcétera.

Tanto en el tema de comunicación madre-hija como en el cuidado del embarazo y el parto, las mujeres del área urbana expresan que contar con la información necesaria les facilita pasar por estos cambios y cuidar mejor de su salud. "Conocer qué es el embarazo y los síntomas, les permite entender que es algo normal y continuar con sus vidas y sus actividades" (GMT1).

c. El proceso del embarazo en la vida de una mujer

El embarazo es visto en la mujer como un proceso normal, aunque se reconoce que también produce malestar: "como mujer lleva un ser humano dentro de ella y es normal tener hijos. Pero también es una enfermedad porque durante ese tiempo, la mujer se debilita y tiene muchos cambios que le afectan; por ejemplo, adelgaza, pierde el apetito y no puede comer de todo. Tampoco puede realizar el trabajo que normalmente hace" (GMT2). Otra comenta: "para nosotras es una alegría porque vamos a tener un hijo, pero también es una tristeza porque es un peligro que puede causar la muerte de la madre o del niño" (GMRXECUBAL) y durante el parto "al tener el bebé hay que cuidarse porque si no, uno se puede morir" (GMT1).

Todas las mujeres reconocen que es necesario tener cuidados especiales durante el embarazo como tomar vitaminas prenatales, tener una buena alimentación, evitar hacer ejercicio, actividades físicas pesadas, levantar objetos, las caídas y los actos violentos. Destacan además ciertos comportamientos protectores para los bebés que deben ser realizados por la madre: "se deben bañar en el temascal, no deben tocar el agua fría ni sacarlos cuando hay cambios de luna o cuando hay arcoiris; si la madre sale, debe usar ganchos de ropa para cuidar al bebé y caminar por la orilla y no a la mitad del camino" (GMRCHU).



Las participantes aseguran que el control prenatal es importante para conocer el estado del bebé, verificar si se va a presentar alguna complicación durante el parto y para evitar los abortos. Ellas deben llevar este control en el Centro de Salud o por la atención de comadronas. Refieren que la consulta en el Centro de Salud implica pasar por exámenes que provocan dolor a la mujer y vergüenza al ser examinadas por un hombre: "con el médico sienten dolor por la forma que éste tiene de examinar" (GMT1). Consideran una ventaja que se les provea de vitaminas en el servicio. En las aldeas más alejadas, las mujeres reportan recibir control prenatal sólo cuando llega personal de los servicios de salud a hacer una jornada a la escuela.

La atención ofrecida por las comadronas se considera más delicada pues no provoca dolor y no causa vergüenza, ya que la comadrona es mujer y conoce las partes del órgano reproductor femenino. En algunos casos, las mujeres asisten con las comadronas cuando todo va normal, pero al sentir dolor buscan al Centro de Salud. Se menciona también que algunas mujeres nunca se realizan el control prenatal. Un grupo del área rural comentó que "es bueno asistir con las comadronas y al Centro de Salud, pero que casi no van porque son más fuertes y no necesitan ir" (GMRX).

Las mujeres valoran de manera positiva el consumo de hierbas y otras comidas naturales, argumentando que mejoran el proceso general de embarazo y fortalecen a las madres al momento del parto: "ahora a la mayoría de las mujeres se les dificulta el momento del parto; antes no era tan difícil porque se alimentaban con hierbas, la

alimentación era más natural y las mujeres eran más fuertes, ahora la mujer es más débil" (GMT2).

d. Planificación familiar

Existen dos posiciones en cuanto al uso de la planificación familiar; el que lo valora y acepta y el que no lo acepta. Quienes valoran la planificación familiar consideran que ésta es necesaria y les permite atender mejor a cada uno de los hijos e hijas. Expresan que: "es bueno porque cuando tienen menos hijos no tienen muchos gastos y los pueden atender mejor" (GMT2). En un grupo se expresó también la importancia de permitir al cuerpo recuperarse, previo a volver a iniciar de nuevo el proceso de embarazo. Refiere que el cuerpo de algunas mujeres acepta los métodos y el de otras no y que es necesario identificar cuál se adapta mejor al cuerpo de cada una; hay un sentir generalizado de que lo natural es lo mejor.

Quienes no aceptan los métodos de planificación familiar consideran que hay una relación entre éstos y la muerte. Una mujer expresa: "a mí me da miedo la planificación porque he escuchado casos de mujeres que les hace daño al cuerpo" (GMT1). Consideran que provoca cáncer en la matriz, malformaciones en los niños y la muerte. Otra concepción es que el no tener hijos causa enfermedad en la mujer: "es mejor tener hijos para que la enfermedad no entre al cuerpo de la mujer" (GMRCHOA).

Un factor común entre quienes desaprueban la planificación familiar es la presión de parte de los esposos para que no usen los métodos anticonceptivos: "aunque conocemos los métodos, no los utilizamos, porque la mayoría de esposos no los entienden ni

aceptan" (GMT2). Este sentir es, aparentemente, más fuerte en el área rural que el área urbana. Entre mujeres del área rural, se expresó que a pesar de considerar importante poder planificar y atender mejor a sus hijos "es un pecado evitarlos porque es algo que Dios nos da" (GMRX).

Finalmente, en un grupo del área rural se expresó que: "los que no quieren es porque tienen la capacidad de mantener a muchos hijos y por eso no quieren planificar" (GMRCHOA), dejando entrever que hay una concepción en torno al status económico y la cantidad de hijos que la familia opta por tener.

Los métodos anticonceptivos más conocidos son las pastillas, las inyecciones, el collar y el condón. Solo en un grupo se mencionó la T de Cobre y en otro más las operaciones. Agradecen haber sido capacitadas por medio de la Red Global que es una de sus principales fuentes de información sobre este tema.

e. Relación con el Centro de Salud y el hospital

Todas las mujeres indicaron conocer el Centro de Salud y haberlo visitado alguna vez. La principal razón por la que han ido al Centro de Salud es para atender una enfermedad propia o de los hijos. Mencionan que el Centro de Salud dispone de los siguientes servicios: control prenatal, exámenes de sangre, *papanicolau*, vacunación, atención a la tuberculosis, examen de diabetes, examen de orina y examen de heces.

Las participantes valoran los servicios y el trabajo que realiza el Centro de Salud: "el trabajo que realizan en el Centro de Salud es grande porque atienden toda clase de enfermedades" (GMRCHOA). Además, mencionaron que en el Centro les entregan medicamentos y vitaminas según la disponibilidad y que cuando el Centro de Salud se acerca a la comunidad es de gran ayuda.



La implementación del servicio en kaqchikel es apreciado y preferido por la comunidad: "ahora atienden en kaqchikel y en español. Antes las personas que atendían no hablaban en kaqchikel y los pacientes no podían expresar su problema" (GMT2). "Algunas personas no van al Centro porque tienen miedo de expresar su problema, pero ahora en el Centro de Salud hay personas que los atienden en su idioma" (GMT1).

Las mujeres del área urbana refieren una mejora significativa en la atención que reciben del Centro de Salud, manifestada por la realización de visitas domiciliarias, la referencia más accesible a hospitales y la igualdad en el trato a las mujeres que llegan al Centro. Indican que efectúan pagos únicamente cuando el Centro no tiene la medicina que les ha sido recetada, o cuando se necesita pagar carro para ir al hospital (aunque ahora que hay ambulancia en el Centro, esto no es tan frecuente).

Las mujeres del área rural identifican que existe para ellas dificultad en la relación con el Centro de Salud debido al idioma: "no nos atienden igual a todas; atienden mejor a las personas del municipio. Pensamos que es porque quienes nos atienden saben que somos del área rural y no podemos expresarnos" (GMRX). Las mujeres del área rural refieren que el horario de atención (de lunes a viernes, de 8 a 17 horas) es un problema para ellas "debemos llegar antes de las ocho para poder ser atendidas durante la mañana. Si llegamos más tarde de las ocho, ya no nos atienden en la mañana, sino que nos dejan para el turno de la tarde. Eso nos afecta porque para poder llegar a las ocho de la mañana hay que salir muy temprano de la casa y no hay transporte" (GMRX).

Refieren las participantes que su visita al Centro de Salud implica presentar sus documentos, lo cual puede ser un obstáculo: "siempre y cuando presenten los documentos necesarios, se brinda la atención; de lo contrario no se atiende, aunque sea una emergencia. Esto afecta más a las personas que vienen del área rural o de una comunidad muy lejana" (GMT1).

Todos los grupos de mujeres refieren que en casos de emergencia, el Centro de Salud las refiere al hospital. Las mujeres del área rural expresan la dificultad que les implica llevar a un familiar al hospital: "la mayoría de personas no quieren ir al hospital porque se pierde mucho tiempo y porque pueden morir en el camino".

La atención proporcionada en el hospital para el trabajo de parto y otras emergencias presenta algunas desventajas puntuales para las participantes. La primera es el trato que reciben, por ejemplo: "en un hospital nos regañan mucho, por eso no nos gusta. A veces se tardan mucho en atendernos. Nos mandan a bañar con agua fría" (GMRCHU). La segunda razón es la falta de compañía como la que proporcionan las comadronas "porque un doctor solo le dice que espere, en cambio la comadrona está todo el tiempo que la mujer la necesita" (GMT2). Las participantes refieren que en el hospital deberían aprender de las comadronas acerca de cómo tratar a las pacientes: "las visitas de la comadrona son constantes, brinda compañía a la mujer durante el parto, está disponible en cualquier horario (GRMXE), respeta la opinión de la mujer, solicita las medicinas que son necesarias y cumple con un horario" (GMRXECUBAL).

