



"Desde la Comunidad..."

**... Percepción de las
Complicaciones
Maternas y Perinatales
y Búsqueda de Atención"**



Instituto Guatemalteco de Salud Pública
S. J. Guatemala



Guatemala, noviembre
1995

(10) MotherCare

Licda Elena Hurtado
Consultora, Investigadora Principal

Con el apoyo tecnico de

Dra Elizabeth de Bocaletti
Proyecto de Salud Materna/ MotherCare

Dr Carlos Gonzalez
Proyecto de Salud Materna/ MotherCare

Licda Nancy Newton
PATH

Dra Patricia Bailey
FHI

Licda Susana Lemus
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Guatemala, noviembre, 1995

Esta publicación se realizó con el apoyo de la Oficina de Salud,
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
(USAID), bajo el contrato HRN-5966-Q-3039-00

El contenido de este documento no necesariamente refleja los
puntos de vista o políticas o de USAID o del Proyecto
MotherCare/John Snow Inc

INDICE

RESUMEN	11
INTRODUCCION	15
OBJETIVOS	19
METODOLOGIA	21
DESCRIPCION DE LA COMUNIDADES DE ESTUDIO	26
RESULTADOS DE SAN MARCOS (AREA MAM)	26
I Conocimientos y Prácticas en Relación al Embarazo, Parto, Postparto y Recien Nacido	
A La Comunidad (mujeres, esposos y comadronas)	29
B Los Servicios de Salud del MSPAS	35
II Complicaciones Maternas y Perinatales	37
III Factores que facilitan u obstaculizan la atención de las emergencias obstétricas y Perinatales	49
A Accesibilidad a los servicios	51
B Socioculturales	51
C Calidad de los servicios	53
IV Diagnóstico de Comunicación	55
A Comunidades	57
B Proveedores de Salud	57

V Recomendaciones	59
A De las Personas de la Comunidad	61
B De las Comadronas	61
C Del Personal de Salud	62
D Del Sector Privado	62
VI Recomendaciones para intervención	63
1 Capacitación al personal de salud	67
2 Capacitación de comadronas	69
Bibliografía	73
Agradecimientos	75

ABREVIATURAS UTILIZADAS

CdeS	Centro(s) de Salud
MSPAS	Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de Guatemala
ONG	Organizacion no gubernamental
PdeS	Puesto(s) de Salud

RESUMEN EJECUTIVO

El Proyecto MotherCare II/ Guatemala tiene como propósito aumentar el número de mujeres con complicaciones obstétricas o perinatales que hagan uso de los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en municipios de Totonicapán, Sololá, San Marcos y Quetzaltenango. Para proveer información de base para el mejor diseño y desarrollo de las áreas de acción específicas del proyecto, se realizó la presente investigación cualitativa sobre la atención de la salud materna y perinatal.

Los objetivos específicos de la investigación fueron

- * Describir los conocimientos y conductas en relación a la atención materna-perinatal de las mujeres en edad reproductiva, sus compañeros, las comadronas y el personal de los servicios de salud del MSPAS,
- * Identificar y describir los principales factores que afectan la utilización de los servicios de salud del MSPAS en el caso de emergencias obstétricas y perinatales,
- * Identificar los principales canales de comunicación disponibles y utilizados por las poblaciones,
- * Establecer las necesidades de capacitación, especialmente en comunicación interpersonal, de los proveedores de atención materna y perinatal, e
- * Identificar las sugerencias de los proveedores de atención materna y perinatal y de las propias mujeres sobre las formas de mejorar la atención materna y perinatal.

La investigación se llevó a cabo en ocho comunidades indígenas rurales: tres del departamento de Totonicapán, tres de Sololá y dos de San Marcos. Las mismas son comunidades donde, de acuerdo al MSPAS, la mortalidad materna es "alta" y la utilización de los servicios gubernamentales de salud, especialmente del hospital, es "baja".

La metodología utilizada para llevar a cabo la investigación incluyó una combinación de técnicas cualitativas de trabajo de campo. Específicamente, se utilizaron técnicas de entrevista individual a profundidad (con 97 mujeres embarazadas, 20 comadronas y varios líderes comunitarios). También se llevaron a cabo discusiones focales con dos grupos de madres de familia y un grupo de padres en cada una de las comunidades. Finalmente, se llevaron a cabo algunas entrevistas con personal de salud del Ministerio y con miembros de organizaciones que trabajan en esas áreas. Todas las entrevistas individuales y las reuniones de grupo en las comunidades fueron realizadas en los idiomas mayas de las comunidades (Mam y K'iche'), grabadas y luego transcritas.

Entre los principales hallazgos de la investigación está que la atención del embarazo, parto y postparto en estas comunidades la sigue proporcionando principalmente la comadrona. Colectivamente, las mujeres, sus esposos y las comadronas conocen muchos de los signos de complicación durante el embarazo, el parto y el postparto, pero individualmente mencionaron solo algunos.

En caso de las complicaciones en el embarazo y el parto la mitad o más de las comadronas dijeron que ellas refieren a las mujeres al hospital. Sin embargo, aunque la comadrona puede influir en las decisiones de ir a un servicio de salud, estas recaen en último término en el esposo. Para tratar las complicaciones en el postparto, las comadronas recurren principalmente al temascal y remedios de plantas medicinales.

Las mujeres, los hombres y las comadronas mencionaron varias enfermedades como complicaciones en los recién nacidos. No es probable que las comadronas refieran a los recién nacidos a los servicios de salud. Los hombres dijeron que para problemas del recién nacido buscan remedios de plantas medicinales, medicinas compradas en la farmacia, los llevan con curandero y a veces a los servicios de salud o con un médico privado.

Se documentaron algunas de las complicaciones obstétricas y neonatales ocurridas recientemente en las comunidades de estudio. Las complicaciones ilustraron que la decisión de buscar atención, llegar a un servicio y recibir atención se ve afectada por factores de accesibilidad física y económica a los servicios, factores socioculturales y la calidad real y percibida de la atención en los servicios.

La distancia junto con la falta o escasez de transporte y los malos caminos constituyen el primer grupo de factores. Además, hay costos asociados a la distancia, al transporte, a la oportunidad de trabajo perdida y otros.

La atención del parto hospitalario contradice mucha de la atención del parto tradicional proporcionada por la comadrona. Los temas del miedo al hospital y la vergüenza son recurrentes en los textos de entrevistas y discusiones de grupo. El estatus social y económico de la mujer en las comunidades estudiadas está supeditado al del hombre. Además, el analfabetismo, la baja escolaridad, el monolingüismo en el idioma maya y la falta de conocimientos específicos sobre salud materna influyen negativamente en la utilización de los servicios de salud pública.

La percepción de la mala calidad de la atención puede ser un obstáculo adicional a la utilización de los servicios de salud pública. Factores institucionales como exámenes o procedimientos específicos, largos tiempos de espera, horarios acortados, ausentismo laboral, rechazos y falta de medicamentos conforman la opinión negativa de las personas sobre la calidad de la atención. Finalmente, la actitud y conducta discriminadora de algunos miembros del personal de los servicios contribuye a la mala imagen de los mismos.

Para explicar las bajas coberturas de los servicios, el personal de salud también dio razones relacionadas al acceso a los servicios, las costumbres de las personas indígenas y el bajo grado de escolaridad y alto grado de analfabetismo de la población. La calidad de la atención la consideraron de regular a aceptable. Entre los problemas más serios mencionaron la falta de recursos materiales y humanos para dar un mejor servicio. También mencionaron como problema la barrera del idioma para comunicarse con los usuarios.

Al indagar sobre canales de comunicación el énfasis en todas las entrevistas y discusiones fue puesto en la comunicación interpersonal, especialmente entre personas de la misma comunidad. Se mencionaron mecanismos específicos como los pregones tradicionales, comunicaciones del Alcalde Auxiliar, reuniones, la escuela, las iglesias y las visitas de casa en casa.

