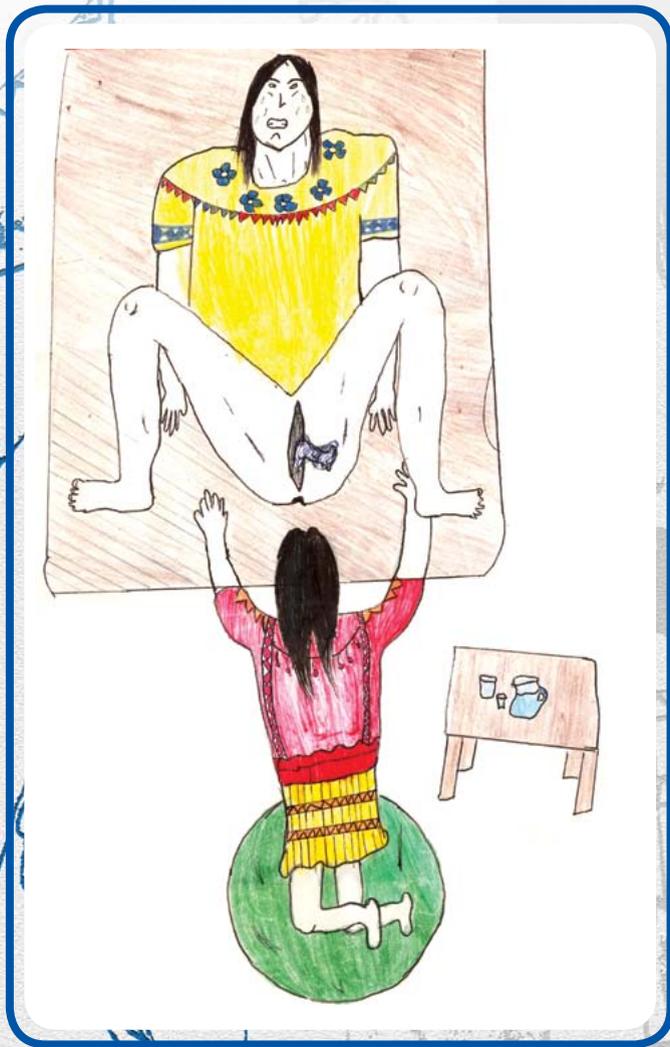


Dónde dar a luz

La decisión de la mujer sobre el lugar del parto en comunidades indígenas de Guatemala



2012

Factores determinantes para aumentar el parto institucional y disminuir la muerte materna y perinatal dentro de la población indígena de Guatemala

Dónde dar a luz. La decisión de la mujer sobre el lugar del parto en comunidades indígenas de Guatemala. Factores determinantes para aumentar el parto institucional y disminuir la muerte materna y perinatal dentro de la población indígena de Guatemala.

ISBN: 978-9929-40-272-0

PORTADA:

Dibujo ganador del primer lugar categoría 10 años
"Cómo nacen los niños". CIESAR 2002
Pintor: Esteban Luis Cos
Santa Cruz del Quiché

Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva

Organización Mundial de la Salud / Oficina Panamericana de la Salud (OMS/OPS)

Ministerio de Salud Pública, Guatemala

"Esta investigación recibió financiamiento del programa de Investigación en Salud Reproductiva (HQ/RHR). Organización Mundial de la Salud / Oficina Panamericana de la Salud (OMS-OPS)"

Mayor información:

Dr. Edgar Kestler
Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva
Hospital General "San Juan de Dios"
1ª. Avenida 10-50 Zona 1, Sótano
Guatemala, Guatemala
Teléfono (502) 2221-2391 y 2230-1494
Fax: (502) 2221-2392
Correo Electrónico: ciesar@ciesar.org.gt
Pagina Web: www.ciesar.org.gt

Guatemala Agosto 2012

**Dar a luz en la habitación,
es la tradición**
**La nueva motivación,
dar a luz en la institución**

Dónde dar a luz

La decisión de la mujer sobre el lugar del parto en comunidades indígenas de Guatemala

Factores determinantes para aumentar el parto institucional y disminuir la muerte materna y perinatal dentro de la población indígena de Guatemala

Los resultados de esta publicación fueron importantes para la realización del estudio titulado **“Estudio randomizado de comparación de pares para medir la eficacia de un paquete de intervenciones para incrementar el parto vaginal institucional y disminuir la mortalidad perinatal en población indígena de Guatemala”**.

Equipo Técnico:

Dr. Edgar Kestler

Director e investigador

Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva

Lic. Sandra Sáenz de Tejada

Investigadora y coordinadora de campo

Equipo encuestador:

Patricia de la Roca

Benjamín Pérez

Gloria Ordóñez

Margarita Caal

Lucía López Morales

Reconocimiento especial:

A Dra. Anabelle Bonvecchio y Dra. Dilys Walker del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México.

Al personal de salud y comadronas tradicionales capacitadas que trabajan en las Áreas de Salud que participaron en éste estudio, por el valioso aporte que brindaron para la realización del presente documento.

Presentación

La mortalidad materna y perinatal siguen siendo retos en salud muy importantes en Guatemala. Según los datos del Ministerio de Salud en el año 2007 se detectaron 537 mujeres que murieron durante el embarazo y parto, lo que produjo un cálculo de razón de mortalidad materna para el país, aún muy alto y desafiante para intervenir sobre todo en la mujer indígena, pobre y rural. Las Naciones Unidas desarrollaron los objetivos del Milenio (ODM) 4 y 5 los cuales retan al mundo en la búsqueda de estrategias efectivas para reducir la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, por su parte la Organización Mundial de Salud / Oficina Panamericana de la Salud (OMS/OPS) han manifestado que si para cada nacimiento, cada mujer pueda tener el acceso a un proveedor calificado esto puede reducir muertes maternas y perinatales.

El Ministerio de Salud de Guatemala ha insistido que aún existe un gran reto para el país en el tema de aseguramiento de servicios que permitan ejercer el derecho de las mujeres a una maternidad saludable, reforzando la necesidad de dar seguimiento al cumplimiento e implementación de las acciones planteadas en el Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y Mejoramiento de la Salud Reproductiva 2010-2015, especialmente garantizando el acceso de todas las mujeres a servicios de salud de calidad, con enfoque de género y pertinencia cultural.

Una gran barrera para buscar atención al momento del parto en instalaciones de salud pública es la creencia de que estas instalaciones no serán capaces de tener ciertos elementos de la atención que las mujeres consideran muy importantes, como por ejemplo, poder comunicarse en su idioma maya, poder tener acompañamiento de un familiar durante el parto, poder elegir la mejor posición al parto, obtener vivas calientes después del parto y ser tratada amablemente.

Para garantizar el acceso de las mujeres en trabajo de parto a las instalaciones públicas para la atención del parto, se hace necesario conocer los factores que determinan esta decisión por parte de todos los actores que en alguna medida influyen en esta decisión. La presente publicación presenta la opinión de la comadrona tradicional, las auxiliares de enfermería comunitaria en materno



neonatal y los facilitadores comunitarios, que tienen sobre la selección del lugar del parto.

Así también se discute la visión de la mujer del porqué tener su parto en casa, cual es el sentido de la costumbre que ellas tienen, que significa el valor que se tiene como mujer a la hora del parto, cuál es la comodidad de parir en casa, la relación que se tiene con su comadrona, las ventajas económicas de parir en casa, la poca o nula percepción de riesgo que se tiene por parte de la mujer y porqué, y como los servicios de salud contribuyen en esta confusión y los aspectos relacionados con el manejo y cuidado de la placenta.

Describe también que se piensa de tener su parto en el Centro de Atención Permanente (CAP), cual es el punto de vista de las pacientes, que piensa el personal comunitario, cual es la visión del personal de salud de los CAP y finalmente cuanto cuesta para la mujer de la comunidad el tener su parto en el CAP.

Cualquier intento que pretenda aumentar el parto institucional, con calidad, enfoque de género y pertinencia cultural tiene que tomar en cuenta lo discutido en esta publicación para no continuar alejando de los servicios a la mujer embarazada de las comunidades, pobres y rurales. Parte de ese problema complejo que se tiene en la mortalidad materna del país y la búsqueda de estrategias efectivas para evitar mas muertes maternas puede encontrar respuesta en esta publicación. Dejemos que el lector obtenga sus propias conclusiones.