Otra desventaja del hospital son los gastos de transporte que debe enfrentar la familia, así como la posibilidad de que el parto pueda ocurrir en el camino: "en el hospital es peligroso, porque algunas mujeres tienen al bebé en el camino, hay que pagar trescientos quetzales para que las lleven" (GMRXECUBAL). "Se nos hace difícil trasladarnos a Chimaltenango. Nos gustaría que hubiera un hospital más cercano, para ser atendidas a tiempo. Por eso buscamos a la comadrona porque con ella no hacemos muchos gastos" (GMRCHOA). Sin embargo, es de hacerse notar que todos los grupos expresan que en caso de emergencia lo ideal es ser atendidas en el Centro de Salud o en el hospital: "las personas que nos atienden tienen más conocimiento del trabajo y tienen medicina para darnos en cualquier emergencia" (GMRCHOA).

f. Relación con las comadronas

Las mujeres de Santa Apolonia confían a las comadronas su cuidado durante el proceso reproductivo y en otros momentos. Tanto niños como adultos les llaman "abuelitas". Prestan múltiples servicios a la comunidad: determinan si la mujer está embarazada y el tiempo de gestación; efectúan controles prenatales, establecen si será parto normal o cesárea y, de ser necesario, acomodan al niño en el útero. En el momento del parto, la comadrona acompaña a la madre al temascal para la atención del parto (si la madre así lo desea) y efectúa los cuidados del recién nacido y de la madre: "recibe al bebé, lo limpia, lo envuelve en pañales e inmediatamente es llevado al temascal. Faja a la mujer. Hay comadronas que curan a las madres y bebés" (GMRCHU).

Después del parto, la comadrona llega durante varios días a bañar a la mamá y al bebé y está pendiente de complicaciones que pudieran surgir en ambos. Durante todo el proceso, anima a las madres a llevar a sus hijos para el control en el Centro de Salud. En algunos casos, el trabajo de la comadrona se extiende más allá del embarazo y del parto: "hacen curaciones a los bebés utilizando "Bebetinas o Mejoralitos" (GMT1). "Algunas comadronas curan a las mujeres cuando tienen problemas con la menstruación y dolores" (GMRXECUBAL). "Curan a los niños de un dolor de garganta utilizando hierbas y también los curan del mal de ojo" (GMRCHOA).

Las mujeres refieren obtener información acerca de la calidad del trabajo de cada comadrona para seleccionarla, e incluso si han recibido capacitaciones, las cuales consideran esenciales para el mejor desempeño de su trabajo: "las conocemos porque hemos visto su trabajo, hemos escuchado lo que hacen y asisten a las capacitaciones. Así tenemos confianza para buscarlas. Si trabajan bien las llamamos para que nos ayuden" (GMRCHOA). "Gracias a la capacitación que reciben, ahora son más higiénicas al recibir al bebé y están más preparadas porque se dan cuenta con anticipación cuando la mujer corre algún riesgo" (GMT1). "Es cierto que ellas tienen un don, pero también es importante que se capaciten, es de gran beneficio. Es bueno que ellas utilicen guantes y que aprendan a tomar la presión" (GMRCHU).

La comunidad identifica que las comadronas tienen un vínculo con el sistema nacional de salud y que entregan información sobre los partos que han atendido; en caso de una emergencia, refieren

al hospital o al Centro de Salud: "el trabajo de una comadrona es difícil, ya que tiene que atender el parto al mismo tiempo que sus propias necesidades, a la hora que sea. Además, tiene un compromiso con el Centro de Salud porque debe reportar el control que le ha dado a la señora e informar, al Centro, si ésta tuvo un niño o una niña" (GMT1).

Lo que no se aprecia es cuando la comadrona prolonga innecesariamente los períodos de dolor y peligro para la madre y el bebé. En el GMRCHU refieren que: "hay comadronas que hacen sufrir mucho a la mujer, hasta después las refieren a ellas y a los bebés."

La atención recibida por la comadrona requiere de una inversión económica. Aunque las tarifas establecidas varían, es común darles alimentación en el momento de las visitas, así como una canasta de agradecimiento: "el almuerzo de la comadrona después del parto, el pago de la comadrona (en algunos casos se le da el pago después de cada visita) y también la refacción que se le da" (GMRX).

¿QUÉ DICEN LOS HOMBRES?

Se dialogó con los hombres acerca de sus percepciones en cuanto al ciclo reproductivo y la búsqueda de servicios de salud para la mujer.

a. El período reproductivo y la planificación familiar

Los hombres relacionan la etapa de fertilidad con la menarquía, la cual sitúan alrededor de los 15 años de edad. Identifican que en este tiempo se dan ciertos cambios entre las mujeres, que pasan a ser señoritas y cambian su forma de vestir, aunque aún no están listas para ser madres: "entre los 15 y 18 años deben cuidarse porque todavía no tienen la capacidad de ser madres" (GH2). Indican que la fertilidad para las mujeres termina entre los 45 y 49 años de edad.

La decisión acerca del número de hijos para una pareja contempla dos aspectos fundamentales: la condición económica de la familia para darles alimentación y vestuario, y la educación que se le quiere dar a los niños. Expresa el



grupo de hombres GH2: "aunque algunos no están de acuerdo en tener sólo dos o tres hijos, también depende de la capacidad que tiene el padre de mantener a una familia grande; es alegre tener muchos hijos pero es difícil mantenerlos, por eso es mejor tener pocos hijos" (GH1).

Existen posiciones opuestas en cuanto al uso de la planificación familiar; mientras algunos argumentan que la decisión es conjunta y se toma en pareja, otros plantean que la decisión la toma Dios, no la pareja: "Dios sabe cuántos hijos le va a dar a la mujer" (GH2). En algunos casos se expresó inconformidad con las mujeres que deciden planificar sin el consentimiento de su pareja, lo cual es fuente de conflictos para la familia: "es importante planificar, pero debe ser una decisión de los dos, para que no hayan problemas ni malos entendidos entre la pareja" (GH1).

Un tema que influye sobre la decisión del uso de métodos de planificación familiar es la percepción de que "es pecado" y que produce malestar y enfermedad a la mujer pues limita el trabajo de Dios: "muchas familias no planifican, porque para ellos tener un hijo es un regalo de Dios y los abuelos les han enseñado que es un pecado evitar tenerlos. Si planificamos estaríamos evitando que Dios termine el trabajo en sus mujeres" (GH2).

Los hombres mencionan diversos métodos de planificación familiar tal como la operación en hombres y mujeres, el condón, el collar, la T de cobre y el método natural. Eligen el método que piensan no afecta la salud de la mujer y que no es considerado pecado, para no interrumpir artificialmente el trabajo de Dios. Opina un participante que prefieren "el collar porque es un método natural, no tiene químicos y es algo que Dios nos ha dejado" (GH2). Se identifica, sin embargo, que para la efectividad del collar es necesario el conocimiento adecuado de cómo se usa y las implicaciones que tiene. Las inyecciones no son apreciadas pues existe la creencia de que su función es hacer más pequeño el útero de la mujer, dificultando el parto al momento de quedar embarazada. La operación en el hombre o la mujer no es una opción, ya que es importante para la comunidad dejar abierta la posibilidad de tener hijos en el futuro: "la operación del hombre o de la mujer, en nuestra cultura no es muy aceptada, porque estaría quitando de una vez la posibilidad de tener hijos" (GH2).

b. Búsqueda de servicios de salud ¿Centro de Salud o comadrona?

Los servicios generales ofrecidos en el Centro de Salud, identificados por los hombres son: "chequeo médico, exámenes de diverso tipo, papanicolau, atención a la tuberculosis, control de peso y talla, diagnóstico del SIDA" (GH1). Al preguntarles acerca de aquellos servicios relacionados con el embarazo y el parto refirieron que: "se examina la posición del bebé, se detecta si hay un problema vaginal durante el parto y se dan vitaminas a las mujeres, así como atención prenatal y postnatal" (GH1).

Los hombres expresan que apoyan la asistencia de la mujer al Centro de Salud: "sí es importante que la mujer reciba orientación en el Centro de Salud, no importando si está enferma o no, debe ir porque le ayudan a aliviar cualquier enfermedad" (GH1). Aunque ellos por lo general no las acompañan, hay un disgusto de que las mujeres asistan al Centro solas, ya que pueden recibir información que las lleve a tomar decisiones de

forma unilateral sin dialogarlo con el esposo previamente, especialmente en lo relacionado a la planificación: "sí es para planificar, es mejor que se oriente a la pareja y no a uno solo, para que los dos podamos comprender" (GH1).

Los hombres otorgan mucha importancia al idioma en el que se atiende a la población; prefieren la atención que ahora se está dando en kaqchiquel y argumentan que eso ha mejorado el servicio: "nos atienden en los dos idiomas. Los de las aldeas lejanas preferimos que nos atiendan en kaqchiquel, porque así se nos facilita expresar nuestro problema y a las mujeres no les da tanto miedo asistir al Centro de Salud" (GH2).