Las fuentes de comunicación más aceptables serían mujeres de mediana edad, con conocimientos y experiencia propia y que hablen el idioma maya, las comadronas, las enfermeras, los promotores y los médicos, en ese orden. Más de la mitad de las personas entrevistadas dijeron que escuchaban radio diariamente. El medio de comunicación

masiva recomendado tambien fue el radio Las mujeres y sus esposos expresaron interes en informarse sobre distintos temas del embarazo, parto, postparto y el neonato

Las comadronas tambien expresaron interes en recibir mas capacitacion sobre atención materna El personal de salud de los servicios del Ministerio manifesto su interes por la capacitacion de las comadronas, no asi por su propia capacitacion

Las personas de la comunidad entrevistadas se mostraron positivas respecto a la idea de una maternidad comunitaria para la atencion de partos, especialmente aquellos complicados Esta debe estar localizada en la aldea, ser atendida por comadrona con apoyo de un medico y disponer de facilidades para la familia de la mujer y para el baño en temascal

INTRODUCCION

Desde los años setenta el Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) ha tratado de desarrollar y extender los servicios de salud a las areas rurales para proporcionar atencion primaria a la poblacion pobre y rural, a traves de un sistema de puestos (PdeS) y centros de salud (CdeS) y una red de hospitales Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, en las areas mas remotas del pais los servicios del MSPAS no estan disponibles Por otra parte, en algunas areas en las que hay servicios de salud, la baja utilizacion de estos servicios continua siendo un problema significativo Investigaciones antropologicas han sugerido que obstaculos de tipo geografico, económico, de la organizacion de los servicios, del contenido del tratamiento y factores sociales y culturales influyen en la baja utilizacion de los servicios disponibles (Hurtado & Esquivel 1986, Rosenthal 1987, Vielman & Hurtado 1986, Villatoro & Hurtado 1986)

Los servicios relacionados al control del embarazo, atencion del parto y del postparto, presentan problemas especiales Por ejemplo, en una muestra nacional de mujeres embarazadas en los años ochenta (Encuesta Materno-Infantil de 1987), solo el 34% reporto haber recibido atención prenatal de un medico o una enfermera (Pebley & Goldman 1992) Resultados adicionales de la misma encuesta señalan la aun mas baja utilizacion de los servicios en las areas de poblacion indigena en comparacion a las areas ladinas (Goldman & Pebley 1994)

Hay diferencia importantes entre los servicios de control del embarazo y de asistencia del parto Para el control prenatal es mas probable que las mujeres utilicen los servicios ofrecidos por el MSPAS y organizaciones no gubernamentales (ONGs) que para la atencion del parto En cambio, las comadronas adiestradas y no adiestradas formalmente continuan proporcionando la atencion de las dos terceras partes de los partos en Guatemala (Pebley & Goldman 1992, Goldman & Pebley 1994) En las comunidades mayas mas rurales, nueve de cada 10 partos son asistidos por comadronas (Schrieber et al 1994)

En Guatemala la tasa de mortalidad infantil es aproximadamente 73 por cada 1000 nacimientos Casi un tercio de estas muertes ocurren dentro de los primeros 28 dias de vida (Schrieber et al 1994) Guatemala tambien tiene una de las tasas de mortalidad materna más altas de la región Un estudio realizado en

1989 por el Departamento Materno Infantil del MSPAS estimo la tasa de mortalidad materna en 24 8 muertes por 10,000 nacimientos (Plan Nacional de Reduccion de la Mortalidad Materna, 1993)

El Proyecto Mothercare/ Guatemala tiene como mision contribuir a la reduccion de la morbilidad y la mortalidad materna y peri-neonatal en Guatemala Para ello ha identificado y propuesto como meta **aumentar el numero de mujeres con complicaciones obstetricas o perinatales que hagan uso de los servicios de salud del MSPAS** los municipios de Totonicapan, Solola, San Marcos y Quetzaltenango (Documento MotherCare II/ Guatemala 1995)

Especificamente el Proyecto MotherCare II pretende

1 Apoyar al MSPAS en el desarrollo de politicas y acciones nacionales en salud materna y perinatal

2 Fortalecer los servicios obstetricos-perinatales del MSPAS

3 Aumentar los conocimientos en la comunidad acerca de los signos de peligro obstetrico-perinatal y las acciones a tomar

4 Aumentar la aceptabilidad de los servicios con una mejor comunicacion interpersonal (CIP) y un enfoque apropiado y multicultural

5 Apoyar la movilizacion comunitaria para el establecimiento de una maternidad comunitaria en cada area

El presente estudio constituyo la primera fase de una **investigacion cualitativa formativa** que proporciona informacion de base para el mejor diseño y desarrollo de las areas de accion especificas del Proyecto MotherCare como son

- el diseño produccion e implementacion de una campaña de comunicacion social

- el desarrollo de un curriculum de capacitacion en Comunicacion Interpersonal,

- el establecimiento de maternidades comunitarias,

- la evaluación de las necesidades para la capacitación de comadronas,

- el desarrollo de programas de capacitación efectivas para el personal de salud y

- la promoción de la re-estructuración de los servicios de las maternidades hospitalarias para eliminar barreras sociales y culturales que dificulten su utilización

OBJETIVOS

Los objetivos específicos del estudio cualitativo formativo sobre la atención materna y perinatal fueron

1 Describir los conocimientos y conductas en relación a la atención materna-perinatal y, especialmente, en relación a los signos obstétricos de peligro en el embarazo, labor, parto y postparto de las mujeres en edad reproductiva, sus compañeras las comadronas y el personal de los servicios de salud disponibles

2 Identificar y describir los principales factores que afectan la utilización de los servicios obstétricos-perinatales del MSPAS en el caso de emergencias y el desenlace de las mismas

3 Identificar los principales canales de comunicación disponibles y utilizados por las poblaciones, así como el idioma y la terminología culturalmente apropiado para comunicarse en relación al tema de atención materna y perinatal

4 Precisar las necesidades de capacitación, especialmente en comunicación interpersonal, de los proveedores de atención materna y perinatal, tanto los del sistema tradicional (comadrona) como los del sistema biomedico (personal de Centros y Puestos de Salud)

5 Identificar las sugerencias de los proveedores de atención materna y perinatal de los líderes comunales y de las propias mujeres sobre las modificaciones necesarias para mejorar la atención materna y perinatal y, particularmente, aquellas relacionadas al establecimiento de maternidades comunitarias

METODOLOGIA

El estudio cualitativo formativo se llevo a cabo en **tres** comunidades de Totonicapan y **tres** comunidades de Solola y **dos** comunidades de San Marcos En total fueron 8 las comunidades de estudio

Selección de la Muestra

La estrategia de muestreo utilizada para este estudio fue la de «**casos críticos**» Los casos críticos, en este caso, fueron comunidades en las que la mortalidad materna es «alta» y la utilización de los servicios gubernamentales de salud, especialmente del hospital, «baja» Los calificativos de mortalidad alta y utilización baja no se definieron cuantitativamente, sino en base a la apreciación del personal del MSPAS de acuerdo a los informes de complicaciones obstétricas y neonatales y de utilización de los servicios La selección final de comunidades se llevó a cabo en conjunto con el Proyecto MotherCare y el MSPAS, tomando en cuenta consideraciones prácticas adicionales

Método

La metodología utilizada para llevar a cabo el estudio incluyó una combinación de técnicas cualitativas de trabajo de campo Específicamente, se utilizaron técnicas de entrevista individual a profundidad (pero enfocada) y de discusiones de grupo focal Todas las entrevistas individuales y las reuniones de grupo fueron llevadas a cabo en el idioma de la comunidad grabadas y luego transcritas La administración de las mismas fue como sigue

Comunidad

En cada comunidad se llevo a cabo

- 2 Grupos focales, uno con madres de 20-34 años y otro con madres de 35-45 años
- 1 Grupo focal con padres de familia
- 10 Entrevistas con mujeres embarazadas, la mitad nulíparas y la otra mitad multiparas

Entrevista con algun caso de complicacion obstetrica o neonatal ocurrida en el ultimo año

2-3 Entrevistas abiertas con comadronas (incluyendo la comadrona con mas clientela)

2-3 Entrevistas abiertas con lideres comunales

Ademas, se obtuvo informacion descriptiva de cada comunidad

Proveedores de salud MSPAS

En los servicios de salud del area se llevaron a cabo entrevistas individuales con el personal de salud del MSPAS, incluyendo

1 Miembro del personal del servicio de Salud (Centro/ Puesto) al que pertenece la comunidad (dependiendo del tipo de servicio disponible y priorizando al personal encargado de la atencion materna y perinatal y la capacitacion de comadronas)

1 Miembro del personal del Hospital al que pertenece la comunidad (priorizando al personal encargado de la atencion materna y perinatal)

Sector Privado

Se realizaron entrevistas con personal de organizaciones de asistencia y desarrollo local que estuvieran presentes en la comunidad de estudio y que proporcionaran servicios relacionados con el tema de interes (salud materna y perinatal)

INSTRUMENTOS *

Se elaboraron 11 instrumentos apropiados para cada tipo de técnica e informante, a saber

- C1 Guía de Información Descriptiva sobre la Comunidad de Estudio
- C2 Guía para Grupo Focal con Madres
- C3 Guía para Grupo Focal con Padres
- C4A Guía para Entrevista a Mujer Embarazada Multipara
- C4B Guía para Entrevista a Mujer Embarazada Nulipara
- C5 Guía para Entrevista a Comadrona
- C6 Guía para Entrevista a Líder/eza Comunitario/a
- C7 Guía para Entrevista Complicación Obstétrica
- P1 Guía para Entrevista a Personal de Salud MSPAS
- P2 Guía para Entrevista a Miembro Personal Hospital
- S1 Guía para Entrevista a Sector Privado (ONG)

El Proyecto MotherCare podrá facilitar una copia de los instrumentos, a quien lo solicite

Limitaciones

La identificación de nuliparas embarazadas para entrevista fue difícil ya que no hay una forma segura de localizarlas. Las comadronas dieron alguna información que permitió localizar a algunas de las nuliparas embarazadas. La entrevista misma con las nuliparas fue difícil porque ellas a muchas preguntas (especialmente, sobre el parto y el postparto) contestaban que no sabían ya que aun no habían tenido la experiencia. Además, ellas sienten vergüenza de hablar de estos temas porque ha sido costumbre no hablar de los mismos con mujeres jóvenes que aun no han tenido hijos. En algunos pocos casos las nuliparas se negaron del todo a responder.