Dr. Edgar Kestler

Tabla de contenidos

I.	UN POCO DE HISTORIA.....	9
	La dimensión indígena.....	11
II.	NUESTRO PROPÓSITO.....	13
III.	EL CAMINO QUE SEGUIMOS.....	14
IV.	RESULTADOS QUE OBTUVIMOS.....	16
	A. Personal en la comunidad y su influencia en la selección del lugar del parto.....	16
	1. La comadrona tradicional.....	16
	2. Las auxiliares de enfermería materno-neonatal.....	20
	3. Los facilitadores comunitarios.....	21
	4. Los planes de emergencia.....	22
	Hallazgos principales.....	23
	B. Dar a luz en casa.....	25
	1. El sentido de la costumbre.....	25
	2. El valor de la mujer.....	25
	3. Comodidad de estar en su casa.....	26
	4. La relación con la comadrona.....	26
	5. Ventajas económicas del parto en casa.....	27
	6. Parto en casa y percepción de riesgo.....	27
	7. Qué se hace con la placenta.....	28
	Hallazgos principales.....	29
	C. Dar a luz en el CAP.....	29
	1. Punto de vista de las pacientes.....	30
	2. Opinión del personal comunitario.....	32
	3. Visión del personal de servicios.....	36
	4. Cuánto cuesta el parto en el CAP.....	39
	Hallazgos principales.....	39
V.	NUESTRA VISIÓN.....	41



Abreviaturas

AECAMN	Auxiliar de Enfermería Comunitaria en Atención Materno Neonatal
CAP	Centro de Atención Permanente
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CIESAR	Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva
COCODE	Comité Comunitario de Desarrollo
DAS	Dirección de Área de Salud
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
MSP	Ministerio de Salud Pública
Renap	Registro Nacional de las Personas

I. UN POCO DE HISTORIA

Tradicionalmente, en la mente de los guatemaltecos la función de la mujer es la maternidad: tener hijos marca la edad adulta y es una parte esencial de la unión entre hombre y mujer. Para muchas mujeres la maternidad es parte inevitable no sólo de vivir en unión, sino también de la vida. Esto resulta especialmente importante en el área rural donde a las mujeres se les ofrece pocas oportunidades educativas o de empleo. En la cultura guatemalteca se apoya fuertemente la maternidad temprana y por esa razón, muchas niñas crecen considerando que la vida en pareja y la maternidad son su mejor opción. No obstante, cuando las guatemaltecas se deciden por la maternidad, ni su entorno ni sus familias les facilitan el mejor cuidado durante el embarazo, parto y puerperio o cuarentena. Un alto número de hijos sigue siendo muy valorado, particularmente en el área rural. Esta creencia influye de manera importante en el riesgo de mortalidad materna. Además del factor que las mujeres generalmente no deciden su fertilidad ni otros aspectos de su salud.

En Guatemala cada día mueren dos mujeres por causas relacionadas con su función de tener hijos. La gran mayoría de estas muertes podrían ser prevenidas si las mujeres, especialmente las indígenas rurales y pobres, tuvieran un mejor acceso a los servicios de salud. Según estimaciones internacionales, el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida es el peor de la región, con excepción de Haití.

La mortalidad materna afecta a las mujeres de todas las clases sociales y económicas. Sin embargo, un número exageradamente alto de las mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio viven en la pobreza, tienen poca educación y viven en regiones rurales. La mortalidad materna es la prueba del daño extremo que algunas mujeres sufren durante la etapa reproductiva de sus vidas, el acceso escaso a los servicios de salud y la baja calidad de los mismos, las malas condiciones sociales, la desnutrición y las consecuencias de la marginalización social de las mujeres. Según la ubicación del parto (servicio de salud u hogar),



los casos de mortalidad materna están relacionados con varios problemas claramente identificados: las emergencias obstétricas no son detectadas a tiempo, se atienden tarde o de manera inadecuada, las dificultades en el sistema de referencia, la falta de acceso a los servicios y la baja capacidad de estos para cubrir casos graves. Las principales causas de muerte materna son hemorragia, complicaciones del aborto, infección y eclampsia (presión alta y convulsiones). Se ha estimado que hasta el 90% de las muertes maternas son prevenibles. Por esta razón, se considera que la mortalidad materna refleja el nivel de inequidad y el pobre desarrollo socio-económico del país. También es un indicador sensible del sistema de salud del Estado y de su compromiso social con el desarrollo humano. Es por ello que tanto los Acuerdos de Paz como las Metas del Milenio han incluido la disminución de la mortalidad materna como uno de sus objetivos.

En las últimas décadas ha habido un leve descenso en la mortalidad materna en el país. Sin embargo, este hecho no es significativo. Como respuesta a esta situación se promulgó la Ley de Desarrollo Social en octubre de 2001, la cual llama a la creación de unidades de atención de la salud con la capacidad de atender emergencias obstétricas. Si bien esta capacidad es indudablemente una prioridad, es igual de importante examinar por qué más de la mitad de los nacimientos del país se realiza dentro de los hogares, cifra que aumenta a 70% entre mujeres indígenas.

El Banco Mundial ha estimado que las regiones norte, nororiente, noroccidente y suroccidente son aquellas zonas en donde hay menos caminos transitables y menos transporte público. Estas son las áreas que cuentan con mayor población indígena y pobre y también, las que tienen mayores índices de mortalidad materna. Una red vial deficiente no solo aumenta el tiempo del viaje sino también su precio. En las regiones norte y noroccidente el costo por visitar un establecimiento de salud es tres veces mayor que el promedio nacional. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo ha demostrado que las áreas menos cubiertas por el Estado son los municipios con mayor población indígena y mayor ruralidad.

Las razones por las que muchas mujeres prefieren dar a luz en sus hogares incluyen costo, distancia, transporte, desconfianza en los servicios, etc. A la vez,

las cuatro tardanzas para identificar los factores que afectan el tiempo entre el inicio de la complicación obstétrica y la recepción de atención adecuada son: la toma de decisión de buscar atención, el acceso a los servicios de salud, la tardanza en recibir atención una vez se ha llegado a los servicios y por último la calidad de esta atención. La muerte materna puede ser consecuencia de la demora en cualquiera de estas fases.

La dimensión indígena

Ser mujer, indígena y pobre son características que significan un alto riesgo de morir por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. La población indígena en Guatemala es más pobre, más rural y con menos educación que la población ladina o no indígena. Asimismo, la población indígena es más fértil y sus miembros celebran su primera unión y tienen su primer hijo un año antes que la media nacional. Aunque la mayoría de mujeres busca alguna atención prenatal en los servicios de salud pública, los partos son atendidos principalmente en casa.

La discriminación de género que sufren las mujeres indígenas en sus familias y en sus comunidades las expone más al maltrato y a la sobrecarga de responsabilidades. Además de “cuidadoras culturales y protectoras de la tradición” son responsables de la supervivencia cultural. En la sociedad maya, las mujeres están subordinadas a la autoridad paterna o conyugal y con frecuencia están bajo el control social de las familias de sus esposos. En las decisiones en el cuidado de los hijos y de la salud reproductiva de la mujer, el hombre es quien tiene la última decisión. Otras disposiciones familiares incluyen cuántos hijos tener, dónde y cuándo buscar atención médica e impedir que las mujeres salgan de sus viviendas sin su consentimiento. En un estudio realizado en siete departamentos del país, una tercera parte de las mujeres dijo no tener ningún poder de decisión sobre la búsqueda de atención de un niño enfermo o de ella misma en caso de complicaciones graves durante el embarazo.

En la actualidad, la mayoría de las indígenas prefieren el nacimiento en sus propios hogares, atendidas por una comadrona, aunque hay diferencias dentro de los diferentes grupos lingüísticos. Las prácticas de las comadronas están enmarcadas



en la cultura maya e incluyen diversos ritos. Los servicios de salud pública no proveen ninguno de los elementos anteriores a las pacientes indígenas y las experiencias observadas en la mayoría de los servicios las disuaden totalmente de optar por ellos.

Es en este contexto de pobreza y exclusión que debe considerarse el poco uso de los servicios públicos de salud reproductiva de las mujeres indígenas. Este hecho se debe en buena parte a la falta de confianza en estos servicios por su mala calidad, poca capacidad de respuesta y maltrato a la población indígena.

II. NUESTRO PROPÓSITO

Este estudio está orientado a comprender las preferencias en la búsqueda de atención obstétrica en las regiones indígenas del país, con proveedores y comadronas tradicionales de Huehuetenango, San Marcos y Quiché y además con comunidades de dos municipios: Carchá, Alta Verapaz (q'eqchi') y San Ildefonso Ixtahuacán, Huehuetenango (mam).

Específicamente, se trata de identificar:

- Los factores que influyen en la búsqueda de atención para el parto, tanto desde el punto de vista de las usuarias como de los diferentes proveedores de salud.
- La apreciación de las nuevas opciones de parto en los Centros de Atención Permanente (CAP), desde diferentes puntos de vista.

III. EL CAMINO QUE SEGUIMOS

Este estudio se realizó por medio de entrevistas y grupos focales a las personas incluidas en este contexto. De especial importancia son los procesos que revelan datos como “cuántos” o “con qué frecuencia”. El enfoque está centrado en buscar tendencias y la unidad de análisis con frecuencia fue la comunidad y no las mujeres o sus familias.

La recolección de datos estuvo dividida en tres fases. En la primera etapa se discutió con grupos focales de aproximadamente doce personas, escogidos entre proveedores de Huehuetenango, San Marcos y Quiché. En uno de estos grupos participaron médicos y enfermeras de diversos CAP y en el otro, se incluyó a comadronas de varios municipios.