En cuanto al horario de atención, los hombres lo consideran insuficiente, pues no hay atención al momento de una emergencia: "no es muy bueno porque en una emergencia fuera del horario, nadie puede atendernos. Nos gustaría que la atención fuera las veinticuatro horas porque hemos escuchado que algunas personas mueren en el camino, tratando de llegar al hospital" (GH1).

Identifican que en caso de que ocurra una emergencia en el horario de atención, el personal médico evalúa al paciente y le refiere al Hospital Nacional, debido principalmente a la falta de recursos y de equipo en la atención local: "consideramos que en el Centro de Salud deben estar más preparados para atender las emergencias; por ahora es recomendable referir a los pacientes al hospital, porque allá tienen más posibilidades de recursos que en el Centro de Salud" (GH1).

Los hombres señalan que elegir entre la atención de la comadrona o del Centro de Salud es difícil, ya que reconocen que ambos

servicios ofrecen atención que beneficia la salud de la mujer: "a veces es preferible la atención de la comadrona porque atienden a las mujeres en el temascal y se dan cuenta del estado del bebé, mientras que en el Centro de Salud, sólo les dan una receta médica; eso representa gastos y pérdida de tiempo. Otras veces, incluso, se equivocan en el diagnóstico médico" (GH2).

La preferencia más sentida en relación con el embarazo y el parto es la comadrona. La principal ventaja de ser atendida por una comadrona radica en la costumbre familiar y la amplia disponibilidad de su servicio: "confiamos más en la comadrona porque es lo que hemos aprendido de nuestros padres y abuelos y porque es parte de nuestra cultura que atiendan a las mujeres en el temascal" (GH1). Sin embargo, los hombres indican que la atención de la comadrona está limitada en los casos de emergencia y consideran que de ser necesario, las comadronas deben informar a la familia de la situación y referir a la mujer de inmediato al hospital.

Los hombres plantean como barreras en el Centro de Salud que no les puedan proveer de medicamentos, sino que ellas deben gastar, así como que el horario de atención no les sea siempre conveniente: "porque les dan recetas médicas sin darles las medicinas; además las regañan mucho. Cuando pasa el horario de atención ya no atienden, aunque sea una emergencia" (GH1). La falta de documentos también constituye un problema: "regresan a las mujeres y dicen que no las pueden atender".

¿QUÉ DICEN LAS COMADRONAS?

Se dialogó con las comadronas en torno a la relación que tienen con el Centro de Salud, con sus

pacientes y con las familias de las pacientes. Los resultados del diálogo se exponen a continuación.

a. Relación con el Centro de Salud

Las comadronas explican que el trabajo de atención a las mujeres lo realizan en conjunto con los servicios de salud y que la relación entre ambos ha mejorado mucho, lo cual es muy importante al momento de atender a las mujeres en el control prenatal y en casos de emergencia. Una participante argumenta que: "antes las comadronas no teníamos buena relación con los del Centro de Salud porque nos exigían mucho y no ponían de su parte para el control prenatal, pero últimamente el Centro de Salud atiende bien a las pacientes y el trabajo que realizamos es en conjunto" (GC2).

Ellas consideran que el Centro de Salud las apoya al ofrecer control prenatal a las mujeres embarazadas, atendiendo a sus referidas en caso de emergencia y explicando a las familias la necesidad de atención hospitalaria:

"en caso de algún problema también acudimos al Centro de Salud para que nos respalde y convenza a los padres que deben ir al hospital" (GC1).

Otra forma de apoyo son las capacitaciones que se brindan a las comadronas, las cuales son en su mayoría muy apreciadas: "sí, recibimos capacitación que nos ayuda bastante porque aprendemos temas como qué hacer en caso de complicaciones" (GC1). Los temas de capacitación incluyen: SIDA, desnutrición, atención prenatal, signos de peligro, complicaciones en el parto y planificación familiar. Un aspecto particular es que los capacitadores son jóvenes y el proceso es un aprendizaje para ambas partes: "las personas que nos capacitan aprenden más de nosotras por nuestra experiencia y porque ellos son jóvenes".

Las comadronas refieren que en el momento de enfrentar una dificultad en el parto o durante el embarazo, acostumbran mandar a las mujeres al hospital: "los problemas que por lo regular se



presentan cuando referimos son el nacimiento prematuro o que no baje la placenta" (GC1). Sin embargo, reiteran que la decisión final y la posibilidad de que la mujer llegue al hospital está en manos de la familia. De ahí que las comadronas atribuyan las muertes ocurridas al accionar de la familia o a la atención ofrecida en el hospital: "nosotros sí las referimos al hospital en caso de emergencia; pero, algunas familias no van al hospital por los gastos que requieren. Muchas mujeres mueren porque el esposo no quiere llevarlas al hospital o porque no quieren hacer el gasto. Otras veces no quiere ir por la mala atención que reciben en el hospital" (GC2).

Indican las comadronas que varios aspectos influyen en la decisión familiar: la posibilidad de cubrir los gastos necesarios para el traslado; el acompañamiento de la paciente en el hospital; la velocidad con la que pueden realizar los gastos y la probabilidad que se llegue a tiempo para salvar la vida de la paciente. Así, cuando la familia piensa que no será posible llevarla a tiempo, prefiere no ir y quedarse con la madre en casa: "por los gastos que tienen que hacer o porque pierden tiempo y prefieren que la mujer muera en la casa" (GC2).

b. Relación con pacientes y su familia

Las comadronas indican que sus prácticas responden a las concepciones culturales de la población que atienden, las cuales no siempre son compartidas por el personal del Centro de Salud: "la mayoría de nosotras atendemos a las pacientes en el temascal, pero el Centro de Salud tiene prohibido recibir allí a los bebés" (GC1). Además de la atención en el temascal, ellas respetan la decisión acerca de la forma en que cada mujer decide dar a luz. Una participante comenta que: "sí, respetamos la decisión de cada una porque ellas saben cómo puede tener a su bebé: unas se sientan, otras se arrodillan, otras se acuestan y algunas otras prefieren que sea en el temascal" (GC1).

Los signos de peligro identificados por las comadronas incluyen: una placenta que no baja, hemorragia, dolor de cabeza, fiebre, inflamación de pies o manos y mala posición del bebé. Para diagnosticar el peligro, es muy importante la relación establecida durante el embarazo con la madre: "algunas veces la mujeres buscan a la comadrona unas semanas antes del parto y, por eso, a la comadrona se le dificulta atenderla, porque no conoce el proceso del embarazo, sin embargo, trata de aconsejarla. La comadrona se da cuenta del signo de peligro a través del rostro de la mujer" (GC2). Al pedir a las comadronas mencionar las cuatro demoras respondieron: "si las conocemos, pero no con ese nombre sino como atrasos que no permiten la salida de una mujer en caso de una emergencia" (GC2).

Las comadronas comentan que algunas familias apoyan a las mujeres en la búsqueda de la atención prenatal y del parto: "algunas comadronas permitimos que el hombre acompañe a su esposa durante el parto, para que la apoye" (GC1). "Sí, tenemos acompañamiento, muchas veces es el esposo y a veces la mamá de la enferma. Si es en el temascal, sólo la acompaña la mamá o la suegra" (GC2).

Las comadronas refieren que las familias les reconocen el trabajo que hacen, tanto en importancia como calidad del servicio y que el reconocimiento de su esfuerzo y tiempo es importante. El cobro que efectúa cada una de ellas varía, pero hay algunos costos generales que se describen a continuación:

"nosotras cobramos de doscientos a trescientos quetzales, lo que incluye las visitas durante los nueve meses y la atención del parto. Algunas familias pagan cinco o diez quetzales por la visita, pero eso ya depende de la familia" (GC1; GC2).

¿QUÉ DICEN LOS LÍDERES COMUNITARIOS?

Los líderes opinan que las comadronas son mujeres de gran experiencia que dan confianza a las mamás, así como a la comunidad, y están siempre en disposición de ayudar. Son la vía más accesible para llegar a las mujeres embarazadas. La edad es un factor relevante. Las mayores son consideradas como las de más experiencia, sufren de menos complicaciones y siempre están pendientes de los problemas; las más jóvenes encuentran problemas precisamente por su falta de experiencia.

Con respecto a los servicios de salud, los líderes opinan que hacen un buen trabajo, pero identifican un problema grande: no hay medicamentos. Por ello, las familias se ven obligadas a efectuar gastos mayores o a consultar con un médico privado.

Los líderes señalan que aunque en la comunidad ocurren complicaciones durante el embarazo y el parto, frecuentemente se le presta atención únicamente a las muertes. Ellos visualizan más problemas de salud en los niños que en las madres.

Al preguntárseles acerca de la existencia de comités de salud en su comunidad, aclaran que en la mayoría de comunidades no existen, pero que se apoyan en el Consejo Comunitario de Desarrollo

(COCODE). Al momento de ocurrirle una emergencia a alguien de la comunidad, el COCODE se organiza para poder trasladar al paciente (adulto o niño) que lo necesite.

¿QUÉ DICEN LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD?