Las expectativas de la gente - de que se les va a regalar algo, llevar algo, dar medicinas - es otro problema que se hubo de afrontar. Sin embargo, las explicaciones de las trabajadoras de campo permitieron que la mayoría de las personas contactadas participaran en el estudio.

El Mam que hablaban las entrevistadoras (originarias de Concepción Chiquirichapa, Quetzaltenango) no era comprendido en San Marcos. Por ejemplo, en una comunidad no pudieron hacer las entrevistas en Mam sino en español. Otras personas en San Marcos decían que no hablaban Mam porque les da vergüenza (según interpretaron las entrevistadoras).

En algunos lugares (como Tocuto, Tajumulco, San Marcos) hubo desconfianza y miedo de dar información por la violencia política de los años anteriores. También hubo rechazo a que se les fuera a hablar de planificación familiar, e incluso algún rechazo a hablar de los temas de interés.

Así como hubo rechazos también hubo personas que pidieron ser entrevistadas y participar en las reuniones.

Hubo algunas dificultades para cumplir con el calendario de trabajo debido al mal estado de las carreteras y caminos que conducen a las comunidades (especialmente a las de Antiguo Tutuapa, Xejuyup y Tzanixnam). El estado de los caminos se empeora durante el tiempo de lluvia que fue en el que se llevó a cabo este estudio.

El proceso de traducción y transcripción de todas las entrevistas y discusiones de grupo fue más tardado de lo contemplado en la propuesta. Hubo algunos pocos problemas con

las grabaciones debido a interrupciones, mal manejo de las grabadoras, defecto en algun cassette, o ruidos que dificultaron escuchar el contenido. En este sentido, cabe mencionar que fue util tener en las reuniones con grupos una grabadora adicional de apoyo

Personal

La recoleccion de datos de este proyecto fue llevada a cabo por 12 entrevistadoras (4 por cada departamento) bilingues en español y el idioma maya de los departamentos (K'iche' y Mam). Las entrevistadoras trabajaron en parejas, dos dedicadas a las entrevistas a profundidad y las otras dos dedicadas a los grupos focales. Un supervisor o una supervisora realizo el monitoreo de toda la informacion recolectada e hizo las entrevistas en los servicios de salud.

Las mismas entrevistadoras realizaron la transcripción de los datos.

Calendario

El estudio tuvo cinco meses de duracion de julio a noviembre de 1995. En las primeras dos semanas se prepararon los instrumentos de recoleccion de datos. La capacitacion de las trabajadoras de campo y los supervisores ocupo dos semanas mas. La recoleccion de los datos duro tres semanas (una semana por comunidad). Como todas las entrevistas y discusiones fueron grabadas en cassettes, los mismos fueron escuchados, traducidos y transcritos en español por las trabajadoras de campo durante cuatro semanas (una entrevistadora tardo 8 semanas en ese proceso debido a lo extenso de sus entrevistas). Las transcripciones de los datos fueron mecanografiadas en WP51 durante las siguientes cuatro semanas. Finalmente en los meses de octubre y noviembre se analizaron los datos cuyo volumen es considerable y se escribio el informe final.

Analisis de Datos

Las trabajadoras de campo grabaron todas las entrevistas y reuniones de grupo focal. Los cassettes fueron escuchados, traducidos y transcritos en la oficina despues de concluido el trabajo de campo. Para las entrevistas la transcripcion se hizo resumiendo las ideas principales de las respuestas y parafraseando el contenido.

Por el contrario, la transcripción de los grupos focales fue textual. Tres secretarías mecanografiaron los textos en WP51.

Todas las transcripciones fueron leídas íntegramente y se hicieron anotaciones de temas importantes, identificados previamente, en los márgenes de las hojas. En una segunda lectura de los datos, las entrevistas fueron resumidas en cuadros para detectar los temas más sobresalientes en el discurso de los diferentes informantes. También se hicieron tabulaciones para obtener algunas estadísticas descriptivas que mostraran patrones en los datos. Finalmente, se extrajeron citas para ilustrar las tendencias que reveló el análisis de los datos.

DESCRIPCIÓN DE LAS COMUNIDADES DE ESTUDIO

Todas las comunidades estudiadas corresponden a división administrativa de aldea. En el departamento de San Marcos se estudiaron dos aldeas: Tocado en el Municipio de Tajumulco y Antigua Tutuapa en el Municipio de Concepción Tutuapa. Las anteriores son comunidades predominantemente indígenas, del grupo lingüístico Mam. En el departamento de Totonicapán, se estudiaron las comunidades de Pueblo Viejo en el Municipio de Momostenango, Tzaniñam, en el Municipio de Totonicapán y Chajabal en el Municipio de San Andrés Xecul. Finalmente, en el departamento de Solola, se estudiaron las comunidades de Xejuyup, en el Municipio de Nahuá, de Chirijox, en el Municipio de Santa Catarina Ixtahuacán y Pachicoc en el Municipio de Nahuá. Las comunidades de Totonicapán y Solola estudiadas son todas de población completamente indígena del grupo lingüístico K'iche'. Inicialmente los resultados fueron divididos en Área Mam y Área K'iche'. En el presente informe se han combinado los resultados de ambas áreas.

**I. CONOCIMIENTOS
Y PRACTICAS
EN RELACION
AL EMBARAZO,
PARTO, POSPARTO
Y RECIEN NACIDO**

I CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS EN RELACION AL EMBARAZO, PARTO, POSPARTO Y RECIEN NACIDO

A La Comunidad (Mujeres, Esposos y Comadronas)

EMBARAZO

La primera señal por la que las mujeres se dan cuenta que están embarazadas es la falta de la menstruación. Otros síntomas mencionados frecuentemente son la falta de apetito y las náuseas.

En las comunidades rurales estudiadas las comadronas continúan proporcionando la mayor parte de la atención del embarazo, parto y postparto. Las mujeres y/o sus familiares van a solicitar la atención de las comadronas en momentos muy variables durante el embarazo, desde los 3 meses hasta los 8, siendo lo más frecuente en el segundo trimestre. Por lo general, la comadrona visita a las mujeres en sus hogares.

La actividad central del control prenatal que brinda la comadrona son los masajes, muchas veces dentro del **chuj** (en Mam) o **tuj** (en Kiche), el baño de vapor tradicional, en la casa de la embarazada. Con sus manos calentadas y untadas en pomada o aceite, la comadrona “compone”, “calienta”, “endereza”, “arregla el embarazo” (al niño) a lo largo del mismo. Ella les indica si el niño está en buena posición, calcula el tiempo de embarazo y la fecha probable de parto y les da consejos sobre los cuidados que deben tener en el embarazo que generalmente se refieren al nivel de esfuerzo y trabajo que deben hacer y la alimentación.

La mitad o menos de la mitad de las mujeres entrevistadas había asistido a un servicio de salud del MSPAS para control prenatal durante su actual embarazo o embarazos anteriores. Esto varía de una comunidad a otra. En el PdeS o CdeS examinan a las embarazadas, les aplican vacunas y les dan pastillas de vitaminas prenatales y a veces tabletas de hierro. A veces no las examinan porque las enfermeras no están capacitadas para hacerlo, solo los médicos. Las comadronas mencionaron que ellas aconsejan a las mujeres ir a los servicios de salud del MSPAS, aunque esto depende de la relación que ellas mismas tengan con los servicios.

Los esposos también mencionaron que ellos aconsejan a las mujeres ir a los servicios de salud y a veces son los que disponen si ellas van o no. Pero también en algunas comunidades señalaron las dificultades de acceso a estos servicios y la mala calidad de los mismos que hace que las mujeres vayan “a perder su tiempo”.

En algunos casos son los mismos “esposos celosos” los que les impiden ir

Colectivamente, las mujeres conocen muchos signos y síntomas que consideran “problemas” durante el embarazo, pero individualmente cada una mencionó de uno a tres y algunas manifestaron no saber alguno. De estos, los más mencionados fueron

- la falta de apetito
- la náusea
- el dolor de estómago
- la hinchazón
- la hemorragia
- el niño en mala posición
- otros dolores varios (de espalda, de cuerpo y de cabeza)

Poquitas mujeres mencionaron problemas como que “la fuente se rompa antes de tiempo”, los dolores de parto antes de tiempo y la cesárea previa como señal de peligro en el embarazo

Los esposos mencionaron como signos y síntomas de problemas de la mujer embarazada

- la falta de apetito
- la náusea
- los vómitos
- dolores varios
- el sueño
- el vahido

Los esposos mencionan que el embarazo es un período especial en la vida de una mujer y se refieren a los cuidados especiales que ellas deben tener. Además de la preocupación por la satisfacción de los antojos alimenticios, la alimentación en general y el control del embarazo por la comadrona, destaca en los cuidados expresados por los esposos el que el no debe darle disgustos, motivos de enojo, preocupaciones o penas a la mujer embarazada ya que la mala conducta del esposo puede tener efectos dañinos sobre el embarazo

Los esposos manifestaron su percepción que las mujeres más jóvenes (menores de 19 años) tienen más problemas que las mayores y también las “añeras” (mujeres que tienen hijos cada año) más que las que tienen hijos más espaciados. También creen que actualmente hay más problemas con los embarazos y partos que antiguamente.