En la segunda fase de campo, realizada en Carchá, Alta Verapaz y en San Idelfonso Ixtahuacán, Huehuetenango, se contó con la colaboración de los servicios de salud (CAP en Huehuetenango y la prestadora del Programa de Extensión de Cobertura en Alta Verapaz) para la convocatoria a los grupos focales, los cuales se hicieron con mujeres primigestas (en su primer embarazo), multíparas (mujeres con varios hijos), facilitadores comunitarios del Programa de Extensión de Cobertura del Ministerio de Salud Pública y con comadronas.

Además de los grupos focales se realizaron entrevistas individuales con cuatro tipos de personas:

1. mujeres que viviendo a una distancia razonable del CAP decidieron dar a luz en sus casas,
2. mujeres que dieron a luz en el CAP,
3. esposos y
4. mujeres en edad fértil después que habían acudido a consulta en el CAP.

La tercera fase de campo incluyó discusiones en grupos focales con individuos de diversos CAP de Alta Verapaz y Auxiliares de Enfermería Comunitaria en Atención Materno-Neonatal (AECAMN) que operan en esos departamentos.

El trabajo de campo fue realizado por dos antropólogas, asistidas por personal de campo local con experiencia en relacionarse con la comunidad. Todas las discusiones en grupos focales fueron grabadas y luego transcritas; las que fueron conducidas en mam y q'eqchi' fueron traducidas al español. Las entrevistas con esposos y con mujeres con parto en casa o en CAP fueron resumidas y analizadas.

IV. RESULTADOS QUE OBTUVIMOS

A. Personal en la comunidad y su influencia en la selección del lugar del parto

Tradicionalmente, la única persona de la comunidad que incidía en el lugar del parto era la comadrona. Con el advenimiento del Programa de Extensión de Cobertura se establecieron los facilitadores comunitarios y las guardianas de salud (ahora ya desaparecidos) en las áreas no cubiertas por el Ministerio de Salud Pública. Recientemente se han agregado los Auxiliares de Enfermería Comunitaria en Atención Materno-Neonatal. Aunque los tres tipos de proveedores refieren a las embarazadas a los servicios de salud para control prenatal, aconsejan a las embarazadas de riesgo tener un parto institucional y aspiran a reducir la mortalidad materna hasta donde les es posible. La relación que tienen con la población y con los servicios del Ministerio de Salud Pública es diferente, como lo es su grado de influencia.

1. La comadrona tradicional

La extensa literatura sobre las comadronas ha descrito su papel en la comunidad y ha detallado sus prácticas obstétricas. ***Este estudio buscó más bien conocer su relación actual con los servicios (específicamente con los CAP) y cómo les afecta la aún inicial tendencia al parto institucional.***

La relación entre las comadrona y los servicios de salud se ha venido estrechando en los últimos años. Aunque continúa siendo usualmente muy vertical y autoritaria porque son pocos los CAP en los que se les trata como verdaderos miembros del equipo de salud. Los servicios de salud parecen haber ordenado y mejorado las capacitaciones mensuales que ofrecen a las comadronas. Ahí validan su carné que es necesario para poder inscribir a los recién nacidos en el Renap. El sistema parece funcionar mejor en los municipios donde hay relativamente pocas comadronas. Donde hay muchas comadronas el control mensual a la asistencia y la validación de carnés se hace más confusa.

La capacitación obligatoria ha transformado su imagen social. La “comadrona capacitada” adquiere, con frecuencia, un nuevo status y nuevas responsabilidades. ***Si bien la población desconoce los límites y alcances de dichas capacitaciones, al escuchar que la comadrona está capacitada esperan que obtenga todos los conocimientos y herramientas para atenderlas bien.***

A menudo, esto quiere decir, resolver el parto dentro de la comunidad. Si no lo logra es porque “no sirve”. Ellas sufren una fuerte presión para demostrar que pueden atender situaciones difíciles y, al mismo tiempo, se espera que ellas refieran y eviten manejar complicaciones. Las comadronas dicen ejercer toda su influencia para convencer a las familias que deben atender la emergencia obstétrica en los servicios de salud. También parecería haber un cierto orgullo profesional de saberse capaz de asumir riesgos y lograr que el parto sea en la comunidad. Por último, se observa en ellas un cuidado particular de su reputación porque de esta depende que las familias continúen buscando sus servicios y también el monto de los honorarios que cobran.

En la casa culpan a la comadrona por la muerte del niño o de la señora porque dicen que si la comadrona recibe capacitación entonces cómo es que no puede, es como que no sirve la comadrona. Es difícil, porque a veces el esposo es el que no quiere dejar venir a la madre para dar a luz en el centro de salud. Ellos piensan que la inyección que ponen es algo malo. Pero si se queda, ya si la mujer se muere culpan a la comadrona. (Grupo focal con comadronas de Huehuetenango)

Las comadronas se encuentran en una situación compleja y contradictoria en relación al cobro por sus servicios. Por un lado, sienten que el don que tienen es para servir a la población. Muchas veces no cobran nada cuando atienden a familias muy pobres o a familias cercanas. ***Los servicios de salud pública han acrecentado esta contradicción al estimularlas a que cobren por sus servicios en algunos momentos y en otros, abogando por la nobleza del trabajo voluntario.***

Por lo anterior, las comadronas son esquivas cuando se les pregunta por el cobro de sus honorarios y tienden a subestimarlos significativamente. Las pacientes de las comadronas posiblemente ofrezcan cifras menos sesgadas. Algunas comadronas dijeron que la tarifa no aumenta por la complejidad o dificultad del parto pero sí por la distancia. Otras comadronas dijeron que si el parto se prolongaba mucho cobraban más. Además, en Huehuetenango la costumbre era cobrar hasta 100% más por el nacimiento de un niño que por el de una niña. Esta práctica se sigue observando con frecuencia.

A medida que aumenta la tendencia hacia el parto institucional, las comadronas van ajustando sus servicios y sus tarifas. En algunos municipios el parto institucional se está volviendo la norma y la tarifa de la comadrona es una, sea si acompaña a su paciente a los servicios o si decide tener el parto en casa. En los municipios de estudio, no obstante, el parto en casa es aún la norma. La práctica usual es que si por alguna complicación la paciente no logra dar a luz en su casa, la comadrona recibe la mitad de sus honorarios, sin importar su tiempo y esfuerzo al acompañar a la paciente hasta los servicios.

Las finanzas de las comadronas son a menudo apretadas: consideran que su remuneración no es siempre adecuada dado el esfuerzo que su trabajo requiere y la difícil movilización que conlleva. En muchos lugares referir pacientes a los servicios de salud significa una pérdida de ingresos. Las mismas comadronas señalan las desconsideraciones que sus clientes tienen hacia ellas, como la exigencia de atender partos difíciles aún cuando ellas han recomendado llevar a la paciente a un CAP u hospital, los reclamos de que no hacen nada en la comunidad a pesar de que ellas dedican su tiempo a visitar pacientes, las caminatas de noche para la atención del parto, entre el lodo, bajo la lluvia o el sol intenso.

Los servicios de salud pública, que también dependen de ellas, solicitan su presencia en capacitaciones para mejorar su práctica. Lo exigen para **aumentar el número de mujeres que envíen a los servicios de salud**. Al Ministerio de Salud Pública le preocupa el bienestar de la comadrona y sugiere recompensarlas con

alguna remuneración. Otros piensan que esto sería un riesgo que podría acabar con su tradicional mística de trabajo y se corre el riesgo de que los estipendios materiales no puedan dárseles todo el tiempo. El personal del sistema de salud oficial reconoce que las comadronas no son bien recibidas en los centros de salud ni en los hospitales por diversas razones: celos profesionales, discriminación étnica, señalamientos y menosprecio de sus habilidades.

Sí nos gustaría que nos dieran un incentivo cuando traemos una paciente al centro de salud. Pero mejor si viene del centro de salud, porque si es de las familias, ellas jamás nos darían nada. Estaría bien que nos dieran algo de dinero o para traer una refacción. (Grupo focal, comadronas de Alta Verapaz)

Las comadronas son un grupo tan diverso como sus arreglos financieros. La suerte de una comadrona depende del lugar en donde viva: las que provienen de áreas pobres y aisladas, aparte de tener una baja remuneración parecen tener poca capacidad de negociación por sus servicios. Las que viven en centros urbanos o en donde el parto institucional es una tendencia, las comadronas tienen mejor remuneración y mayor capacidad de exigir el pago por un paquete de servicios, independientemente del lugar del parto. Las comadronas no tienen capacidad de exigir pago alguno. El comentario de esta comadrona de Campur no refleja la norma:

Yo las dejo en sus casas [cuando veo que hay una complicación], yo no sé si es conveniente que yo las acompañe. Cuando salen de su casa, las baño, las lavo, las meto detrás del carro de los bomberos. Y me pregunta: "¿te vas a ir conmigo?" Y yo les digo: "No. ¿Acaso me vas a pagar mi pasaje y mi comida? ¿Cómo voy hacer para regresar?" Sólo el hombre se va detrás de ella, yo no tengo pisto para acompañarla. Son los bomberos quienes la meten al hospital o en el centro de salud. Si me voy a ir con ellos, pisto necesito para mi pasaje, mi comida y mi tiempo. Ahora si me ruegan y me pagan y me dan para mi comida, me voy con ellos. Si te van a dar todo eso contenta te vas atrás de ellos. (Grupo focal, comadronas de Alta Verapaz)



2. Las auxiliares de enfermería comunitaria en atención materno-neonatal (AECAMN)

En los últimos años ha surgido un nuevo proveedor de servicios de salud en la comunidad. Se trata de un grupo de jóvenes, en su mayoría mujeres, que han estudiado enfermería comunitaria y se han especializado en atención materno neonatal.