Con el propósito de conocer las percepciones de los prestadores de servicios de salud, se llevó a cabo un grupo focal con personal del Centro y del Puesto de Salud. Se discutieron varios temas relacionados a la comunidad y a la búsqueda de servicios de salud, los cuales se presentan a continuación:

a. La búsqueda de servicios de salud reproductiva

Los participantes refieren que los servicios de salud reproductiva más buscados por mujeres y hombres de la comunidad son los métodos de planificación familiar y control prenatal y postnatal. Sin embargo, refieren que hay desconocimiento en la población sobre los servicios disponibles.

Identifican "las costumbres" como una causa que las limita para el uso de los servicios disponibles: "por cuestión cultural mucha gente no visita los servicios y todavía sucede con muchas personas que, aunque el servicio se esté ofreciendo, sólo lo buscan cuando hay complicaciones en el momento del parto" (GCS).

Ante esta problemática, el personal de servicio indica que realiza promociones de diversas maneras: a través de grabaciones semanales transmitidas en circuito de cable, un grupo de "Espacios Saludables", así como en la radio comunitaria. Esta promoción es realizada

principalmente en español y se considera que su efecto es paulatino, aunque tiene impacto y logra un acercamiento de la población a los servicios.

Los proveedores consideran que hay un acercamiento mayor de los jóvenes del área urbana con el Centro de Salud. Además, ahora que las mujeres han recibido más información, acuden solas a buscar los servicios y resuelven sus dudas referentes a métodos de planificación familiar. El personal agrega que las familias más empobrecidas y de menor nivel educativo, son las que aún se resisten a la planificación familiar y a la salud reproductiva. Indican que influye el hecho de que en la toma de decisiones tiene un peso mayor la opinión del padre que la opinión de la misma mujer, quien debe esperar y acatar la decisión de la suegra o del suegro, para actuar. El resultado ha sido que difícilmente la mujer decide sobre su salud sexual y reproductiva.

Otro factor identificado como importante en la búsqueda de atención por el personal de salud es el horario de atención: "venirse temprano e irse tarde le provoca problemas a la pareja" (GCS). El horario dificulta también la asistencia del hombre debido al tiempo de espera: "una persona que tiene que trabajar o que tenga un horario de oficina, no puede esperar tres o cuatro horas para ser atendido" (GCS). Ante esto, el Centro de Salud ha tomado medidas para facilitar el horario y la atención a las personas.

El personal del Centro de Salud refiere que el idioma constituye una barrera para entender y darse a entender adecuadamente. Además, la iglesia católica y la evangélica tienen un peso grande en la resistencia o aceptación hacia

los métodos. De parte del Centro de Salud, se está fomentando una mayor preparación entre el personal que presta los servicios, para que eduquen de mejor forma sobre el método Billings del collar; uno de los de mayor aceptación por parte de la iglesia: "volver a retomar eso y capacitar a todos los catequistas de todas las comunidades, para que puedan ofrecer los métodos naturales y tener otra alternativa que ofertar a las personas" (GCS).

Los participantes reportan que la mayoría de mujeres busca atención prenatal en el Centro de Salud; quienes no la buscan son principalmente las mujeres de más de 40 años y las adolescentes. La búsqueda de servicios para el control postnatal es baja, lo cual atribuyen a diferencias culturales entre la población y al modelo de atención del Centro. Además, "el parto lo ven como algo natural que no tiene complicaciones; por ejemplo, hoy vinieron doce pacientes que no tuvieron ningún tipo de problema, o sea que su concepción es que el embarazo es algo natural. No tienen el concepto de peligro." (GFCS)

Según refiere el personal del Centro de Salud, las mujeres presentan una serie de razones para no asistir al hospital en búsqueda de servicios de salud: "yo escuché el comentario que las señoras no van porque les quitan la ropa; las dejan sólo con una sabanita y a los bebecitos nada más les ponen una batita; ellas sienten mucho frío, en cambio aquí nos cuidan" (GFCS). La ausencia de la familia y de un temascal en el parto hospitalario aparecen dentro de las causas condicionantes de búsqueda de servicios: "es para lo que ellos están preparados, prefieren estar en una cama de tabla casi al nivel del suelo, en donde

pueda estar toda la familia y no en una estrecha camilla con rodos y que se mueve, y menos que las estén viendo a cada rato; se sale completamente del esquema" (GFCS). La distancia y el acceso a medios de transporte también influyen. Existe la recomendación del personal de salud para la formulación de un Plan de Emergencia de carácter familiar, así como un Plan de Emergencia del Ministerio de Salud. Al presentarse una emergencia en la comunidad, refieren que la población usualmente tiene alternativas de transporte y de dinero mediante préstamos a vecinos, conocidos y familiares. Por esta razón, lo fundamental en la búsqueda de servicios es la decisión oportuna de la familia.

b. Relación entre el servicio de salud y las comadronas

Los participantes refieren que en Santa Apolonia, el trabajo de comadrona se establece como un "don" con el que se nace; se les visualiza como la abuela de la comunidad y alguien a quien respetar y escuchar. Comenta un participante: "yo recuerdo que cuando era niño, mi estimada abuela fue comadrona y hasta la gente grande se arrodillaba delante de ella, le besaban la mano, la miraban como la que lleva la decisión" (GFCS). Debido a la percepción del "don" de por medio, no se acostumbra que una persona joven decida ser comadrona y pueda buscar los estudios para hacerlo. El personal del Centro de Salud aprecia que "sea parte de la comunidad y que hable el idioma. Todos nosotros estamos fuera, la comadrona es el vínculo para entrar a la comunidad" (GFCS).

Tienen la percepción de que algunas comadronas atienden a muchas pacientes y siempre andan corriendo, lo cual provoca que dejen de atender a alguien o que llegue otra comadrona que posiblemente nunca ha visto a la paciente. En lo referente a los honorarios por atención, en un inicio el monto dependía de la voluntad de la familia; actualmente, la comadrona cobra hasta Q400.00 por parto. Además de la remuneración económica, la familia entrega a la comadrona una canasta con víveres y le ofrece alimento



en cada visita que realiza a la casa.

Bajo la coordinación de la comadrona, la familia se prepara para cubrir las necesidades que surgen ante el parto: "previo al parto ya hay preparativos y tienen planificadas las actividades: quién va a cuidar, quién va a cocinar, el que va a atender y todo lo que se va a requerir en los cuidados postnatales" (GFCS).

La familia entera se pone en manos de la comadrona, quien indica las condiciones de bienestar o peligro. En caso de emergencia, la comadrona reconoce el riesgo y lo indica a la familia y luego es el padre de la paciente o el esposo, el que toma la decisión.

El personal refiere que la comadrona orienta a las personas para que busquen atención en el servicio de salud, lo cual ha mejorado desde que reciben las capacitaciones mensuales. Adicionalmente, se están utilizando algunas estrategias para lograr un mayor acercamiento a los servicios.

Por referir a las mujeres embarazadas, las comadronas apoyan el trabajo del Centro de Salud y son el lazo con la comunidad. La comunicación entre el Centro de Salud y las comadronas es buena, pero frecuentemente se ve obstaculizada por las decisiones de la familia de la embarazada.

Además de atender la mayoría de los partos, las comadronas son buscadas para atender el cuidado postnatal. Derivado de la idea que el parto es normal, no se visualiza como prioritario recibir atención médica en el período postparto; existe también una tradición familiar por cuidar a la mujer

interpretación de hallazgos

Los datos recolectados en la fase de campo del presente estudio provienen de varias fuentes y una variedad de metodologías. Con el propósito de poder analizar los resultados y derivar en conclusiones, se presenta a continuación un resumen interpretativo de lo encontrado sobre los determinantes del acceso a servicios de salud reproductiva en el municipio estudiado. Los determinantes están clasificados según la comunidad, los servicios de salud y el punto de encuentro de los dos: las comadronas.

LA COMUNIDAD

Los miembros de la comunidad del municipio de Santa Apolonia pertenecen en su mayoría al grupo kaqchikel y practican la cosmovisión indígena. La mayoría de miembros de la comunidad son de un nivel educativo y económico bajo. Tienen una tasa alta de fertilidad con un uso moderado de métodos anticonceptivos. Presentan una alta tasa de mortalidad materna y neonatal.

Para la comunidad, la enfermedad resulta de un desequilibrio en la situación de salud, cuyo tratamiento es buscar su restauración con la naturaleza. Dentro del mismo espectro de la cosmovisión indígena aparece la práctica de la medicina tradicional, la cual tiene niveles explicativos de causa natural, social, calendárica o por agentes divinos. Dentro de los proveedores identificados, la comadrona es la más importante en la atención de la salud materno infantil.

recién parida, que da la percepción de ser innecesario su ingreso a otro lugar.

Entre la población, el embarazo y el parto son fenómenos familiares; al asistir al hospital o al Centro de Salud, se rompe este vínculo. Expresan los participantes del grupo focal: "la cuida la familia y la cuida la comadrona, porque ésta hace sus visitas para ir a limpiarla, hasta que cumpla los ocho días, lo celebran y allí muere todo. Prácticamente la señora ya no tiene necesidad de ir a buscar otro servicio" (GFCS).