Por su parte, los problemas serios en el embarazo más mencionados por las comadronas fueron:

- falta de apetito
- hinchazón
- mala posición del niño
- hemorragia
- “bolsa de agua” que se sale,
- dolor de espalda y dolor de pies

Así mismo, las comadronas reconocieron como complicaciones las 6 señales de peligro en el embarazo sobre las que fueron cuestionadas directamente, entre estas los dolores antes de tiempo y la cesárea previa.

En caso de las complicaciones en el embarazo, las comadronas dijeron que ellas refieren a las mujeres al hospital. En algunos casos lo hacen, especialmente si las comadronas son adiestradas (i.e. han recibido curso del MSPAS). Por el contrario, las comadronas no adiestradas entrevistadas manifestaron temor de referir a sus pacientes al hospital porque piensan que no las van a atender o que les van a llamar la atención a ellas. Sin embargo, aunque la comadrona puede influir en las decisiones de ir a un servicio de salud, estas recaen en último término en el esposo.

PARTO

A decir de mujeres y los hombres la comadrona atiende la mayoría de los partos en las comunidades rurales estudiadas. En efecto, una comadrona había atendido casi todos los partos sobre los que las entrevistadas multiparas fueron cuestionadas. En algunos casos los parientes atienden los partos, las mujeres dieron a luz solas y en una comunidad estudiada (Concepción Tutuapa, San Marcos), los esposos muchas veces atienden los partos, ya que el acceso a la comadrona es difícil porque no hay muchas, por falta de recursos económicos y por la lejanía.

La atención del parto es generalmente en casa de la mujer. Comúnmente el esposo está presente en los partos, así como parientes femeninos (la madre, la suegra, hermanas o cuñadas) y en algunos casos el padre de la mujer. Los esposos dijeron que es importante que ellos estén presentes así ven lo que pasa con la madre y el niño y pueden tomar cualquier decisión. La importancia del esposo en la toma de decisiones fue bastante evidente en los casos de complicaciones obstétricas documentados.

En San Marcos las mujeres no reportaron que la comadrona utilice inyecciones durante el parto, mientras en el área k'iche' hubo varios informes sobre el uso de las mismas, especialmente en Totonicapán.

Las complicaciones del parto más mencionadas por las mujeres fueron:

- la hemorragia
- el dolor de parto o de estómago muy fuerte
- que el niño tarde en nacer
- que la placenta no baje o nazca

Casi no mencionaron espontáneamente como complicaciones la mala presentación del niño y el parto gemelar. Los hombres mencionaron que a veces las mujeres no se alivian luego, tienen desmayo, una "bola en el estómago", les dan escalofríos y la placenta se atrasa en salir.

Como complicaciones del parto las comadronas mencionaron más frecuentemente:

- los dolores de parto/de estómago muy fuertes,
- cuando no nace la placenta
- cuando "tarda en aliviarse (parto tardado) y
- cuando el "niño no viene bien" (mala presentación)

La hemorragia es vista como un signo de que el parto es inminente, sin embargo, cuando es excesiva, algunas comadronas la consideran como una señal de peligro. Solamente el parto gemelar es visto más que como un peligro como el "destino" o "suerte" de la mujer.

Para las complicaciones en el parto los hombres, las familias, las mujeres y la comadrona opinan sobre lo que hay que hacer. Las

comadronas dijeron que los casos complicados los refieren al hospital, pero que es la familia la que en definitiva toma la decisión de ir al hospital. Los hombres aseveraron que son ellos los que toman la última decisión porque son ellos quienes tienen el recurso económico. Sin embargo, si una mujer no quiere ser llevada al hospital es muy difícil llevarla a la fuerza.

POSTPARTO

Durante el postparto la comadrona proporciona atención cada 2 o 3 días por un periodo que varía entre 8 y 20 días, aunque también a veces sólo la familia atiende a la mujer puerpera. En algunos casos en los que parientes o la madre sola ha atendido el parto, se llama a la comadrona para que de atención postparto. La atención en el postparto inmediato consiste en la limpieza o baño de la mujer y el niño recién nacido en el temascal.

En las siguientes visitas postparto, la comadrona también da masaje o soba dentro del baño de vapor, da a tomar bebidas calientes y, a veces, faja a la mujer. La mayor preocupación de las mujeres y las comadronas durante este periodo es que la matriz regrese a su lugar y que no haya frío o aire que las “descomponga”. Los problemas mencionados se derivan de que la matriz no este en su lugar sino haya subido o bajado a causa del frío o de actividades proscritas en este periodo.

Generalmente, las mujeres puerperas tienen ayuda de familiares y, ocasionalmente, de una persona contratada para hacer los oficios domésticos durante un periodo de 20 días. Los maridos también mencionaron que las mujeres deben guardar reposo y abstinencia sexual durante un mes postparto.

Los problemas postparto más mencionados por las mujeres fueron

- la hemorragia
- el dolor de estómago fuerte
- la debilidad

Otros problemas mencionados fueron que la matriz no quede en su lugar, la calentura o fiebre, que se quede parte de la placenta, la debilidad y la falta de apetito. Los hombres también mencionaron la “temperatura” o fiebre, la debilidad y la falta de apetito. El flujo vaginal con mal olor nunca fue mencionado espontáneamente como signo de complicación en el postparto.

Las complicaciones durante el periodo postparto que las comadronas mencionaron mas fueron

- hemorragia
- fiebre
- dolor de estomago/ matriz fuerte
- hinchazon de varias partes del cuerpo

La hemorragia postparto es vista por algunas comadronas como algo normal y beneficioso para la mujer porque la limpia Solo si es excesiva la consideran de peligro Ninguna menciono el flujo vaginal con mal olor como signo de peligro Sin embargo, al preguntarseles especificamente estuvieron de acuerdo en que era señal de peligro Para tratar las complicaciones en el postparto recurren mayormente al temascal y remedios de plantas medicinales En pocos casos las comadronas dijeron que harian referencia a los servicios de salud o al hospital

Las comadronas a veces cobran la atencion prenatal aparte de la atencion del parto y del postparto Sin embargo, es mas comun que cobren entre Q25 y Q50 (segun reportaron) al finalizar la atencion de la mujer Es probable que esta cantidad de dinero se vea reducida si el parto se resuelve en el hospital, lo que actuaria en contra de la referencia de complicaciones obstetricas

NEONATO

Inmediatamente despues del parto la comadrona revisa y limpia al recién nacido A veces el niño entra al baño de vapor con su madre El recién nacido es puesto al pecho de la madre en tiempos que varian desde inmediatamente (una vez limpiado y vestido) hasta 3 dias postparto Como alimentacion prelactea las madres y comadronas mencionaron mas frecuentemente, el agua hervida, el agua hervida con azucar y el agua de anis

En las visitas postparto la comadrona revisa al recién nacido, especialmente el muñon del cordon umbilical hasta que seca y cae Sin embargo, parece que concentra su atencion postparto en la madre

Las mujeres mencionaron varias enfermedades como los problemas serios en los recién nacidos siendo las mas mencionadas

- la "calentura"
- enfermedades respiratorias, especialmente la tos

Además mencionaron la lloradera, el dolor de estomago o cólico, los vómitos, la infección del ombligo y los “asientos” o diarrea. Enfermedades culturalmente definidas como el “pujo” en San Marcos, y el “ojo” en el area k’iche’ también se mencionaron. Las mujeres de las comunidades de Solola mencionaron la enfermedad “**ru tuj**” (“del tuj”) que afecta a los recién nacidos con signos como manchas y granos y problemas para mamar y respirar.

Entre los problemas que pueden afectar al recién nacido que las comadronas mencionaron más están fiebre y el dolor de estomago o cólicos. Además las comadronas mencionaron llorar mucho, catarro, tos, bronquitis, “ojo”, asientos, vómitos, infección del ombligo, hernia, ronchas, el niño que nace antes de tiempo o muy pequeño. Al preguntarse sobre otros signos como que el niño no mame, no se mueva, este morado o muy pálido, este frío casi todas las comadronas dijeron que también son señales de peligro.

No es claro que las comadronas refieran a los niños recién nacidos a los servicios de salud. Los hombres dijeron que para problemas del recién nacido buscan remedios de plantas medicinales, medicinas compradas en la farmacia, los llevan con curandero y a veces a los servicios de salud o con un médico privado.