Estas enfermeras hablan los idiomas locales y trabajan directamente con la embarazadas. Además de suplementar con micronutrientes, dar consejería individual y hacer visitas domiciliarias, han organizado grupos llamados “círculos de embarazadas” como parte de la atención mensual que provee el Programa de Extensión de Cobertura. Las charlas educativas que imparten en estos círculos incluyen temas como el cuidado prenatal, la alimentación de la madre durante el embarazo, la atención del parto y puerperio, consejos sobre el cuidado del recién nacido, la higiene, la importancia de la suplementación, los signos de peligro durante el embarazo, el cuidado de las mamas para evitar mastitis y la explicación y seguimiento del plan de emergencia familiar. Este personal de salud ha detectado que uno de los temas que más interés despierta en las embarazadas es la identificación de signos de peligro durante el embarazo. Han sido también hábiles en promocionar métodos de planificación familiar, especialmente los inyectables.

Una de sus principales funciones es captar tempranamente a las embarazadas e iniciar el control prenatal. Las buscan activamente, pidiendo referencias a las comadronas. Las enfermeras contactan en sus casas a las mujeres embarazadas que no llegan a los servicios. Gracias a sus esfuerzos, en las áreas en que laboran se ha aumentado la cobertura de la atención prenatal. Las enfermeras parecen contar con la confianza tanto de la comunidad como de los proveedores de salud pública. Han sido hábiles en detectar casos de riesgo y referirlas a los servicios de salud.

Las enfermeras tienden a estar sobrecargadas y esto no les permite visitar a todas las mujeres embarazadas con frecuencia. Consideran que la asistencia de las madres

a las actividades es buena, como lo es el seguimiento de las recomendaciones. Tanto en Huehuetenango como en Alta Verapaz, ellas desarrollan las siguientes actividades:

- Control prenatal, con charlas sobre alimentación de la embarazada, suplementación de micronutrientes (ácido fólico y sulfato ferroso) e higiene personal
- Control de madres que han dado a luz
- Control y vacunación del recién nacido
- Captación de mujeres embarazadas
- Charlas educativas en los círculos de embarazadas
- Atención de partos
- Orientación en planificación familiar, incluyendo distribución de métodos
- Referencia y acompañamiento hacia los centros de servicio
- Seguimiento de planes de emergencia familiar y comunitaria
- Apoyo a las comadronas en la atención del parto y tratamiento de emergencias

El material educativo que utilizan para sus charlas es poco e insuficiente; muchas veces, ellas fabrican su propio material. Las AECAMN consideran que la forma objetiva y gráfica de enseñanza es muy efectiva. Para adquirir material gráfico ya impreso deben hacer trámites en la escuela de enfermería, la cual lo presta por tiempo limitado. Han observado que a las educadoras del Programa de Extensión de Cobertura les dan material pero casi no lo utilizan. A veces los CAP les proporciona trifoliales y dibujos.

3. Los facilitadores comunitarios (FC)

El Programa de Extensión de Cobertura estableció dos tipos de promotores



voluntarios en las comunidades que atiende: los facilitadores comunitarios y las guardianas de salud. Actualmente ya no se cuenta con las guardianas de salud y los facilitadores son el vínculo que tienen las comunidades con el Programa de Extensión de Cobertura y los servicios de salud. Los facilitadores comunitarios les dan seguimiento a las embarazadas de sus comunidades, las instan a buscar atención prenatal y muchas veces son los encargados de coordinar el plan de emergencia comunitario, el cual cuenta con algunos fondos para el traslado de pacientes. En ocasiones ejercen mucha presión para que las familias permitan llevar a las parturientas con complicaciones a los servicios de salud: se supo de casos en los cuales, como última medida de presión, ofrecen levantar actas donde por escrito responsabilizan a las familias de la suerte de las parturientas. En algunos lugares, estos promotores son pieza clave para coordinar el traslado de las parturientas, no solo por su influencia en el comité local de salud, sino porque conocen las cabeceras municipales y los servicios de salud. Aunque oficialmente no tienen responsabilidades de educación en salud, en la práctica muchos imparten algunas charlas, dado que las educadoras del Programa de Extensión de Cobertura no siempre hablan los idiomas locales.

4. Los planes de emergencia

El Ministerio de Salud Pública ha establecido dos planes de emergencia, uno individual o familiar y otro comunitario. En el primero, los servicios de salud le piden a la madre que durante el curso de su embarazo ella misma conteste preguntas acerca de su preferencia del lugar para dar a luz, el dinero que hace falta para llegar a ese lugar, el transporte necesario, la compañía, el apoyo que recibe del comité de salud y, si tiene otros hijos, quién va a cuidarlos en su ausencia.

Una función importante de las auxiliares de enfermería comunitaria materno neonatales y de los facilitadores comunitarios es precisamente dar seguimiento y ayudar a implementar a los planes familiares de emergencia. En su opinión, tienen más dificultad para seguir el plan las mujeres que van a dar a luz por primera vez que las que ya han tenido varios partos.

Los planes de emergencia a nivel comunitario funcionan cuando se integra un comité de salud que se encarga de hacer conciencia en los vecinos sobre la conveniencia de prever emergencias durante el parto y recaudar fondos para auxiliar a las familias en estos casos. Ellos determinan la cuota familiar para formar el fondo común. El plan comunitario liderado por el comité de salud define una cadena de comunicación entre la comadrona, el personal de salud del Programa de Extensión de Cobertura, el Comité Comunitario de Desarrollo (COCODE) y voluntarios para colaborar en el transporte y apoyo a las familias en el momento del parto.

El éxito de los planes de emergencia depende, en parte, en la distancia a los servicios y el acceso al transporte. Una dificultad para activar el plan de emergencia de una familia es su poca capacidad de ahorro. Son más exitosos los planes de emergencia comunitarios, aunque en ocasiones se quedan sin fondos cuando las familias no pueden (o no quieren) reembolsar el monto prestado.

Los planes de emergencia han resultado útiles y en ocasiones han motivado a los esposos a conseguir fondos adicionales para el parto y a mantenerse cerca de casa cuando se acerca la fecha prevista. Algunas mujeres entrevistadas manifestaron satisfacción por haber tenido un plan a seguir y saber a quién buscar de manera inmediata. La formación de una cadena de comunicación entre la comadrona, el facilitador comunitario y el comité de salud aceleran el proceso de búsqueda de atención de la emergencia obstétrica.

Hallazgos principales sobre el personal en la comunidad y su influencia en la selección del lugar del parto

En los lugares de estudio se encuentran tres tipos de personal comunitario que inciden, de diferentes maneras, sobre el lugar del parto:

La **comadrona tradicional**, quien se encuentra en casi todas las comunidades y goza de la confianza y respeto de la población. A medida que ha aumentado su interacción con el Ministerio de Salud Pública y el Renap, las expectativas sobre su función han crecido también. Muchas veces estas esperanzas sobre su trabajo son



contradictorias. Los servicios de salud esperan que refieran a sus pacientes y que apoyen el parto institucional. La población, al saber que han sido capacitadas por los servicios de salud, espera que tengan las competencias necesarias para poder atender complicaciones en casa. Las comadronas se han diferenciado y sin bien parten de una tradición común, sus prácticas son cada vez más diversas y están relacionadas posiblemente a su grado de urbanismo, escolaridad, edad y apego a la tradición. Igualmente diverso es el trato que reciben de los servicios de salud: en algunos persiste la hostilidad contra ellas mientras que en otros ha habido algún acercamiento.

Los **facilitadores** comunitarios y las **auxiliares de enfermería comunitario en atención materno neonatal**, quienes funcionan como enlace entre las comunidades y los servicios de salud. Ambos le dan seguimiento a las mujeres embarazadas de sus jurisdicciones, animan a buscar atención prenatal y apoyan el parto institucional, en caso de complicaciones. Su presencia puede ser decisiva para organizar el traslado de las pacientes de sus comunidades. Las enfermeras materno neonatales son de reciente incorporación al Programa de Extensión de Cobertura. Sin embargo, no están en todos los municipios. Por no estar destinadas a un lugar fijo de trabajo y hablar los idiomas locales, en relativamente poco tiempo se han ganado la confianza de las mujeres rurales. Las auxiliares de enfermería comunitaria en atención materno neonatal han logrado mayor cobertura en la atención prenatal y se han ganado la confianza de muchos de los proveedores de servicios de salud.