El personal de salud considera que el respeto que la comunidad manifiesta por la comadrona puede llegar al extremo de un trato diferenciado en el caso de complicaciones y en la interpretación y explicación de la muerte de un neonato: "si el niño se muere en el hospital, hay acusaciones para el servicio de salud. Sin embargo, si el bebé se muere atendido por la comadrona, entonces allí es una fuerza divina la que quiso que se muriera, porque fue la voluntad de Dios" (GFCS).

c. Coordinación con otras instituciones y organizaciones

La coordinación entre el Centro de Salud y la Municipalidad es principalmente para dar a conocer situaciones especiales de la salud del municipio, como por ejemplo, al ocurrir una situación de muerte materna, en la cual la municipalidad pudiera involucrarse: "nosotros con nuestro mismo trabajo podemos identificar las necesidades de la comunidad y podemos idear también las estrategias o actividades que puedan mejorar lo que se está descuidado, con el fin de mejorar

algún tipo de servicio de atención. Afortunadamente aquí en la Municipalidad, la corporación está muy abierta a participar activamente en los servicios de salud" (GCS). Frente a las solicitudes de apoyo que realiza el Centro de Salud nunca se ha tenido una respuesta negativa de la Municipalidad, predominando entre ambas partes la buena comunicación.

El Centro de Salud y la Municipalidad se valen de organizaciones que tienen grupos ya establecidos para difundir información o hacer convocatorias: "cada vez que nosotros necesitamos facilitar algún tipo de servicio o transmitir algún tipo de información a estos grupos, lo hacemos a través de grupos ya formados como Red Global" (GCS) o la Oficina Municipal de la Mujer.

El personal del Centro de Salud identifica como una dificultad particular establecer relación con los hombres de la comunidad. Por ello, se han remitido principalmente al trabajo con líderes participantes en los comités comunitarios de desarrollo, alcaldes auxiliares y el magisterio, así como, con el programa de Escuelas Saludables en conjunto con el MINEDUC. A pesar de que hay grupos de jóvenes, éstos no han sido plenamente aprovechados: "no hemos explotado esa área, a nivel de grupos de jóvenes. Únicamente se tratan problemas de salud reproductiva e infecciones de transmisión sexual con los grupos juveniles que se han formado por medio de programas de "Espacios Amigables" (GCS). En cuanto a las instituciones privadas la relación es limitada.



Para ellos, la vida reproductiva empieza desde la menarquía y continúa hasta la menopausia. La mayoría de miembros de la comunidad conoce uno o más métodos de planificación familiar. Sin embargo, la decisión de usar alguno depende de varios factores; hay quienes refieren que el número de hijos se basa en si la pareja los puede mantener. Por otro lado, existe la percepción de que usar los métodos es pecado, opinión influenciada por las iglesias evangélica y/o católica. En general, eligen los más naturales que producen menos daño a la mujer; solicitan capacitaciones de cada método, para conocerlos y utilizarlos de la mejor manera.

La comunidad refiere que la búsqueda de servicios de salud, usualmente, la efectúa de manera combinada, con comadrona y en los servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Aunque la comunidad reconoce el nivel de profesionalismo y experiencia mayor del personal del MSPAS, para ellos, la comadrona juega un rol muy importante ya que cuenta con el "don" para atenderlos; se reconoce como anciana de la comunidad y se le respeta como tal.

Entre las ventajas que presenta la comadrona aparecen su cercanía a la familia, su disposición para atenderlas en el hogar y su flexibilidad de horario para dedicarles el tiempo que sea necesario y sin prisas. La posibilidad de usar el temascal y el ser atendidas en la posición que las madres encuentran cómoda, son motivaciones para buscar los servicios de las comadronas. Aunque la atención por comadrona representa un gasto, ellos lo consideran apropiado. En general, la relación entre una madre y la comadrona se considera de confianza, con muy buena comunicación y cuidado.

La comunidad reconoce el trabajo de las comadronas como difícil; valoran las capacitaciones que reciben del MSPAS, las cuales consideran necesarias para dar un mejor trato a las pacientes. La comunidad sabe que las comadronas tienen que trabajar con el Centro de Salud y, en caso de emergencia, todas las mujeres reconocen la importancia de ser atendidas en el Centro de Salud o en el hospital, por el nivel de conocimiento y experiencia del personal. En estos casos, se valora negativamente el que algunas comadronas tarden en referir a las madres a un servicio o que les hagan sufrir mucho.

Es común que la familia elija recibir la atención prenatal tanto de la comadrona como del Centro de Salud. Sin embargo, en el momento del parto, casi la totalidad de participantes elige la comadrona, a pesar de

reconocer el profesionalismo y los recursos de los médicos y del Centro de Salud. La preferencia se debe a múltiples factores: su disponibilidad de atender en cualquier lugar permite que las mujeres tengan el parto en su casa o el temascal. Otra ventaja de ser atendidas en casa es la posibilidad de tener a la familia cerca. El tema de la vergüenza de ser vistas por un hombre o por otra persona desconocida, hace que los esposos prefieran la atención de las comadronas.

LAS COMADRONAS

Las comadronas del municipio de Santa Apolonia son un grupo de señoras de edad avanzada con amplia experiencia en su trabajo, que hablan principalmente kaqchikel. La mayoría son analfabetas y no han cursado estudios formales. Todas ellas reciben capacitaciones mensuales del Centro de Salud. Atienden en promedio de tres partos al mes, en los cuales promueven el acompañamiento de un familiar y el uso del temascal. Llevan el control prenatal a todas sus pacientes. Todas reportan recomendarle a la madre el asistir al Centro de Salud o al hospital en caso de emergencias. La gran mayoría reporta reconocer señales de peligro del parto, aunque muy pocas acostumbran tomar signos vitales de la madre o el bebé o usar equipo médico.

Las comadronas reportan que les gusta trabajar con el Centro de Salud y que las capaciten. Saben identificar las señales de peligro cuando éstas suceden y referir a las pacientes al hospital en caso necesario. Sin embargo, aclaran que esta decisión no descansa en ellas, sino que en las familias, quienes además de tomar la

decisión, deben contar con los fondos para el traslado. Las comadronas consideran al personal del Centro de Salud un apoyo para convencer a las familias de la necesidad de asistir al hospital en caso de emergencia. También reportan una buena relación con los servicios de salud, aunque pocas conocen el hospital de Chimaltenango.

LOS SERVICIOS DE SALUD

En contraposición a la medicina tradicional, la medicina occidental funciona por medio del reconocimiento de signos y síntomas que permiten identificar una enfermedad. Se conoce para cada enfermedad una serie de posibles causas con orígenes biológicos y tratamientos que buscan resolver estas causas o los síntomas que las producen. Para proveer los servicios, se cuentan con personal de salud con diferentes niveles de entrenamiento, que ha sido capacitado en la causalidad, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. En la mayoría de casos, se proveen servicios cuando éstos son solicitados por miembros de la comunidad, quienes pueden acudir por causas preventivas de mantenimiento de la salud o por una dolencia específica.

En el municipio de Santa Apolonia se cuenta con un Centro de Salud, un Puesto de Salud y una ONG que ofrece servicios de extensión de cobertura, en horario de 8 a 16 horas. Además, prestan servicios ambulatorios de salud reproductiva, para lo cual se cuenta con equipo, medicamentos y personal. No hay capacidad resolutoria para emergencias obstétricas ni neonatales. El personal de salud que labora en los servicios considera como

un problema que la gente no conozca los servicios disponibles y los busquen sólo en caso de complicaciones. Visualizan como un obstáculo el hecho de que la decisión de usar métodos de planificación familiar sea tomada por la pareja y sus padres. El idioma es un problema adicional para prestar atención médica.

Plantean que existe en las mujeres la percepción de que el embarazo es normal y no peligroso; por eso no buscan ser atendidas en un servicio. La familia visualiza el postparto como un proceso natural que no necesita cuidados especiales, por lo que la comadrona efectúa las visitas en el hogar y ya no se requiere consulta en el servicio.

Confirman que a las mujeres no les gusta asistir al hospital por ser frío, no tener temascal y tener que usar una batita. Las personas prefieren quedarse en su casa, con su familia. El horario de atención es un problema para las mujeres que acuden y sus parejas.

El personal sugiere que para que las familias quieran asistir al hospital se requerirá ambientar el hospital a condiciones similares a la casa, como la existencia de un temascal, permitir el acompañamiento, así como un trabajo continuo con los hombres de la comunidad.

Hay una diferencia entre los servicios de salud por niveles. El Centro de Salud tiene más aceptación por estar más cercano a la comunidad. El hospital tiene muy poca aceptación, lo cual es reconocido por los mismos prestadores.

La percepción que tiene la comunidad acerca de los servicios de salud reproductiva provistos por el Centro de Salud y el hospital es compleja. Aunque la comunidad reconoce el nivel de capacitación

y de experiencia del personal que allí labora, suele consultarles principalmente en casos de emergencia y cuando han sido referidos por las comadronas. Aunque no hay comité de salud en todas las comunidades, éstas se organizan para trasladar a una madre o niño en caso de necesidad. En el caso del Centro de Salud, la comunidad refiere que el trato ha mejorado mucho últimamente y que ahora los atienden en su idioma. Sin embargo, plantean como barrera la inexistencia de medicamento, ya que implica que les den una receta y que ellos deban efectuar el gasto. Por otro lado, el horario de atención es un problema (sobre todo para las personas del área rural), así como la exigencia de presentar documentos para poder ser atendidos.