B Los Servicios de Salud del MSPAS

La consulta prenatal en los servicios de salud estudiados incluye uno o más de los siguientes: examen físico, obstétrico, de laboratorio (en el hospital), dar vitaminas prenatales y dar tabletas hierro (cuando hay en existencia, de lo contrario se da receta para comprarlas en la farmacia), aplicar toxoide tetánico (a veces 3 veces en el embarazo y a veces dos veces en el embarazo y una en el postparto) y un plan educativo sobre los cuidados y la alimentación prenatal y a veces sobre la planificación familiar en el postparto. Según la categoría del servicio, así el número de actividades que se llevan a cabo. Sin embargo, en algunos de los servicios visitados la atención prenatal se lleva a cabo solo un día por semana y no a diario.

En general, el personal de salud entrevistado dijo que la cobertura de los servicios en atención prenatal era baja y aun más baja la atención postparto. Para explicar la baja cobertura dieron varias razones relacionadas al acceso a los servicios, las costumbres de las personas indígenas y el bajo grado de escolaridad y alto grado de analfabetismo de la población.

La calidad de la atención la consideraron de regular a aceptable. Entre los problemas más serios mencionaron la falta de recursos materiales y humanos para dar un mejor servicio. En el área k'iche' mencionaron como problema la barrera del idioma para comunicarse con las usuarias.

El personal entrevistado conocía los signos de riesgo en el embarazo, parto y postparto. Dijeron que los partos que son más problemáticos para las comadronas son los de mala presentación del niño y los de retención de placenta.

En cuanto a la relación con las comadronas de salud, la mayoría del personal entrevistado dijo que el trato que reciben es bueno. Sin embargo, criticaron sus prácticas, especialmente el uso del baño de vapor tradicional, la falta de higiene y el manejo que hacen del parto y las complicaciones.

En San Marcos ninguna de las 5 comadronas entrevistadas tenía relación con los servicios de salud y, con alguna excepción, se mostraron poco interesadas en ello. Por el contrario, la mayoría de comadronas entrevistadas en el área k'iche' sí habían tenido relación con los servicios de salud y continúan teniendo especialmente "cuando las llaman".

II. COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES

II COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINATALES

Se documentaron algunas de las complicaciones obstetricas y del recién nacido ocurridas recientemente en las comunidades de estudio. Para obtener la información no se llevó a cabo una búsqueda sistemática, sino se profundizó en algunos casos que fueron mencionados en las entrevistas y en las discusiones de grupo.

En San Marcos se recabó información sobre 5 complicaciones ocurridas entre 1993 y 1995. De las 5, 3 fueron de placenta retenida y 2 de mala presentación. En los casos fue evidente la falta de control prenatal, incluso de parte de una comadrona, el mal manejo de la complicación por la familia o la comadrona, el posible mal manejo en el servicio de salud más cercano y la falta de referencia oportuna al hospital. Además entre esos casos había el de una mujer joven y soltera y el de una gran multipara (10 hijos).

En las comunidades visitadas en los departamentos de Totonicapán y Solola se recabó información sobre complicaciones recientes. 4 casos de retención de placenta (uno es de una primigesta que fue llevada al hospital de Quiché y aunque el niño murió la mujer se salvó), 2 casos de mala presentación en que murió el niño (uno de los cuales fue referido al hospital), 1 parto prolongado en que la mujer fue llevada al hospital donde murió, 1 aborto en que la señora continúa con flujo vaginal varios meses después, 1 mujer multipara embarazada hinchada, con el parto previo complicado en el que dio a luz y murió el niño en el transporte camino al hospital y una posible ruptura de útero pues la mujer había tenido cesárea previa pero no quiso ir al hospital. Además, se reportó el caso de una mujer que murió 20 días después de dar a luz posiblemente a consecuencia de un sangrado continuo.

Previous Page Blank

Casos en San Marcos

Una complicación referida ocurrió en el caserio Tochincuto, de la aldea Tocuto. Una mujer murió por parto en julio de 1995 y la información fue dada por su madre. Según la madre de la fallecida, se dieron cuenta que Gloria (seudónimo) estaba embarazada hasta cuando le dieron «dolores de estomago» (contracciones). Es decir que la embarazada (soltera) no tuvo atención prenatal. Inmediatamente se fueron con una comadrona empírica (no adiestrada) en Chanchicupe, porque en Tocuto no hay comadrona. Doña Juana informó que la comadrona la vio, o sea la examinó, y dijo que aun le faltaba un mes y 20 días para que la mujer se compusiera. Se regresaron a casa el viernes pero sus dolores siguieron hasta casi una semana después en que dio a luz a las cinco de la tarde. Solo aguantó viva tres horas después que había nacido la nena. Es decir que la señora estuvo con dolores durante ocho días, porque según su madre regresaron de donde la comadrona un día viernes y su hija dio a luz y murió el jueves de la siguiente semana. La mujer murió a las ocho de la noche del mismo día en que se alivió por la retención de la placenta y una hemorragia muy fuerte, «corriente muy fuerte», después del parto.

La mujer fue atendida por su mamá, familiares y vecinos por la falta de comadrona o médico en el lugar. Ellos dicen que esa es la razón de la muerte de ella. La familia y vecinos tuvieron una buena intención de llevarla con un doctor, pero por la falta del recurso económico ya no fue posible. Así también, dijeron que los conocimientos de las personas son muy escasos y no la pudieron ayudar mayor cosa pues no sabían cómo solucionar esa complicación que fue mortal.

Gloria murió pero su hija vivía al momento de la entrevista. Informaron que se alimentó únicamente con pura agua 20 días después que nació. Posteriormente el doctor de Malacatán le recetó una leche adecuada y el doctor de Tajumulco le obsequió ropa y le sugirió que lleven a la niña a control médico en el CdeS de Tajumulco.

Se informó de dos complicaciones ocurridas en 1993

La primera fue el caso de una mujer de 27 años que había tenido tres partos normales y el cuarto “se le atravesó el niño” El enfermero del PdeS (que no es el actual) no se quiso hacer cargo del caso porque la mujer estaba grave y ella murió en la comunidad

Otro caso referido fue el de una mujer que tuvo diez hijos y con el último murió

“porque le cortaron el cordón umbilical y lo soltaron y ya no nació la placenta y le dio fiebre” No había comadrona atendiéndola Aunque el esposo quiso llevarla al hospital, ella no quiso y dijo que “prefería morir en la casa y no en el hospital” En su agonía la señora decía que no quería ir al hospital “porque el camino está muy malo y es lejos y en el carro solo me voy a golpear, antes de morir mejor no me lleve al hospital”

En el grupo focal de hombres relataron el caso de una mujer que

“cuando se alivió solamente vino la mitad del cuerpo del niño La comadrona lo que hizo fue sacar la otra mitad Y salió la otra mitad, pero tardó mucho [en el parto] la señora y se quedó irritada y se debilitó Tal vez le había quedado una infección y no la llevaron a examen con el doctor por no haber dinero y no había transporte A los ocho días murió la mujer”

Finalmente el caso más reciente (en 1994) referido fue el de una mujer que

empezó con dolores de parto como cualquier otra mujer Previo a su parto ella fue con comadrona y al puesto de salud a control Pero en el momento de parto no llamaron comadrona Sus dolores seguidos y fuertes empezaron a las 9:00 am y le dieron pastillas para parto, remedios caseros (aguardiente, aceite y la hicieron al fogón contra la plancha para calentarla y le causó fatiga) Pero al fin el niño nació hasta las 9:00 pm y la tragedia sucedió porque cortaron el cordón umbilical y no nació la placenta Ella comenzó con fiebre muy fuerte e inmediatamente la llevaron al puesto de salud con el ‘promotor’ [enfermero] que

hay ahí Al llegar le dieron tabletas de nervitiamin, pero él [enfermero] la dejó morir porque ni quiso que se fuera al hospital No tenía conocimiento de como atender un parto Después de 6 horas de que nació el niño la señora murió y la placenta nunca nació”

Casos en Totonicapan

Un caso reciente de complicación obstétrica, relatado por la abuela comadrona, a la entrevistadora fue transcrito literalmente como sigue

“Cuando se quedó embarazada la muchacha se vino conmigo [abuela], yo la arreglaba [hacia masaje] siempre cuando venían a dar vuelta aquí en la casa, yo la arreglaba Yo les dije, como ellos quieren que yo le vaya a ver y como es lejos -No, miya, no me voy porque es muy lejos y como hay enfermas [embarazadas] aquí Ella dijo -Por favor, abuelita, llegue - No - les dije - busquen una comadrona allá, porque allá hay comadronas - les dije Si dijeron y buscaron a la comadrona Pero la nieta se quejaba - Me duele mi pie, dijo -Así es, miya- le dije yo - como está embarazada - así es Entonces ellos le dijeron a la comadrona, entonces la señora [comadrona] a saber que hizo y cuando la levanto [del examen, masaje] la señora dijo que no estaba bien el bebé A los cuatro días que la levantó se le vino la enfermedad [hemorragia] a la muchacha, se le vino dolor y se le vino la enfermedad Cuando se vino yo lo sentí que no está bueno el bebé -Vaya, Adelaida, qué te paso - le dije - el bebé parece que ya dio vuelta no se que le paso Ya yo no encontraba qué hacerle y le dolía La arreglé y ya mero se compone [pone en posición correcta], tal vez se hubiera curado bien, pero me vinieron a llamar con otra mujer Que sí [sucedió que] no estaba yo cuando comenzó ella [con dolores] Entonces buscaron a otra comadrona y la comadrona les dijo que no se va a componer aquí sino hasta el hospital hay que llevarla Cuando llegó la hora me fueron a traer a mí en la noche La fui a ver y cuando llegué estaba la otra comadrona todavía ahí Cuando llegué estaba toda débil - Entonces se va al hospital- le dijimos a su suegra De paso que no estaba su

marido -Tengo que llegar - dijo su marido - porque le mandaron a avisar Tiene que estar su marido porque tiene que ver como y que le hacen al bebe cuando nace - dijo la suegra