El personal comunitario ha tomado una función activa en la aceleración de los **planes de emergencia**, tanto a nivel familiar como comunitario. Gracias a sus esfuerzos se han agilizado la decisión de buscar ayuda fuera de la comunidad y el traslado de las pacientes. Sin embargo, a menudo se quejan de la hostilidad con que reciben a las pacientes en los servicios de salud, de la precaria atención a las mismas y la falta de medicamentos e insumos.

B. Dar a luz en casa

Aunque cada vez hay más aceptación al parto institucional, éste tiende a ajustarse a complicaciones obstétricas. Tanto en Alta Verapaz como en Huehuetenango, la preferencia de las mujeres y sus familias es que el alumbramiento sea en casa debido a los beneficios siguientes:

1. El sentido de la costumbre

Tradicionalmente, el único lugar para dar a luz ha sido la casa. Las entrevistas revelaron que muchas mujeres nunca se planteaban el lugar del parto, pues el único que existe es el hogar. Dar a luz en los servicios de salud es la excepción. Dentro de la casa, las parturientas cuentan con el sustento y el apoyo emocional que brinda la tradición. No obstante, el apego a las costumbres varía entre las mujeres y sus familias. Lentamente se empieza a ver cambios y mayor flexibilidad.

2. El valor de la mujer

El embarazo y parto se consideran parte natural en la vida de una mujer. Este se puede llevar a cabo en su casa sin más asistencia que la que provee una comadrona y en ocasiones, especialmente en Alta Verapaz, la de sus familiares. La fortaleza y el estoicismo durante estas circunstancias son altamente apreciadas. Las expresiones de dolor manifiestan falta de temple de las mujeres en el momento del parto. La conducta esperada es la serenidad y el valor.

Así dicen: “¡si sos mujer tenés que pasar por eso! ¡Aguantate! (Grupo focal, mujeres con varios partos de Alta Verapaz)

Hace unos 20 años las mujeres eran más fuertes no les costaba dar a luz. Ya ahorita son más débiles y lloran por todo. (Grupo focal, comadronas de Alta Verapaz)

3. Comodidad de estar en su casa

Relacionado al sentimiento de autovalía por poder dar a luz en casa y al valor que se le da al acompañamiento familiar, se piensa que en ninguna otra parte van a atender a las parturientas tan bien como en su entorno familiar. Se tiene la idea de que en los servicios de salud se ignoran las necesidades de las pacientes. Además, no tienen que dejar a los demás hijos con otras personas. Como decía una joven mujer de Huehuetenango:

En mi casa tengo de todo. Mi suegra y mis cuñadas me preparan el caldo de gallina, mi esposo me trae a la comadrona, ella rapidito me ase a un espacio, me calienta el agua para bañar al bebé. Mi suegra prende el chuj para que yo entre. Y lo más rico es poder pasar después del parto al chuj, después a la cama y ya no moverse más.(Entrevista individual, Huehuetenango)

4. La relación con la comadrona: las mujeres sienten gran confianza en sus habilidades.

Usualmente la conocen desde su infancia y es la misma mujer que ha atendido los partos de su familia y vecinas. Por ser la proveedora de salud de la comunidad, ella adquiere un compromiso de servicio incondicional, además de comprender y respetar “la costumbre” y hablar en su propio idioma.

La costumbre es que la comadrona atienda los partos y eso es lo que las mujeres prefieren. Además su niño nace rápido y sin problemas. Lo que más me gusta del parto en la casa es que mi familia está conmigo, especialmente la comadrona, mi esposo y mi suegra. En el centro de salud he oído que no atienden igual, allí hay tanta gente que no lo miran igual a uno, no hay quien esté pendiente de uno como en la casa.(Grupo focal, mujeres en su primer parto de Huehuetenango)

5. Ventajas económicas del parto en casa

En las comunidades lejanas a los servicios de salud, los partos en casa representan una opción bastante más económica que el parto insitucional.

*En la casa ahí te quedas acostada, no salís a ninguna parte y no gastás tu dinero, salvás tu dinero. En cambio en el hospital, ¿a qué hora regresas? ¿Tú crees que siete quetzales vas a pagar? ¡Gastas Q200.00 solo por la venida!
(Grupo focal con comadronas, Alta Verapaz)*

6. Parto en casa y percepción de riesgo

Las mujeres entrevistadas perciben riesgos físicos y sociales asociados al parto. En los riesgos físicos sobresale la posición fetal, pues es bien sabido que en algunos casos “los bebés vienen atravesados”. La manera usual de minimizar este riesgo es solicitar masajes o “sobadas” de las comadronas, los cuales se piensa que ayudan a colocar al bebé en su lugar. Los servicios de salud han introducido más recientemente la idea del riesgo obstétrico: el más conocido posiblemente sea la hemorragia.

Usualmente las advertencias de la comadrona no siempre se toman en serio. En las 18 entrevistas con esposos, ante el caso hipotético que la comadrona alertara que el parto sería complicado y que sería más prudente ir a los servicios de salud, **la gran mayoría dijo que le pedirían probar tener el parto en casa y solo cuando fuera evidente que no podía hacerlo tomaría la decisión de llevar a la esposa a los servicios de salud.** Esta actitud se refleja a continuación:

La señora tenía ya el ultrasonido y la cesárea era obligatoria. Todavía así, el esposo deja que tenga dolores por 24 horas. Entonces me llama el vigilante de salud: “Seño, fijate que la señora ya empezó con los dolores y llamaron al curandero”. Imagínese, transversal y ¡esperando al curandero! ¿En qué cabeza cabe que va llegar el curandero y le va a cambiar la presentación? Al esposo le dije eso: “Creés que el curandero le va a meter la mano para darle vuelta?” Total, que al fin salieron de la aldea, pero salieron las seis de la tarde y a las 11 de la noche estaban operando a la señora (Entrevista con auxiliar de enfermería comunitaria materno neonatal de Alta Verapaz).

La tendencia, no obstante, es ir a los servicios de salud cuando la comadrona o los proveedores médicos así lo recomiendan. Por otro lado, algunas mujeres, en especial aquellas que han vivido de cerca las complicaciones obstétricas, prefieren dar a luz en los servicios y no con las comadronas. En varios municipios, tales como Jacaltenango, Chiantla (Huehuetenango) y San Pedro Sacatepéquez (San Marcos) hay una clara tendencia hacia el parto institucional.

7. Qué se hace con la placenta

Tradicionalmente ha habido una deposición ritual de la placenta debido a la creencia que esta se relaciona con el futuro del recién nacido. En Huehuetenango, la tradición dicta que la placenta debe enterrarse cerca del chuj y se le da un significado simbólico al lugar y el tamaño del hoyo en el que se entierra. La persona encargada de enterrarla usualmente es la comadrona. Sin embargo, este pensamiento mágico se pierde paulatinamente.

La comadrona es la encargada de enterrarla, porque ella es quien trajo a luz al niño; si no es la comadrona, debe ser la señora más anciana de la casa, pero siempre tiene que ser mujer la que la entierre. La placenta es enterrada en frente de chuj porque esa es la costumbre y se envuelve en una bolsa para enterrarla. Los abuelos decían cómo enterrarla y ahora se sigue haciendo eso. También si el perro se la lleva [porque la placenta no está bien enterrada] cuando crezca el niño va a ser vago que no va querer estar en la casa. (Grupo focal con multíparas, Huehuetenango)

Las dos comadronas de Quiché, quienes también eran guías espirituales mayas, explicaron que el ritual asociado a la placenta consiste en quemarla y luego enterrarla, como una forma de agradecer la nueva vida.

La placenta es algo que le dio vida, usted ahí estuvo envuelta en esa membrana, ahí estuvo sus nueve meses, sus 260 días. Esa bolsita eso no es basura para nosotros, es algo sagrado y entonces lo ofrendamos de esa manera como agradecimiento.

Hallazgos principales sobre dar a luz en casa

En las comunidades visitadas hay una clara preferencia al parto en casa debido a estos factores:

- la costumbre arraigada: para muchas mujeres no existe otra opción
- la confianza en las habilidades de la comadrona: la comadrona tiene un enlace afectivo con la madre y se preocupa por su bienestar
- la comodidad: en la casa se encuentra todo lo necesario, incluida su familia
- el acceso a diversas fuentes de calor que aseguran una pronta recuperación post-parto y la salud reproductiva a largo plazo de la parturienta
- un mejor cuidado: las personas desconocidas no se preocupan por las parturientas
- la ventaja económica: se evita el pago de transporte a los servicios
- la posibilidad de cumplir con los rituales asociados a la deposición de la placenta
- la alternativa al parto en el CAP resulta poco atractiva, pues se percibe un trato poco amable hacia las pacientes y se resiente la falta de medicamentos.