En términos generales, a la comunidad no le gusta ser referida al hospital, debido al transporte y a otros factores inherentes a la atención (obligación de bañarse con agua fría, falta de acompañante familiar o comadrona y la percepción de "ser regañadas"). La comunidad manifiesta que sería deseable que el Centro de Salud tuviera más capacidad de resolución, para no tener que llevar pacientes al hospital.

Además de las barreras ya mencionadas, el acceso a servicios de salud reproductiva se dificulta aún más en el área rural, debido a costos mayores en la alimentación y el transporte, así como a problemas de comunicación por el idioma, ya que predomina el kaqchikel, mientras que la proporción que habla español es menor.

Se presentan a continuación los principales hallazgos:

Características	Mujeres	Hombres
Vida reproductiva	<p>Es algo saludable, bueno y normal. Inicia alrededor de los 12 años, pero las mujeres están listas hasta los 20 años para tener hijos.</p> <p>La menopausia es un momento agradable para la mujer, aunque puede acarrear problemas de salud o embarazos no planeados.</p>	<p>Identifican el inicio alrededor de los 15 años y el fin alrededor de los 45 a 49 años.</p>
Discusión de la sexualidad con los hijos	<p>Aún causa vergüenza el platicar de estos temas con los hijos, sobre todo en las mujeres del área rural.</p> <p>Las capacitaciones han ayudado a las mujeres del área urbana.</p>	<p>Opinan que no se debe hablar de estos temas con los hijos, ya que son temas propios de adultos ya casados.</p>
Embarazo	<p>Es un período por lo general saludable. Se puede complicar si la mujer "no se porta bien" y deja de cumplir las recomendaciones básicas de alimentación, evitar el ejercicio fuerte, etcétera.</p> <p>Buscan el control prenatal con comadronas porque ésta es más dedicada. Consultarse en el Centro de Salud les produce vergüenza y dolor.</p> <p>Buscan al Centro de Salud u hospital únicamente si hay complicaciones.</p>	<p>Consideran el embarazo como algo normal, ámbito de la mujer.</p> <p>Se enorgullecen de haber embarazado a la mujer.</p> <p>No se involucran en la atención.</p> <p>Dan el consentimiento para la elección de la comadrona.</p> <p>En caso de complicación, las parejas y sus padres toman la decisión de referir y transportar.</p>
Planificación familiar	<p>Algunas personas aceptan que es algo necesario, para poder atender mejor a cada hijo.</p> <p>Quienes no aceptan, opinan que hace daño al cuerpo, que el no tener hijos enferma a la mujer y que es un pecado porque a Dios no le agrada.</p> <p>Además, se considera que el no usar un método de planificación familiar demuestra la capacidad de tener muchos hijos.</p> <p>Prefieren el método de inyección para ocultarle al hombre que usan un método anticonceptivo.</p>	<p>La decisión de usar un método de planificación familiar depende principalmente de la capacidad de mantener a los hijos.</p> <p>No les gusta cuando las mujeres asisten solas a los servicios de salud para búsqueda de planificación familiar.</p> <p>Quienes usan los métodos eligen los que afectan menos la salud de la mujer, como el collar.</p> <p>Quienes no los usan consideran que tener un hijo es un regalo de Dios.</p> <p>Existe la concepción de que las mujeres que planifican podrían ser infieles.</p>
Relación con el Centro de Salud	<p>Las mujeres identifican los servicios relacionados a la salud sexual y reproductiva. Reconocen la necesidad de acudir al Centro de Salud en caso de emergencia.</p> <p>Las mujeres aprecian los últimos cambios en el Centro de Salud, en especial la atención en kaqchikel por la mayoría del personal, además de: -Realización de visitas domiciliarias. -Referencia más accesible a hospitales. -Igualdad en el trato a todas las mujeres.</p> <p>Las del área rural, sin embargo, se sienten discriminadas por no hablar español y por tener que presentarse muy temprano y con documentos como la tarjeta de vacunación del hijo y la madre en el servicio de salud.</p>	<p>Los hombres aprecian que el servicio se preste ahora en dos idiomas.</p> <p>No les gusta que las mujeres asistan solas.</p> <p>El horario presenta un problema, ya que en casos de emergencia fuera de horario de oficina, no obtienen atención. Preferirían que la atención en el Centro de Salud fuera de 24 horas para no tener que asistir al hospital.</p> <p>No les gusta recibir recetas en el Centro de Salud, ya que deben gastar.</p>

Características	Mujeres	Hombres
Relación con el hospital	<p>Las mujeres refieren sentirse insatisfechas con la atención en el hospital porque: -Tardan en atenderlas. -Las obligan a bañarse y con agua fría . -No permiten acompañamiento de su comadrona ni familiar. -No hay temascal. -No pueden elegir la posición para tener el parto -Refieren mal trato en la atención.</p> <p>Reconocen la necesidad de acudir al hospital en caso de emergencia.</p>	<p>No les gusta la referencia al hospital debido al trato que dan a las mujeres y al costo que éste representa.</p> <p>No les gusta que les den recetas.</p>
Relación con las comadronas	<p>Reconocen a la comadrona como una autoridad, un miembro muy cercano de su grupo familiar, "abuela", y como una prestadora de salud.</p> <p>Aprecian poder tener su parto atendido por comadrona en la cercanía de su hogar y de su familia.</p> <p>No se aprecia cuando las comadronas no refieren a las mujeres de manera oportuna.</p> <p>Las mujeres refieren las funciones que llevan a cabo las comadronas durante el embarazo, parto y postparto: -Determinan el embarazo y el tiempo de gestación -Hacen control prenatal. -Acomodan al niño en caso necesario. -Atienden el parto normal según la posición que solicita la madre. -Refieren en caso de cesárea. -Cuidan al recién nacido y a la madre. -Proporciona cuidados posnatales en el hogar.</p> <p>Otras funciones que lleva a cabo la comadrona: -Curaciones. -Atiende la menstruación dolorosa. -Atiende dolor de garganta. -Atiende mal de ojo.</p>	<p>Aprecian la atención por comadronas ya que así fueron enseñados por sus padres y abuelos y es parte de su cultura: -Atienden a las mujeres en el temascal. -Se dan cuenta del estado del bebé.</p> <p>Reconocen que las comadronas pueden equivocarse en el diagnóstico médico y que en el momento de una emergencia, no tienen forma de atender a la madre.</p> <p>Reconocen la importancia de que las comadronas sean capacitadas, para asegurar que: -Usen guantes y tengan higiene. -Tomen la presión arterial. -Puedan referir en caso de ser necesario.</p>

comunidad comadrona serviciodesalud

Se plantea que existen tres actores en la dinámica de acceso a servicios de salud en el municipio: la comunidad, las comadronas y los servicios de salud, los cuales interactúan dentro de esta dinámica.

Conclusiones

Se presenta a continuación las conclusiones de este estudio, según el nivel en el cual ocurren los determinantes del uso de servicios de salud:

comunidad

- La población pertenece a un grupo étnico y lingüístico distinto al del personal que atiende en los servicios de salud.
- Una proporción importante de la población es rural y se encuentra geográficamente dispersa.
- Nivel educativo limitado que condiciona el bajo conocimiento sobre métodos de planificación familiar.
- Altos niveles de pobreza que condicionan un estado de salud inferior y dificultan la accesibilidad en el traslado a los servicios de salud.
- Existencia de un sistema tradicional de salud en donde el principal proveedor y primera opción es la comadrona, considerada como autoridad y en quien se confía grandemente.
- Creencias y normas culturales que desde su cosmovisión maya, buscan restaurar el equilibrio de su cuerpo para mejorar la salud y su relación con el mundo exterior por medio de la medicina natural.
- Utilización del temascal como herramienta para la limpieza física y espiritual durante el embarazo, parto y postparto.