-Digales que que me van a hacer, me llevan al hospital o no, porque ya no aguanto, fuerte el dolor que tengo en mis pies, todo me duele - dijo la nieta - Lastima - le dije

La señora [suegra] dijo -No estan su esposo ni su suegro, se fueron a la costa, no estan - dijo Yo le dije - Tan siquiera uno que este - - No esta ninguno -Y que vamos a hacer- le dije - vamos a buscar carro Y llegamos en el hospital de Toto

-Si - dijeron [en el hospital] - saquele su ropa Y yo le saque su ropa y le tiraron la ropa del hospital encima y la acostaron Despues de acostarla se fueron ya no estaban Me quede yo ahí con ella, dijeron [las enfermeras] que iban a regresar para arreglarla o mirar lo de su parto Pero no venian, la dejaron ahí Yo estaba esperando si vienen o no vienen

Y cuando llegamos estaba un señor trapeando en un cuarto Lo vi Entonces a el le pregunte si no vio donde estan las enfermeras, le dije -Ay, saber donde estan ellas, siempre asi lo hacen -Por favor - le dije - es que tenemos un parto y he visto que no atienden aqui, nos pasa asi que ninguno nos atiende -Lastima- dijo -Haganos favor, don, de ir a buscarlas porque esta muy grave la enferma- -Esta bueno- dijo el señor -talvez estan con otros enfermos -Si- dije y las fue a a buscar a las enfermeras

En el hospital gritaba cuando se le venian los dolores Yo la arregle [le hizo masaje] todavia ahí pero no se le calmaba el dolor Ay cuando llegaron me sacaron a mí Ellos se quedaron ahí viendola Despues entre yo a verla, necia yo entraba y entraba a verla De repente, -ya no esta ahí, dije yo, me voy a ir a ver en el otro cuarto si esta ahí o en donde esta- les dije a mis compañeras, hermanas de su marido Cuando la encontramos en el otro cuarto tenia puesta su ropa y estaba caminando y cuando tenia dolores gritaba Nada mas la miraban las enfermeras, ella estaba

solita ahí y las enfermeras hasta allá Y cuando no vieron nos entramos, ahí con ella nos estuvimos Cuando se le venía el dolor gritaba, decía -Ay, abuelita Yo le dije que le dijera por favor a las enfermeras que la miren a ver qué le pueden dar Cuando vinieron las enfermeras les dije yo que la miren a la enferma, pero ellas me dijeron -Déjela ahí porque ya está en nuestra parte Y escuchaba que se estaba quejando mucho y cuando escuché que me mandaron a llamar por otra enferma cuando estaba en Toto Entonces me fui yo para la casa a ver a la otra enferma y se quedó mi nuera con ella en el hospital, ella escuchó que se quejaba y que me llamaba Decía -Abuelita, abuelita De plano cuando está en el dolor y hasta cuando la operaron Después escuchamos que se murió a las doce en punto Y su papá estaba en Guatemala Después su papá habló por teléfono a Toto y escuchó que se murió

[Recapitulación] No tenía dolor cuando estaba embarazada sólo su ple Y yo le dije que así es Ellos buscaron una comadrona y para qué la compuso Porque talvez dio una vuelta el bebé Por eso no se curó y a los cuatro días se le vino hemorragia a la muchacha Eso fue lo que le hizo mal Si después nos avisaron que se murió a las doce Temprano dije que hay que ir a verla, pero ellos [enfermeras] de plano ya se fueron tarde Ay Dios se murió mi nieta y el bebé estaba vivo y después se murió allá con su abuelita de él []

Lo que le hicieron no dicen las enfermeras Entonces dijo el licenciado [abogado?] -Cuando venga otra enferma con dolor, hasta Xela la llevan allá en Xela ya pronto las atienden a las personas Como está grande el niño entonces no pasa porque es pequeño su cuerpo Hay otras que luego se componen, en cambio a ella no la atendieron luego Talvez por eso se murió, así dijo el licenciado de Toto Si hay otra enferma hay que llevarla a Xela La llevaron los doctores La miramos cuando le cambiaron su ropa, estaba una cruz la operación Si estaba bien Sólo

Dios sabe por que se murio, si por hambre, como no comio []

En otro caso reciente, en otra comunidad una informante reporto a una entrevistadora el siguiente caso de retencion de placenta

“Lo que ha sucedido es por la falta de medico, nadie [medico] las controla. Hay comadronas, pero no saben mucho y no mucho conocen como hacer en caso de complicaciones. Hace dos años llegaron unos doctores italianos y las prepararon un poco a las comadronas, porque antes solo ellas con sus pocos conocimientos atendian a las señoras

Lo que paso en el caso complicado hace poco fue que la señora murio de parto. Su edad era 35 años, no sabia leer, solo hablaba k'iche', tuvo 7 hijos, no fue al control prenatal al puesto de salud

No tardo mucho, pero lo que paso fue que nacio el niño, pero no nacio la placenta. Tardo en esperar la comadrona y decidio cortar el cordon umbilical pero no lo amarro bien a la pierna. Se solto el cordon y regreso dentro de la señora y a las 2 horas murio esta señora

No la vio ningun medico, ni en el PdeS cuando estaba embarazada ni en el parto. Nunca tuvo atencion [medica] sólo la comadrona la vio

Finalmente se encontro una señora multipara y con 7 meses de embarazo segun el calculo que ella hacia

Tuvo una complicación previa ya que en el parto anterior el niño nacio muerto en el camion contratado, de camino al hospital de Quiché. La señora se veia gorda, pero ademas se encontraba hinchada. Se sofocaba al hacer cualquier esfuerzo, sentia que se ahogaba, no podia respirar y sudaba mucho. Segun la comadrona “tenia bastante agua en su embarazo”. Le dijeron que fuera al PdeS y fue al más cercano que

es el de Matzul a 10km La enfermera del PdeS le dijo que el embarazo era complicado y que debería ir a tener su parto al hospital de Quiché No conforme, ella fue a un curandero “que ya es un señor grande con bastantes años de estar atendiendo” El curandero le dijo que tenía mucho liquido Para tratarla, el curandero le introdujo una sonda en la vagina y le sacó cerca de un litro de agua (el esposo mostró una palangana con la cantidad de líquido extraído) Todo el camino de regreso a su casa, mientras caminaba, ella sintió que se le salía mas agua, “como que estuviera orinando” Tuvo alivio unos días, pero sigue sintiéndose mal Cuando la entrevistadora refirió a la señora al hospital ella dijo que antes de ir tenían, ella y su esposo, que consultar con los padres del esposo y los de ella

Este caso ilustra el proceso conjunto de toma de decisiones que muchas veces retrasa la búsqueda de atención

Casos en Sololá

Un hombre fue entrevistado sobre un caso muy reciente de parto complicado en el que murió su esposa Es muy interesante en la transcripción de esta entrevista como la información del caso se fue completando gradualmente, con la intervención de otros miembros de la familia Se trató de un caso de retención de placenta donde hubo atraso en buscar vehículo, esperando que amaneciera y por confiarse que ya antes le había sucedido lo mismo sin ninguna consecuencia fatal para la mujer

La mujer tenía 26 años y 3 hijos muertos, ninguno vivo Con este embarazo, a los 4 meses había ido a control al CdeS y a los 5 meses había comenzado el control con la comadrona Tanto el médico como la comadrona dijeron “que todo estaba bien y que no había ningún problema y que el niño estaba en buena posición” “Hace poco también fue [al CdeS], ya solo 15 días faltan le dijo el doctor, ella estuvo yendo cada mes”, reportó el esposo Durante el embarazo “no tuvo ningún problema porque ella me contaba todo”, reitero

Para el parto llegó la comadrona a su casa y además estaban presentes el esposo, la madre de ella, la suegra y una cuñada. El trabajo de parto con dolores fuertes duró una hora. Relato el esposo

“Ella no sufrió de mucho dolor, porque los meros dolores empezaron a las 11 de la noche y a la 1 de la madrugada nació el niño. De lo que sí se quejó fue de un dolor en el corazón, porque ella le dijo a su mamá que le sintiera una bolita en la boca del estómago. La mamá lo sintió [toco] y sí tenía una bola en el estómago. De eso se quejó mucho que le dolía, quizás también fue la causa de que murió.