C. Dar a luz en el CAP

El gobierno ofreció fortalecer la red de servicios de salud pública y aumentar su capacidad para solucionar problemas de la población. Parte de este esfuerzo incluyó la transformación de los centros de salud tradicionales a Centros de Atención Permanente (CAP). Estos centros cuentan con personal médico que presta atención las 24 horas del día. Por medio de un préstamo de US \$50 millones provenientes del Banco Mundial, el gobierno remozó las instalaciones de los centros de salud y entregó 164 ambulancias a igual número de municipios prioritarios en el país. Parte de la transformación de los CAP fue prestar servicios obstétricos básicos de emergencia, observación, sala de labor, sala de partos y recuperación.

En la práctica, el equipamiento de estos servicios ha sido desigual. Los centros de atención permanente, como el resto de los servicios de salud, han sufrido serias limitantes de recursos, especialmente porque no han tenido presupuesto para obtener medicamentos y otros insumos médicos para cubrir el aumento en la demanda para establecimientos que atienden las 24 horas del día. Lamentablemente, la población debe comprar una variedad de insumos, desde agujas y jeringas, hasta pañales desechables, antibióticos e incluso cloro y detergente.

Las opiniones sobre la atención de partos de los CAP se presenta desde tres perspectivas:

1. Punto de vista de las pacientes

La mayoría de las usuarias entrevistadas fue a dar a luz como resultado de una emergencia obstétrica. De ellas, casi todas tuvieron una buena experiencia: consideraron que les dieron una buena atención a ellas y a los recién nacidos. La apreciación de los servicios no varía entre primigestas y múltiparas: casi todas se sintieron bien atendidas. La usuarias mencionaron tres ventajas principales de atenderse en el CAP: i) poder responder a emergencias, ii) tener personal capacitado y iii) ofrecer un lugar limpio (únicamente en Alta Verapaz).

Para mí, pienso que es bueno ir al centro de salud a consulta y es bueno ir [a dar a luz]. Si nos quedamos en la casa nos podemos morir, no hay quién nos mire. Ahora le explican a las señoras que vayan al centro porque nosotras no tuvimos esa oportunidad y estábamos en riesgo que perdiéramos la vida porque no hay quien nos atendiera en ese momento. Gracias a Dios yo no tuve ningún peligro con respecto a mis partos aquí en la casa; pienso que deben ir al centro las que están en peligro o sus hijos porque hay algunas madres que sus hijos vienen atravesados. Ellas se preocupan y entonces es bueno que de una vez se vayan al centro. (Grupo focal, múltiparas de Alta Verapaz)

Si volviera a tener otro hijo, yo iría otra vez al centro de salud. Allí uno no sufre mucho y tal vez esa sea la principal ventaja. Con el primer parto me esforcé mucho, me dolió muchísimo y después me di cuenta que en el centro de salud ponen inyecciones para el dolor y rápido se quitan los dolores. Además, el personal mira si uno queda bien, cómo queda la matriz, si hay coágulos. (Entrevista individual, Huehuetenango)

Muchas ven también beneficios en la forma en que atienden a los recién nacidos:

Sí tiene beneficio ir al centro de salud. Miran a mi hijo y lo ponen en la incubadora por si le falta tiempo todavía para esta vida. De repente el niño no viene cabal de edad y entonces lo pone en la luz y le dan su medicina. (Entrevista individual, Alta Verapaz)

En Huehuetenango las mujeres entrevistadas que tuvieron parto en el CAP raramente se quejaron de haber recibido maltrato de parte del personal. Sin embargo, casi todas comentaron de otras pacientes que por ser “de la cumbre” no hablaban español y recibían toda suerte de agravios de parte de un personal de salud monolingüe. Para estas mujeres que vienen de lejos, atenderse en el CAP supone también poder costearse no sólo el transporte, sino también la alimentación, cobijas adicionales e insumos solicitados.

Tanto en Alta Verapaz como en Huehuetenango son principalmente las primigestas quienes deciden atenderse en el CAP sin que exista una emergencia obstétrica. Las múltiparas que llegan al CAP usualmente lo hacen por una complicación antes o durante el parto. En Huehuetenango parecería haber más renuencia a atenderse en el CAP, incluso de parte de mujeres urbanas. En este departamento se logró conversar con cinco (todas primigestas) mujeres que decidieron, por su propia voluntad atender su parto en el CAP. Tres de estas mujeres son indígenas y la principal motivación para ir al CAP fue haber conocido de cerca (por madres o hermanas) casos de emergencia obstétrica que las comadronas no podían

resolver. Dos de ella encontraron cierta resistencia de parte de sus familias, pero lograron hacer valer su decisión.

Casi todas las usuarias potenciales (aquellas que aún no han tenido un parto en el CAP), al preguntárseles sobre la posibilidad de atenderse en el CAP dijeron que considerarían ir a este lugar en caso de emergencia, **pero muy pocas consideraron pertinente llegar “si no se presentaba la necesidad”**. Argumentaban, además, problemas de traslado y la carestía de medicamentos, pero también lo frío de las instalaciones, los costos que implicaba pagar por los insumos médicos y la poca amabilidad del personal. Además, varias mujeres relataron casos en que ellas mismas o parientes cercanas habían llegado al CAP con intenciones de que les atendieran el parto pero el personal de servicios había dicho que “todavía no le toca, mejor venga más tarde”, sin considerar la distancia y el costo físico y económico en que habían incurrido para llegar hasta las instalaciones. La mayoría de estas mujeres no regresó al CAP y decidió tener el parto en casa.

2. Opinión del personal comunitario

Los tres tipos de personal comunitario entrevistado, comadronas, auxiliares de enfermería comunitaria materno-neonatales y facilitadores comunitarios del Programa de Extensión de Cobertura, aseguran referir al CAP y muchos de ellos acompañan a sus pacientes a los servicios. Si bien algunos facilitadores comunitarios se cuestionan esta necesidad, las comadronas y las auxiliares de enfermería comunitaria materno neonatal consideran que su presencia facilita el ingreso de las parturientas.

En términos generales, el personal comunitario siente agrado de poder contar con los CAP y no tener que depender únicamente de los hospitales regionales. Los entrevistados criticaron que los esfuerzos por adecuar los servicios a la cultura indígena son insuficientes. Comentaban, por ejemplo, que la mujer no pudiera tener parto vertical, que se le bañe con agua fría, que los cuartos sean fríos y que en muchos CAP no permitieran el acompañamiento de ningún familiar. Se criticó en particular la falta de privacidad al momento de desvestir a la parturienta y la

escasez de medicinas. En Alta Verapaz se denunció a los enfermeros por utilizar métodos agresivos y rudimentarios para que la mujer dé a luz.

En otros municipios se pudo constatar opiniones más favorables hacia los servicios, principalmente de parte de las auxiliares de enfermería comunitaria materno neonatales, pero también de algunas comadronas. En los CAP de Chiantla, Jacaltenango, Chisec, Santa Cruz y San Pedro Sacatepéquez se han hecho esfuerzos por mejorar la calidad y calidez de la atención y en muchos ya se aplican las normas de atención intercultural. Pero en los municipios de estudio, Carchá y San Ildefonso Ixtahuacán, la crítica más frecuente del personal comunitario fue el maltrato que reciben sus pacientes en el CAP. ***Hicieron notar que la noticia del maltrato que sufren quienes han parido en el CAP se difunde rápidamente en las comunidades, creando más resistencia a la atención del parto institucional.*** Ellos observaban que:

- No se toman en serio las referencias que llevan su pacientes: les dicen que no están a riesgo o que la dilatación recién empieza y las regresan a su casa;
- Las regañan de forma grosera porque llegan con los pies enlodados, sin detenerse a pensar que posiblemente han caminado varias horas para poder llegar al CAP;
- Les hablan en un idioma que las pacientes no entienden
- Las dejan esperando innecesariamente
- No siempre permiten que un familiar las acompañe
- No comunican la evolución de la parturienta, al personal comunitario o a la familia.

Explicaban las auxiliares de enfermería comunitaria materno neonatal de Alta Verapaz:

Siempre se habla de mejoramiento, de fortalecimiento, de capacitaciones. El gobierno da todo, pero pienso que de ambos lados debemos de dar lo mejor, porque usted se puede disfrazar de una embarazada, de traje típico, va a meter sus pies al lodo y llega al CAP y si es posible no se echa perfume ni desodorante y se viene. Al llegar se va a dar cuenta realmente como tratan a nuestros pacientes: "quítese los caites, lávese los pies, vaya a bañarse, usted apesta". Esas palabras lastiman a la gente. La gente se olvida de que son humanos.

A pesar de las enormes deficiencias en estos servicios, la mayoría de auxiliares de enfermería comunitaria materno neonatales observaron que se están dando cambios para mejorar. Se menciona que en casi todos los CAP hay personal sensibilizado, pero que sigue habiendo proveedores groseros.