- Limitación en el uso de métodos de planificación familiar modernos, debido a la concepción de pecado, ir contra de la voluntad de Dios y hacer daño al cuerpo de la mujer; limitada capacidad de decisión de la mujer sin la participación del esposo.
- La familia, como sistema de apoyo emocional y económico para la mujer, debe permanecer cerca, sobre todo en momentos de riesgo como el parto.
- Existencia de jerarquías familiares, en donde las decisiones son tomadas por el esposo (o pareja) y la suegra, con limitada influencia de la mujer.
- Identificación, aceptación y uso de servicios de salud occidentales en caso de emergencia.
- El embarazo, parto y postparto son vistos como algo normal, que no necesitan ser atendidos por personal de salud.
- La influencia de las Iglesias que condenan el uso de la planificación familiar.

comadronas

- Un grupo de señoras de edad avanzada y de bajo nivel educativo que han recibido capacitaciones del MSPAS y de diversas ONG.
- Amplia experiencia de trabajo con las mujeres de la comunidad en la atención del embarazo, parto y postparto con disponibilidad de tiempo.
- Amplio reconocimiento y valoración de su trabajo por la comunidad.
- Disponibilidad e interés de colaborar e interactuar con el Centro de Salud.
- Inexistencia de un espacio físico destinado exclusivamente para ellas para recibir capacitaciones.
- Son remuneradas al atender los partos en el hogar.

servicios de salud

- Poca disponibilidad de servicios de salud en el municipio.
- Atención en el área rural por extensión de cobertura, con limitado personal, limitados medicamentos y periodicidad de una vez al mes, sin la posibilidad de consultas privadas.
- Limitación en la comunicación con la comunidad, ya que únicamente una proporción del personal habla kaqchikel.
- Existencia de medicamentos para la atención médica únicamente del listado básico, no disponibilidad para otras enfermedades como preclampsia ni prenatales.
- Horario limitado a ocho horas diarias para atención de la comunidad.
- Falta de atención de partos y capacidad resolutive de emergencias obstétricas en el Centro de Salud.
- Disponibilidad del director del Centro de Salud para atender a todos los pacientes en el horario de trabajo sin limitación del número.
- Posibilidad de ambulancia para el transporte de pacientes a partir de finales de 2010.
- Desconocimiento de la comunidad acerca de los servicios disponibles del MSPAS.

recomen daciones

Las conclusiones de este estudio permiten hacer una serie de recomendaciones de abordaje de diferente nivel:

comunitario

- Existe una necesidad de abordar la temática de salud sexual y reproductiva en los diferentes espacios, incluyendo individuos, familia y comunidades, con metodologías que se adecuen a la realidad y al contexto de la población.
- Mejorar la comunicación entre la comunidad y los servicios de salud para lograr una mayor comprensión de la salud y, principalmente, de la atención de la mujer embarazada y de la niña o niño.
- Desarrollar capacitaciones sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y atención oportuna y adecuada de la embarazada. Estas deben incluir tanto a hombres como a mujeres, presentando los beneficios y desventajas de cada una.
- Crear espacios de intercambio para los hombres, en donde se traten temas de salud sexual y reproductiva y se promueva la valorización de la mujer de manera prioritaria.
- Reforzar el plan de emergencia en la comunidad, para asegurar que los hombres se involucren en el proceso.
- Promover la búsqueda de servicios del MSPAS durante el embarazo, parto y postparto, no únicamente en caso de emergencia.

servicios de la comadrona

- Mejorar la comunicación y referencia de comadronas y servicios de salud, como mecanismo que permita desarrollar un único sistema en el espacio local.
- Explorar estrategias que mejoren la identificación y referencia de las mujeres de manera oportuna.
- Desarrollar capacidades necesarias en las comadronas para la atención adecuada de las mujeres.

servicios de salud

- Considerar la elevación de los servicios prestados por el Centro de Salud para la atención obstétrica y neonatal de emergencia.
- Sensibilizar a los prestadores de salud en la adecuación intercultural de los servicios para lograr una mejoría en la calidad de la atención.
- Fortalecer al personal de salud en el idioma kaqchikel.
- Mejorar la comunicación entre el servicio de salud y la comunidad para que se haga una evaluación y mejoramiento continuo de los servicios.
- Considerar la presencia de las comadronas durante el parto, la existencia de un temascal y un ambiente menos frío en el hospital. Efectuar un intercambio de experiencias entre las comadronas y el personal del hospital en la atención de los partos para considerar su participación.

biblio grafía

Alan Dever, P. (1991). Epidemiología y administración de servicios de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

Cojtí, D. (1995). Concepto y Significado del Pueblo Maya y sus derechos, en Aproximación a la Cosmovisión Maya. Guatemala: IDIES, Universidad Rafael Landívar.

Cordero Muñoz, Luis Salud de la Mujer Indígena – Intervenciones para reducir la muerte materna.

Lima Soto, R. E. (1995). Aproximación a la cosmovisión Maya. Guatemala: IDIES, Universidad Rafael Landívar.

Mack, L. M. (2003). Programas para la Atención Integral en el Primer Nivel de Atención en Salud: Análisis y Propuesta. Guatemala: Tesis presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el acto de investidura de Médico y Cirujano.

Martín, J. d. (2001). La Cosmovisión Indígena Guatemalteca, Ayer y Hoy. Revista Estudios Sociales (65, Cuarta época).

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil, 2008 - 2009. Guatemala .

Muñoz, L. C. (2010). Salud de la Mujer Indígena, Intervenciones para reducir la muerte materna. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.

Organización de Naciones Unidas. (2004). Seminario sobre recopilación y desglose de datos relativos a los pueblos indígenas. El concepto de pueblos indígenas. publications.paho.org/spanish/introduccion+OT+198.pdf. Nueva York: Documento de antecedentes preparado por la secretaría del Foro permanente para las cuestiones indígenas.

Organización Internacional del Trabajo. (2007). Seminario Taller el Derecho Internacional de los Pueblos Indígenas y su aplicabilidad en el Perú. Lima: Oficina Regional OIT.

Organización Panamericana de la Salud. (1997). Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales: Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales. Washington, D.C.: División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

ane XOS

A cotinuación se encuentran los anexos del estudio:

- Guía de grupo focal a mujeres
- Guía de grupo focal a hombres
- Guía de grupo focal a comadronas
- Guía de grupo focal a personal de salud
- Guía de entrevista a profundidad a líderes comunitarios
- Tabla resumen de entrevista a líderes de la comunidad

guía grupos focales de mujeres

Visión acerca del proceso de salud reproductiva y materna

- 1 | ¿Qué es la menstruación? ¿Cómo cambia la vida de una mujer? ¿Cómo se siente una mujer cuando tiene la menstruación? ¿Cómo se siente una mujer cuando ya no tiene la menstruación?
- 2 | ¿Cómo orienta una madre a su hija acerca de este tema?
- 3 | ¿Cómo se conceptualiza el embarazo?
- 4 | ¿Qué cuidados debe de tener una mujer embarazada?
- 5 | ¿Considera importante llevar el control prenatal?
- 6 | ¿Qué piensa de la planificación familiar?
- 7 | ¿Conoce algunos métodos de planificación familiar? ¿Cuáles?

El rol del servicio de salud

- 1 | ¿Conoce / visita el Centro de Salud?
- 2 | ¿Qué servicios conoce que brinda?
- 3 | ¿En qué idioma le atienden generalmente el personal del Centro de Salud?
- 4 | ¿Cuál es el horario de atención del centro de salud? ¿Le es fácil ir en este horario? ¿Por qué? ¿Cuáles son los momentos de la semana que más fácil se le haría ir al Centro de Salud?
- 5 | Describa qué pasa al momento en que una mujer llega al Centro de Salud, ¿Cómo la atienden? ¿Cómo la tratan?
- 6 | ¿Usted tiene que hacer gastos cuando se recibe atención del Centro de Salud?
- 7 | ¿Que hace el Centro de Salud cuando se presenta una emergencia?

El rol de la comadrona

- 1 | ¿Cómo se conoce quién es comadrona? ¿Qué hace una comadrona? ¿Cómo son las relaciones entre las comadronas y las mujeres de esta comunidad? ¿Además del embarazo y el parto, la comadrona ayuda en otras situaciones?
- 2 | De poder escoger a donde ir, prefiere la comadrona o el Centro de Salud ¿Por qué? ¿Sus esposos qué prefieren? ¿Qué ventajas tiene la comadrona sobre el Centro? ¿Qué ventajas tiene el Centro sobre la comadrona? ¿Confía más en las comadronas o en el Centro de Salud?
- 3 | ¿Ayudan las comadronas en el cuidado del bebe durante el embarazo?
- 4 | ¿Las comadronas refieren al Centro de Salud para ser orientadas?
- 5 | ¿Las comadronas reciben capacitación en el Centro de Salud?
- 6 | ¿En qué momentos de la semana visita a la comadrona? ¿Ella tiene horario de atención? ¿Cómo es?
- 7 | ¿Qué otros gastos se tienen que hacer cuando se recibe atención de la comadrona?
- 8 | ¿Que hace la comadrona cuando se presenta una emergencia?
- 9 | ¿Que sería lo mas recomendable que haría según su opinión?

guía grupos focales de hombres

Visión acerca de la salud reproductiva y materna

- 1 | ¿Cuándo y cómo una mujer es fértil?
- 2 | ¿En las familias como se decide la cantidad de hijos que tienen? O si quieren tener o no otro hijo? Como pareja quién decide el número de hijos que desean tener? ¿En qué cosas piensa al momento de tomar estas decisiones?
- 3 | ¿Qué piensa de la planificación familiar? ¿Cómo evitan?
- 4 | ¿Conoce algunos métodos de planificación familiar? ¿Cuáles?
- 5 | ¿Cree usted que la decisión de planificar es del hombre o de la mujer?
- 6 | ¿Es conveniente que la mujer vaya a chequeos al Centro de Salud aunque no está embarazada? ¿Por qué?
- 7 | ¿Qué ofrece mejor atención a un parto, la comadrona o el Centro de Salud? ¿Por qué?