La cuñada dijo

“Lo primero que le afectó es que se le enfriaron mucho los pies, yo digo que eso le causó la muerte. Quizás no fue por el embarazo, o porque el niño ya había nacido, yo digo que fue eso que se le enfriaron los pies”

El esposo “Definitivamente sí fue eso que se le enfriaron los pies”

La madre “Le dio mucho frío y también esa bola que tenía en su estómago. Ese frío le tardó mucho y le empezó cuando el niño ya había nacido, pero eso digo yo que le causó la muerte. Quizás era su suerte. Yo digo que más fue causa de que no le bajó la placenta, allí estuvo el problema y eso fue lo que le causó el frío. Digo yo.”

El esposo “Lo de la placenta fue después que nació el niño y después el frío y le dolió mucho el corazón ‘ya no aguanto’ decía. Con lo de la placenta la comadrona le sobó el estómago, pero eso no le hizo nada, solo eso hizo ella porque qué más podía hacer.”

La comadrona dijo que se tenía que ir a la clínica porque así nos han dicho a nosotras ahí en la clínica Santo Tomás que hagamos. Se tiene que ir a la clínica hay que llevarla. Nosotros dijimos 'de plano se va', tenemos que buscar un carro porque Sto. Tomás está retirado.

La madre "Nosotros dijimos está bien y mi hija dijo 'no me voy hasta que amanezca'. Y nosotros dijimos se tiene que ir porque no se va a quedar así, nos la llevamos rápido al hospital. Porque así le ha pasado con los otros tres partos, que no le baja la placenta. Por eso es que no nos preocupamos tanto y aquí no es fácil de encontrar carro. Tal vez ya le convenía morir."

El esposo "Es que hay que buscar carro. Dijimos que hasta las dos de la mañana para esperar que amaneciera un poco. Porque aquí tenemos que ir a Xejuyup a buscar [queda a 1.5 km]. Y si no hay, hay que ir hasta Sto. Tomás. No fuimos a buscar carro rápido porque no fácilmente nos iban a hacer el favor. Era ya muy tarde, teníamos que caminar mucho porque aquí no hay ningún carro. Por eso dijimos hasta las dos de la madrugada y también como le ha pasado lo mismo no le baja la placenta pero no se muere. Pensamos que iba a pasar lo mismo ahora, que le iba a bajar después."

La madre, resumió: "La comadrona luchó pero no se pudo y esperamos que amaneciera para llevarla al hospital pero ya no dio tiempo, ella murió."

En estos casos se evidenciaron muchas de las dificultades para la atención oportuna y adecuada de las complicaciones obstétricas y neonatales que serán resumidas en la sección siguiente.

**III. FACTORES QUE
FACILITAN U
OBSTACULIZAN
LA ATENCION DE
EMERGENCIAS
OBSTETRICAS**

III FACTORES QUE FACILITAN U OBSTACULIZAN LA ATENCION DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS

La decision de buscar atencion, llegar a un servicio y recibir atencion de buena calidad se ve afectada por los siguientes factores

A Accesibilidad a los servicios

La distancia, la falta o escasez de transporte y los malos caminos forman un primer grupo de factores muy importantes, que obstaculizan la utilizacion de los servicios de salud del MSPAS, especialmente en las comunidades mas alejadas. En los casos de mortalidad materna documentados en San Marcos, las barreras de accesibilidad geografica a los servicios son claras. Los costos involucrados en la busqueda de atencion estan asociados a la distancia. Los costos incluyen el transporte, el alojamiento y la comida de los familiares si la mujer se queda internada en el hospital, de las medicinas si son recetadas y el costo de oportunidades de trabajo y otras oportunidades perdidas.

B Socioculturales

El papel de la comadrona continua siendo muy importante en todas las comunidades de estudio y todos los pueblos indigenas del altiplano. Los masajes que ejecuta la comadrona son vistos por las familias y la comadrona como indispensables para el bienestar de la mujer en el embarazo, el buen desenlace del mismo y el bienestar de la mujer y el niño en el postparto. El temascal continua teniendo un rol preventivo asi como terapeutico durante el embarazo y el postparto.

La presencia de familiares, especialmente del esposo, que estan al tanto de lo que le ocurre a la madre y el niño y dan apoyo verbal y fisico a la mujer durante todo el trabajo de parto y parto es muy importante en la atencion indigena tradicional. Ademas, la presencia del hombre es especialmente importante para la toma de cualquier decision.

La comadrona adecua sus practicas a las preferencias de las mujeres. De esta manera, si la mujer quiere que su parto tenga lugar dentro del temascal puede buscar a una comadrona que atienda asi o solicitarselo a la comadrona. Lo mismo sucede en relacion a la posicion durante el parto que puede ser hincada, en cuclillas o acostada, segun se sienta mejor la mujer.

En el postparto inmediato la mujer y su hijo son llevadas al temascal para el baño y masajes abdominales. Al igual que durante el embarazo los masajes postparto son vistos como fundamentales para el bienestar posterior de la mujer y su vida futura. La mujer recibe alimentos en el momento que lo desea durante su postparto. La atención del parto hospitalario contradice mucha de la atención del parto tradicional.

Hay interpretaciones socioculturales de las complicaciones durante el embarazo, parto, postparto y el neonato que actúan en contra de llevar a la mujer a un servicio de salud en caso de complicación.

Por otra parte, en lo social, desde la conquista ha habido una asimetría muy grande en las relaciones interétnicas y desconfianza de parte de los indígenas a las instituciones ladinas. Los servicios de salud son una institución ladina. La desconfianza hacia las instituciones ladinas fue expresada en una serie de rumores (quizás algunos con base en casos reales) que existen acerca de los PdeS, CdeS y hospital.

Se repiten historias de que alguna mujer ha sido violada en la consulta, de que los “hierros” con los que examinan a la mujer embarazada causan aborto, de que les dan “pastillas malas” a las embarazadas, de que en el hospital “les quitan algo de adentro”, “las operan para no tener familia” (esterilizan sin su consentimiento), “matan a las mujeres”, “matan a los niños”, etc. El hecho que en hospital mueran algunas mujeres y niños refuerza el miedo y la desconfianza.

El tema del miedo al hospital es uno recurrente en los textos de entrevista y discusiones de grupo. Las mujeres tienen miedo al hospital, al personal, a la operación, a la media operación (episiotomía), al sufrimiento en el hospital, a morir en el hospital, a lo que cuesta que entreguen un muerto. El miedo detiene el dolor y retarda los partos, el miedo aumenta porque las mujeres no pueden expresarse en español.

La vergüenza, aunque menos prominente que el tema del miedo, también fue mencionada en relación a los exámenes prenatales, a los procedimientos del hospital y a ser vistas por toda la gente que acude a los servicios de salud. Es muy interesante que en Solola se manifestó la vergüenza por ser personal ladino quien atiende a la mujer indígena.

El estatus de la mujer en las comunidades estudiadas esta supeditado al del hombre. Los hombres manifestaron que “las mujeres no se mandan solas” (i.e. el hombre las manda) que ellos toman las decisiones por ser ellos quienes poseen el recurso economico (denotando el bajo estatus economico de la mujer) y que ellos autorizan o no a las mujeres a ir a un servicio de salud. Se dijo que los ‘hombres celosos’ (posiblemente de que ella salga y sea vista y examinada por el medico generalmente hombre) no autorizan a las mujeres a ir a los servicios de salud.

Como factores facilitadores en la utilizacion de servicios de salud se puede mencionar el ejemplo de las mujeres que ya lo hacen y que, a juicio de los entrevistados, es cada vez un numero mayor.