Ahora creo que está muy bien [la atención en el CAP]. No todas las enfermeras del turno reciben mal a las personas, no todas hacen eso. Porque hay algunas señoras de que nos han dicho también de que llegan al centro de salud a la atención del parto, las reciben bien, porque va un acompañamiento, tal vez va el esposo o una comadrona y dicen que las dejan entrar a la comadrona, pero no todo el tiempo. Tal vez dependiendo de la persona que está en su turno. (Grupo focal, auxiliares de enfermería comunitaria materno neonatal de Alta Verapaz)

En tanto las auxiliares de enfermería comunitaria materno neonatal son consideradas parte del equipo de salud y en general son bien recibidas en los CAP, las comadronas siguen siendo recibidas con hostilidad y raramente les permiten acompañar a sus pacientes. Los facilitadores comunitarios tendían a apreciar los servicios más higiénicos que presta el CAP, pero también resentían el trato poco amable que recibían:

Si van al centro de salud a tener su parto les cambian pañal cada tres horas, pero en la comunidad no las miran seguido. En el centro si se ensucia ,hay que cambiárselo; las bañan todos los días, pero es costumbre de nosotros que hasta el tercer día se bañan. En la comunidad tarda hasta tres días con el mismo corte. Esta suciedad se seca, el corte abajo de ellas con la misma suciedad del parto. En cambio ahí las asean con agua caliente, las bañan. En la comunidad yo les digo que solo se compone la señora, hay que bañarla y asearla. (Grupo focal, facilitadores comunitarios Alta Verapaz)

El personal comunitario con frecuencia tiene relaciones difíciles con el personal de los CAP. Ellos se sienten poco apreciados y ellos mismos se consideran también víctimas del maltrato y arrogancia de estos profesionales cuando son públicamente acusados de “no saber nada”. Como vínculo entre los servicios y la comunidad, el personal refiere los casos de riesgo al CAP, pero ante la mala atención, tanto las auxiliares de enfermería comunitarias en atención materno neonatal como comadronas y facilitadores comunitarios pierden credibilidad en la comunidad. Los facilitadores comunitarios, en particular, se quejaban que la calidad de atención de las prestadoras se ha reducido y si antes cubrían los costos de traslado de las parturientas, ahora ya no lo hacen. El personal comunitario se quejó de referir pacientes para salvarles la vida, sabiendo que la atención es deficiente y que los costos de atención pueden ser elevados, puesto que actualmente ellos deben comprar todos los insumos que utilizan. En este contexto, es difícil conservar la credibilidad ante la población. Algunas comadronas han ganado esa credibilidad con el ejemplo, enviando a sus propias hijas y nueras a atenderse al CAP:

Mi nuera se fue al centro de salud y no quiso que yo la atendiera. Entre ellos [mi hijo y mi nuera] hablaron y como era primeriza le recomendé que se fuera la centro. Allí la llevé por seguridad ante mi comunidad, para que ellas crean en mí. Si no la hubiera llevado allí hubiera tenido problemas ante la comunidad. También tengo el ejemplo de mi hija que ya tiene seis años su primer hijo y allí [al CAP] la mandé y tuvo otro hijo y allí fue. Dos hijas más se fueron al CAP y bien salieron. (Grupo focal con comadronas, Alta Verapaz)

Sin embargo, los problemas del personal comunitario no provienen sólo de los servicios: muchos se quejaron de tener que lidiar con familias poco colaboradoras que prefieren ver morir a la señora antes de acceder a llevarla a los servicios. Con trabajo y buena voluntad las auxiliares de enfermería comunitaria en atención materno neonatal dicen haber logrado captar y sensibilizar a la mayoría de la embarazadas de sus poblaciones, pero ha sido un trabajo duro.

3. Visión del personal de servicios

A pesar de las carencias en los servicios, los médicos y enfermeras entrevistados piensan que logran atender bastante bien a las pacientes que llegan a dar a luz. Reconocen que no siempre el personal tiene la mejor actitud para atender a la población, pero consideran que las condiciones han mejorado. Las nuevas funciones del CAP, brindar atención las 24 horas y otras mejoras han dado como resultado un incremento en el número de partos atendidos, aunque no siempre se ha contado con los recursos financieros para cubrir la demanda. De esta manera, relatan que de un parto al mes que se atendía en algunos lugares como Tamahú, ahora se atienden 16; en Chamelco un promedio de 18 y en Carchá se habla de una cifra no oficial de 90 partos al mes.

El funcionamiento de cada CAP es diferente y parece estar basado en el liderazgo que ejerza su director. Las normas de atención intercultural son conocidas en algunos, desconocidas en otros, pero en general no han sido discutidas con el personal. Es más, algunos proveedores mostraron sorpresa al darse cuenta que algunas de sus prácticas coincidían con esta normativa. Sin embargo, la aplicación de varias de estas normas explica una mayor demanda del parto institucional. Según los proveedores, uno de los factores que ha atraído a la población hacia la atención del parto es la posibilidad que parte del personal les atienda en su idioma. Mencionaron que el éxito de las auxiliares de enfermería comunitaria en atención materno neonatal radica en su disponibilidad de atender comunidades distantes y hablar los idiomas locales, acompañar a la parturientas hasta los servicios y motivarlas a buscar los servicios de salud desde el primer trimestre. También consideran importante permitir la presencia de acompañantes en el momento del parto:

Otra cosa que se ha trabajado bastante es el personal que tiene relación con los pacientes. Ya no [se trata] solo de hablar y decir que tiene que atender bien, sino que se ha trabajado talleres y proyectos con cada uno, no solo con enfermería y médicos, sino que también entran los conserjes, los guardianes y todos, para que tengan una actitud más amable. Porque antes todo era alegar, regañarlos... “¿por qué lo traes así?” Eran situaciones que desde el inicio crearon cierto rechazo al servicio. Ahorita se tiene más apertura por parte de todo el personal, ya no solo es de médicos que llegan con la bata blanca, examinan y se van, sino que se detienen a hablar y comentar la situación que están viviendo [los pacientes] y tratar que los mismos pacientes y familiares se acerquen. Ahora ellos han encontrado mayor aceptación del servicio, a raíz de que la atención también tiende a ser diferente. (Grupo focal, proveedores de servicios de occidente)

El entusiasmo que sienten los proveedores por las auxiliares de enfermería comunitaria en atención materno neonatal no es el mismo que tienen por las comadronas. Si bien en algunos CAP, notoriamente el de San Pedro Sacatepéquez, hay comadronas que integran el equipo médico, la opción de tenerlas de planta se considera hipotéticamente útil pero aún hay rechazo hacia ellas por parte de algún personal médico y de enfermería.

La norma de atención intercultural que posiblemente ha causado mayor rechazo por algunos ha sido la de ofrecer a las familias la opción de pedir la placenta para la deposición ritual. Algunos alegan que esta práctica contradice todos los lineamientos de bioseguridad. Otros lo consideran trabajo adicional mientras que otros lo toman con más calma y entregan la placenta cuando se les solicita. A pesar de que las normas interculturales existen en documentos oficiales, estas no han sido discutidas con los proveedores de servicios. Entre los participantes en los dos grupos focales, algunos ya las conocían, pero la mayoría apenas había oído hablar de ellas.

Los proveedores señalan una serie de dificultades para poder brindar mejor atención:

- **El crítico desabastecimiento de medicamentos.** Se les pide a los pacientes que compren todo tipo de insumos, pero en ocasiones hay necesidad de que los propios proveedores compren medicamentos para poder atender algunas emergencias. Algunos CAP están más desabastecidos que otros, usualmente, los que se encuentran en las regiones más lejanas.
- **Las ambulancias no tienen combustible.** En Alta Verapaz solamente tienen combustible para llevar a las pacientes al hospital de Cobán, pero no para trasladar a las señoras desde las aldeas, lo cual supone el costo mayor del traslado.
- **El personal es insuficiente.** Hace falta personal en algunos CAP. En otros CAP han reducido el número de plazas o contratan a personal por medio tiempo, lo que ha causado serias dificultades en su capacidad de respuesta. El personal se siente sobrecargado y tiende a no completar la información requerida en las fichas clínicas, lo que provoca importantes vacíos de información. Consideran prioritario contratar más personal para la atención prenatal y así reducir los tiempos de espera.
- **El equipo es de mala calidad e insuficiente.** El equipo básico, como esfignomanómetros y estetoscopios, debe ser sustituido cada cuatro meses debido a su mala calidad.
- **La calidad y prioridad del gasto.** Las personas encargadas de las compras no evalúan detenidamente las necesidades del servicio y excluyen insumos realmente necesarios.
- **Selección del personal.** Las contrataciones del personal no se hacen siempre con criterios técnicos. No se evalúa la vocación de servicio y hay también mucha tolerancia hacia el incumplimiento, solo en algunos CAP los directores son estrictos y no consienten abusos.

Por último, en la discusiones en grupo focal se evidenció que no hay unidad de criterios en relación a la atención de emergencias obstétricas: algunos consideraron que toda complicación se debe referir, otros consideraban que alguna emergencias sí podían y debían resolver. La mayoría, no obstante, consideró que era necesario mayor capacitación en el manejo de emergencias obstétricas y la nivelación del personal en las técnicas y el contenido de las normas de atención.