El rol del servicio de salud

- 1 | ¿Qué servicios que presta el Centro de Salud, especialmente a las mujeres?
- 2 | ¿Qué horario de atención tiene el Centro de Salud?
- 3 | ¿Es accesible el Centro de Salud para la población?
- 4 | ¿En qué idiomas se atiende a las personas que llegan al Centro de Salud?
- 5 | ¿Consideran importante que la mujer acuda a los servicios de salud para buscar información y atención médica?
- 6 | ¿Los esposos acostumbran acompañar a su esposa cuando acude al Centro de Salud?
- 7 | ¿Confía en la comadrona o en el Centro de Salud para la atención de las mujeres?
- 8 | ¿Cuando la mujer se siente mala quién acude?
- 9 | ¿Por qué algunas familias no buscan el servicio de salud?
- 10 | ¿Qué hace el Centro de Salud cuando se presenta una emergencia?
- 11 | ¿Que sería lo más recomendable que haría según su opinión?
- 12 | ¿Qué hace la comadrona cuando se presenta una emergencia?
- 13 | ¿Qué sería lo mas recomendable que haría según su opinión?

guía grupo focal de comadronas

Articulación del trabajo de las comadronas con el servicio de salud

- 1 | ¿Acostumbran referir a sus pacientes al Centro de Salud u Hospital? ¿Por qué?
- 2 | ¿Cómo es su relación con el Centro de Salud? ¿Cómo las hace sentir esta relación?
- 3 | ¿El Centro de Salud las capacita? ¿Son útiles estas capacitaciones? ¿Cuáles han sido los temas más importantes y útiles en que han recibido una capacitación?
- 4 | ¿Cómo les gustaría que fuera la relación con el Centro de Salud?

Involucramiento de la familia en el proceso

- 1 | ¿La familia de la embarazada, la apoya y acompaña durante el proceso del embarazo?
- 2 | ¿Durante la atención del parto, existe acompañamiento de la familia de la paciente?
- 3 | ¿Usted acepta y respeta la decisión de la embarazada sobre la posición para dar a luz?
- 4 | ¿Conoce los planes de emergencia familiares y comunitarios?
- 5 | ¿Las familias están de acuerdo con el cobro de sus servicios?
- 6 | Además de sus servicios ¿qué otros gastos hace una familia cuando la visita o recibe atención médica de su parte?

Atención de los pacientes

- 1 | ¿Utiliza algún medicamento para aliviar los dolores de sus pacientes durante el parto?
- 2 | ¿Utiliza algún medicamento para apurar el parto de sus pacientes?
- 3 | ¿Conoce los cuidados de los que deben darle a los recién nacidos?
- 4 | ¿Conoce las complicaciones o signos de peligro durante el embarazo?
- 5 | ¿Conoce las cuatro demoras en el momento de alguna complicación?

guía grupo focal centro de salud

El servicio prestado por el Centro de Salud

- 1 | ¿Qué servicios presta el Centro de Salud en general? ¿Qué servicios presta en salud sexual y reproductiva? ¿Qué tipo de educación sexual brindan en el servicio?
- 2 | ¿En qué idioma atienden a los usuarios del servicio? ¿Por qué?
- 3 | ¿Es requisito para los usuarios presentar papelería o documentación para ser atendidos? ¿Cuál?
- 4 | ¿A qué lugares refieren a los pacientes cuando necesitan de un examen no disponible en este servicio? ¿Con qué frecuencia siguen los pacientes estas referencias? ¿Qué dificultad que el paciente pueda hacer caso a sus recomendaciones? ¿Qué cambios facilitarían que los pacientes asistieran al servicio de salud?

El Centro de Salud y la comunidad

- 1 | Describa cómo es la relación que tienen con los usuarios:
- 2 | ¿Por qué cree usted algunas mujeres no asisten al servicio de salud?
- 3 | ¿Por qué cree que algunas mujeres si asisten al servicio de salud?
- 4 | ¿Cuánto es el gasto que representa a la familia trasladar al paciente al hospital nacional?
- 5 | ¿Cuál es la metodología que utilizan para trasladar o referir a un paciente al hospital nacional?
- 6 | ¿Cómo perciben ustedes que les gustaría a los usuarios que los atendieran?

El Centro de Salud y las comadronas

- 1 | ¿Cómo esperaría o que perfil sería para usted una comadrona de alta competencia?
- 2 | ¿Las comadronas apoyan al Centro de Salud? ¿Cómo?
- 3 | ¿El Centro de Salud apoya a las comadronas? ¿Cómo?
- 4 | ¿Le prestan capacitación a las comadronas? ¿Cómo la dan? ¿Quién la da?
- 5 | ¿Hay algo que pudiera aprender el personal del Centro de Salud de la comadrona ideal?

Coordinación con otras organizaciones

- 1 | ¿Que coordinación tiene el servicio de salud con la Municipalidad?
- 2 | ¿Que coordinación tiene con grupos de la comunidad?
- 3 | ¿Cuántas ONG están involucradas en el proceso de prestar atención a los usuarios?
- 4 | ¿Que coordinación tiene con instituciones privadas?
- 5 | ¿Que función tiene estas instituciones para el apoyo al servicio?

entrevistas a líderes comunitarios

- 1 | ¿Existe comité de salud en la comunidad?
- 2 | ¿Quiénes integran el comité de salud?
- 3 | ¿Existe participación de los líderes comunitarios en la formación de los planes de emergencia comunitaria?
- 4 | ¿Qué piensan del trabajo de las comadronas?
- 5 | ¿Qué piensan del servicio de salud?
- 6 | ¿Conocen la situación de salud de la comunidad, especialmente materna infantil?
- 7 | ¿Existe coordinación entre la comunidad y el Centro de Salud para la gestión de medicamentos básicos y otros insumos para la comunidad?
- 8 | ¿Existen otras organizaciones que apoyan la atención de salud en la comunidad? Cuáles?
- 9 | ¿Participan en la elaboración o planificación de los programas de salud de la comunidad?
- 10 | ¿Los líderes comunitarios verifican el cumplimiento del horario de trabajo, del funcionamiento y otras necesidades del servicios?

inventario de servicios de salud

Este formulario debe ser llenado para todos los servicios de salud de Santa Apolonia, Chimaltenango, incluyendo Centro de Salud, Puesto de Salud y extensión de cobertura.

FUNCIONAMIENTO Y EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE SALUD			
EQUIPO	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Equipo de esterilización			
Tanques de oxígeno			
Bolsa y Mascarilla			
Esfigmomanómetro			
Estetoscopio			
Termómetro rectal			
Venaset			
Catéter y Jeringuillas			
Guantes estériles			
Ventiladores pediátricos			
Equipo de anestesia			
Otro			
MEDICAMENTOS	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Antibióticos			
Sulfato de magnesio			
Misoprostol			
Oxitócicos			
Anti convulsivantes			
Anti hipertensivos			
Solución antiséptica			
Anestésicos			
Infusiones IV			
Analgésicos			
Prenatales			
Anticonceptivos orales			
Anticonceptivos inyectables			
Preservativos			
T de cobre			
Implantes			

¿Qué efecto tiene sobre la asistencia del usuario al Centro de Salud cuando alguno de los medicamentos no esta disponible?

ACCESIBILIDAD DE SERVICIOS: HORARIO, IDIOMA Y ADECUACION CULTURAL DE SERVICIOS OFRECIDOS					
A. Con qué tipo de Personal cuenta el servicio de salud					
PERSONAL	CUÁNTOS HAY EN EL SERVICIO	QUÉ IDIOMA HABLAN	QUÉ ACTIVIDAD TIENEN	ES DE LA LOCALIDAD	CUÁNTO TIEMPO ATIENDEN
Médicos					
Enfermera profesional					
Auxiliar de enfermería					
Maestros					
Contadores					
Secretarias					
Laboratoristas					
Técnicos en salud					
Facilitadores institucionales					
Educadores					
Personal de limpieza					

PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS			
PROCEDIMIENTOS	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Atención de partos			
Atención prenatal			
Atención postnatal			
Planificación familiar			
Pediatría			
Vacunación de toxoide tetánico			
Vacunación de BCG			

COMUNICACIÓN			
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Línea telefónica			
Línea de fax			
Teléfono público			
Computadora /internet			
Comunicación por radio			
Teléfono celular			

TRANSPORTES DE SERVICIOS			
TRANSPORTES	SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
Ambulancia			
Carro privado			
Taxi			
Motocicleta			
Carreta			
Otro			

ESTRATEGIAS UTILIZADAS PARA PROMOVER EL USO DE SERVICIOS

Realizan algún tipo de promoción para que los usuarios acudan al servicio de salud: SI NO

¿Por qué? _____

Qué clase de estrategias utilizan: _____

Qué es lo mas efectivo para que los usuarios asistan al servicio de salud: _____

Qué cree que sería bueno implementar para que los usuarios asistan: _____

SERVICIOS	TIPO DE ACTIVIDADES	QUÉ MATERIALES UTILIZAN
Papanicolaou		
Planificación familiar		
Vacunación		
Atención prenatal		
Atención postnatal		

PARTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO

Este formulario debe ser llenado para todos los servicios de salud de Santa Apolonia Chimaltenango.

PERSONAL	COMADRONA	CENTRO DE SALUD	EXTENSIÓN DE COBERTURA	HOSPITAL	RED GLOBAL
Número de partos					
Número de nacidos vivos					
Número de mortinatos					
Número de muertes maternas					

TASAS			
Tasa de mortalidad materna		Tasa de fecundidad	
Tasa de mortalidad neonatal		Tasa de natalidad	
Tasa de mortalidad infantil		Tasa de control prenatal	
Tasa de uso de métodos anticonceptivos		Tasa de control postnatal	