4. Cuánto cuesta el parto en el CAP

Aunque la atención del parto en el CAP es gratuita, las familias deben afrontar una serie de gastos. Hay cuatro gastos principales: transporte, alimentación y hospedaje para los acompañantes y pago por los suministros médicos que no están disponibles en los servicios. En estas condiciones no resulta extraño que las familias estén renuentes a llegar al CAP, ya que saben de casos en que se gasta más de Q1000 por el parto.

Hallazgos principales sobre dar a luz en el CAP

La tendencia hacia el parto institucional varía grandemente de un municipio a otro y parece estar relacionada tanto con las características de la oferta del servicio como con las de la población. En los municipios visitados (Carchá y San Ildefonso Ixtahuacán), la gran mayoría de mujeres que buscaron los servicios del CAP para el parto eran primigestas o mujeres que habían tenido alguna emergencia obstétrica. En otros municipios, notablemente Jacaltenango, San Pedro Sacatepéquez, Chiantla y San Cristóbal Verapaz, cada vez más mujeres asisten al CAP por decisión propia y sin que medie ninguna emergencia. Hay diferencias notables en los servicios que ofrecen los CAP: algunos tienen únicamente una sala de partos y un cuarto de recuperación compartido con todo tipo de pacientes, en tanto otros tiene sala de labor, sala de partos, duchas, cocina, etc. Casi todos cuentan con algún personal bilingüe, pero éste es raramente suficiente para garantizar que las parturientas sean atendidas en su idioma.

Para todos los entrevistados, –mujeres, proveedores de servicios de salud y personal de salud comunitario–, la ventaja principal del parto en el CAP es su



mayor capacidad para resolver problemas, contar con personal mejor capacitado y salvar la vida de madres y recién nacidos. Existe también la idea generalizada en relación al desabastecimiento de medicamentos, las instalaciones pobres que no contemplan alimentación, servicio de lavandería y personal bilingüe, todo lo cual incide en que el servicio sea poco atractivo.

Según las personas entrevistadas, el costo de atenderse en el CAP es considerablemente alto y representa dos grandes desventajas. La primera tiene que ver con el trato poco amable con que se recibe a las madres y a sus acompañantes. La segunda se relaciona con los altos costos asociados: además del valor del transporte, las parturientas deben comprar los medicamentos e insumos que requieran. Dado que en los CAP usualmente no se cuenta con medicamentos esenciales, las parturientas deben asegurarse de llevar al menos un acompañante que pueda salir a comprar lo que haga falta y hay que tomar en cuenta la alimentación y alojamiento del mismo.

V. NUESTRA VISIÓN

Dada la baja demanda actual, las intervenciones para incrementar el parto institucional y disminuir la mortalidad materna y perinatal centradas en el lado de la oferta de los servicios deberían cuestionarse. **Resulta indudable que se requiere de servicios de buena calidad, pero los resultados de este estudio demuestran que este es un requisito necesario pero no suficiente:** la mejora de las habilidades del personal de salud, por sí misma, no necesariamente conlleva a una mayor demanda, especialmente de parte de las mujeres indígenas. **Cuando un porcentaje alto de los partos sigue ocurriendo en el hogar, el fortalecimiento de los servicios de salud beneficia únicamente a aquella población que llega a los mismos.**

En Guatemala, el enfoque tradicional ha sido considerar que la población, especialmente la indígena y pobre, no utiliza los servicios de salud por una serie de “barreras culturales”. Esta idea limitada tiende a sobrevalorar la uniformidad cultural y a subestimar la naturaleza cambiante de todos los grupos culturales. Posiblemente resulte más eficaz centrarse en formas de fortalecer la demanda, analizando las brechas que existen entre las necesidades de salud de las mujeres indígenas y la provisión de servicios de salud.

Si bien la población percibe una mayor eficacia de los servicios de salud para resolver emergencias obstétricas, también tiende a contrastar la atención recibida en estos lugares con las bondades del sistema tradicional. Cualquier experiencia negativa se convierte en una importante razón para no hacer uso del servicio. La existencia de CAP pobremente equipados y de dudosa calidad es contraproducente porque genera resistencia. La experiencia negativa con un servicio no solamente tiene efectos adversos sobre su uso, sino que en general desacredita a todos los demás servicios. **Si a una mujer, cuando llevó a su hija a la consulta, la hicieron esperar varias horas, no le dieron ningún medicamento y la mandaron a comprarlo a la farmacia o recibió un trato hostil, cuando esté embarazada difícilmente querrá atender su parto en ese lugar.** En muchas situaciones, la comunidad percibe que

acercarse a un establecimiento de salud representa un riesgo que es mejor evitar, pues los costos (económicos y emocionales) resultan muy altos.

Por lo tanto, el adiestramiento del personal de servicios no puede limitarse a los aspectos técnicos sobre el manejo de emergencias obstétricas sino debe incluir otro tipo de habilidades, especialmente las comunicativas.

Es importante destacar que la resistencia de algunas mujeres hacia el parto institucional no se debe a que desconozcan el problema: las dificultades en el parto son conocidas y tienden a ser enfrentadas como una forma de mostrar el verdadero valor de la mujer. La población conoce casos de muerte materna y neonatal, pero son casos distantes, de modo que no se asocia el riesgo de muerte con el parto en casa. Este es el formal tradicional y natural de dar a luz.

En este contexto es interesante considerar la noción de riesgo que manejan muchas mujeres. Por un lado, la mayoría de embarazadas está interesada en adquirir conocimientos sobre los riesgos durante el embarazo y evalúan con atención las señales de peligro. ***De los servicios de salud han aprendido que por medio de la atención prenatal se puede prevenir o advertir sobre posibles complicaciones. Por lo tanto, el final lógico resulta que la ausencia de señales de peligro durante el embarazo sea señal de un parto seguro y sin complicaciones, por lo que el parto institucional no es necesario.*** Lo anterior refuerza la idea que el parto en casa es seguro y no se discute. La posibilidad de complicaciones se considera remota, en tanto que el riesgo de atenderse en el CAP presenta riesgos no fisiológicos y difíciles de manejar. ***Desde esta perspectiva, el parto en casa es más seguro porque se evitan ciertos riesgos de importancia para la población:***

- se ofrece a la parturienta un ambiente cálido y agradable
- se evita el descuido y se aprovecha a la familia que vela por su bienestar
- se evita el riesgo, el maltrato de parte del personal de servicios y se aprovecha la empatía con la comadrona

Para aumentar el parto institucional es necesario que los programas hagan referencia a las ventajas competitivas que ofrece el CAP y que resultan en un estímulo para la población: el parto es más seguro por su mayor capacidad de respuesta ante cualquier complicación de la salud de la madre o del recién nacido durante o después del parto, mejores condiciones de higiene, se evita “la operación en el hospital” ya que todos los partos en los CAP son vaginales, el tiempo de espera es mínimo y la atención es prácticamente inmediata. Es también indispensable eliminar, o al menos minimizar, estos costos emocionales y económicos asociados al parto en el CAP:

- Trato poco amable, desconsiderado y ofensivo
- Necesidad de comprar todos los medicamentos e insumos
- Comprensión del temor generalizado que causa la ausencia de fuentes de calor, (bebidas y frazadas)
- Evaluación consciente de las madres. Tamizaje, antes de regresarlas a sus casas, que considere seriamente la distancia que tuvieron que recorrer para llegar al CAP y las posibilidades reales que regresen a los servicios una vez haya iniciado el trabajo de parto

Para hacer el parto en el CAP más atractivo para la población es preciso que se ofrezca un trato más humanizado hacia madres e hijos. Hay que tener claro que el mostrar interés por el bienestar de la paciente debe darse también en la consulta externa, pues para la población, el CAP es uno solo. En muchos municipios el trato humanizado requiere que parte del personal hable el idioma local. Es también necesario mejorar la relación de los proveedores de los servicios con las comadronas, a quienes debe verse como parte de la solución y no como el problema. El papel de las comadronas y su propio sentido de identidad ha ido cambiando y muchas, además de ofrecer sus servicios de atención prenatal y del parto, son también valiosas acompañantes de sus pacientes en servicios de salud, con frecuencia intimidantes y desconocidos. A menudo, se constituyen en intérpretes de términos y procedimientos no familiares para las parturientas. Son también el vínculo principal entre la comunidad y los servicios de salud, es decir,



verdaderos “puentes culturales”. Por último, el parto en el CAP ofrece una excelente oportunidad para otorgarle poder a la parturienta, ofreciéndole diversas opciones (a qué personas prefiere consigo durante el parto, en qué posición prefiere parir, etc.) y dándole confianza en su fortaleza y mostrando respeto hacia su capacidad reproductiva. Aumentar el parto institucional con acompañamiento intercultural es un reto que todos tenemos.



**Centro de Investigación Epidemiológica
en Salud Sexual y Reproductiva
Hospital General "San Juan de Dios"**

1ª. Avenida 10-50 Zona 1, Sótano, Guatemala, Guatemala
Teléfono (502) 2221-2391 y 2230-1494 • Fax: (502) 2221-2392
Correo Electrónico: ciesar@ciesar.org.gt • Página Web: www.ciesar.org.gt

2012

ISBN: 978-9929-40-272-0



9 789929 402720