C Calidad de los servicios

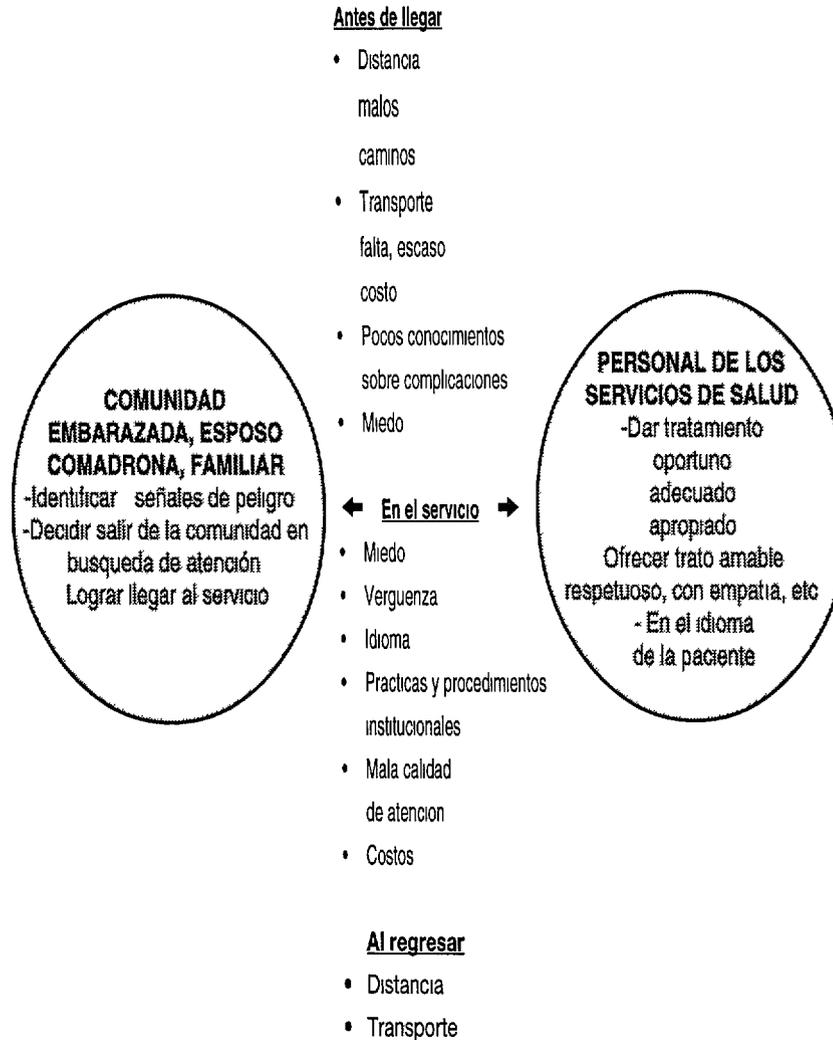
La percepcion de la calidad de la atencion puede ser un obstaculo adicional en la utilizacion de los servicios de salud del MSPAS. Las personas emiten juicios sobre la calidad de los servicios basados en la experiencia propia o en la experiencia de otras personas. Por lo tanto, cualquier complicacion no resuelta en el hospital, en la que muere la mujer o el niño, sirve para reforzar (con o sin razon) el miedo y las malas opiniones de las personas.

Existen factores institucionales como exámenes o procedimientos especificos que no son del agrado ni congruentes con las expectativas de las personas. Además, los largos tiempos de espera, los horarios acortados, el ausentismo laboral, los rechazos por no ser el día indicado para llegar o por haberse ya llenado el cupo diario de atencion, la falta de medicamentos y el dar recetas conforman la opinion negativa de las personas sobre la calidad de un servicio. Finalmente, la actitud del personal de los servicios que a veces es indiferente, descortes, falta de sensibilidad cultural, discriminatoria por razones de pobreza y etnia e incluso decididamente hostil a las usuarias contribuye a la mala imagen de los servicios.

Desde el punto de vista del personal de salud, la calidad de los servicios es “regular”. La mayor queja del personal es que no tienen recursos humanos ni materiales suficientes para mejorar la calidad de la atencion. El idioma fue mencionado como una barrera para la comunicacion y la mejor atencion de la mujer.

La figura resume los hallazgos sobre los principales factores que afectan la utilizacion de los servicios de salud, en el caso de las complicaciones maternas y perinatales.

FACTORES DE ATENCION DE COMPLICACIONES MATERNAS Y PERINEONATALES



IV. DIAGNOSTICO DE COMUNICACION Y NECESIDADES DE CAPACITACION

IV DIAGNOSTICO DE COMUNICACION Y NECESIDADES DE CAPACITACION

A Comunidad

La comunicacion sobre temas de salud reproductiva es en estas comunidades siempre indirecta y velada. Una mujer manifiesta los signos y sintomas experimentados para que la familia sospeche un embarazo. Estos temas generalmente no se discuten con mujeres solteras o sin hijos. La experiencia es la que va enseñando a cada mujer y hombre.

Al indagar sobre canales de comunicacion el énfasis en todas las entrevistas y discusiones fue puesto en la comunicación interpersonal, especialmente entre personas de la misma comunidad. Se mencionaron mecanismos específicos como los pregones tradicionales, comunicaciones del Alcalde Auxiliar, reuniones, la escuela, las iglesias y visitas de casa en casa.

Las fuentes de comunicacion mas aceptables serian mujeres de mediana edad, con conocimientos y experiencia propia y que hablen el idioma maya, las comadronas, las enfermeras, los promotores, los medicos. Algunas dijeron que la mujer tiene que ser de otro lugar y no de la misma comunidad.

Más de la mitad de las personas entrevistadas dijeron que escuchaban radio diariamente. El medio de comunicacion masiva recomendado también fue el radio. También se mencionaron los videos y los altoparlantes. Algunos mencionaron material impreso como afiches.

Hubo interés por parte de las mujeres y sus esposos en informarse sobre distintos temas del embarazo, parto, postparto y el recién nacido. Muy pocas personas manifestaron que no quisieran alguna información.

B Proveedores de Salud

Las comadronas del área k'iche', por su parte, expresaron interés en recibir más capacitación sobre la atención de la mujer, como hacer más fáciles y rápidos los partos, las complicaciones y qué pueden ellas hacer. Los cursos deben ser impartidos por personas

que tengan experiencia en la atención de partos y que les hablen en k'iche' ya que pocas de ellas saben hablar español. Los canales de comunicación que llegan a las comadronas son las cartas y telegramas, los alcaldes auxiliares, el radio y las reuniones.

El personal de salud de los servicios del MSPAS manifestó su interés por la capacitación de las comadronas, no así por su propia capacitación. Excepto la televisión, el personal de salud menciona los mismos medios de comunicación mencionados por la comunidad interpersonal (líderes, alcaldes auxiliares, maestros comadronas promotores), el radio y los impresos.

V. RECOMENDACIONES

V RECOMENDACIONES

A Comunidades

Las personas de la comunidad entrevistadas se mostraron positivas a la idea de una maternidad comunitaria para la atención de partos, especialmente aquellos complicados. Esta debe estar localizada en la aldea pues de estar localizada en la cabecera municipal tendría los mismos inconvenientes que el servicio de salud. Debe ser atendida por comadrona con apoyo de un médico. Las ventajas que la mayoría de mujeres le vieron a una maternidad comunitaria pueden ser traducidas en sus expectativas de buena calidad de atención:

- esta cerca
- no tiene que caminar mucho
- no pagan pasaje (transporte)
- la atención es rápida
- la atención es segura (no está cerrada)
- hay comadrona que sabe
- hay apoyo del doctor si se necesita
- no tiene que ir al hospital
- hay temascal

Los hombres a veces mostraron su desconfianza a estas ideas por considerar que las organizaciones a veces ofrecen, pero no cumplen. Dijeron que para hacer cualquier cosa se necesita de la organización comunitaria.

En las comunidades de más difícil acceso los entrevistados mencionaron que necesitan un puesto de salud. Además, mencionaron la necesidad de una ambulancia para resolver el problema de falta de transporte para ir al hospital.

B Comadronas

Las principales recomendaciones de las comadronas es que el personal de los servicios hable k'iche' y los cursos de capacitación también se impartan en k'iche'. Con respecto al parto hospitalario, ellas quisieran que se les permitiera entrar.

En relación a la idea de maternidad comunitaria expresaron más o menos las mismas consideraciones que las mujeres. Algunas no



estuvieron del todo convencidas de lo positivo de la idea porque piensan que tal vez les va a tomar mas de su tiempo el atender en una maternidad

C Personal de Salud

Las recomendaciones del personal de los servicios de salud fueron pocas. Mencionaron la necesidad de capacitar mas a las comadronas y de darles incentivos para que asistan a los cursos. Tambien, en relacion a las maternidades comunitarias, dijeron que es necesario que las comadronas y comunidades se organicen. En general, el personal se mostro favorable a la idea de la maternidad comunitaria, pero todos dijeron que se necesitan fondos, personal especializado y mayores recursos materiales.

D Sector Privado

El personal de ONGs entrevistado recomendo la organizacion y participacion comunitaria en cualquier programa, por ejemplo, tomar en cuenta a los comites o consejos comunales ya establecidos.

Para la mejor atencion de las complicaciones obstetricas y neonatales recomendaron que las comadronas entren al hospital e incluso ayuden en la atencion del parto, que el sistema de referencia funcione, que las actitudes del personal cambien para que las personas sean tratadas con consideracion y sensibilidad a las diferencias culturales y que el personal cumpla con los horarios de atencion, especialmente de las emergencias.

VI. RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCION

VI RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCION

Para fines de las recomendaciones definimos como **intervencion** el cambio de comportamientos de un segmento de la poblacion que se produce influyendo en uno o mas factores “determinantes” a traves de actividades planificadas

En el caso de la presente intervencion el conjunto de comportamientos sobre los que se quiere influir fue definido desde el inicio como aquellos tendientes a **aumentar el numero de mujeres con complicaciones obstetricas o perinatales que hagan uso de los servicios de salud del MSPAS** Los factores pertinentes en esta intervencion han sido presentados en este documento se relacionan a la accesibilidad a los servicios de salud (geografica, de infraestructura y economica), a factores socioculturales y de conocimientos de signos de riesgo especificos y a la calidad de los servicios de salud (percibida y real)

En el modelo utilizado para comprender mejor la naturaleza de esta intervencion y las recomendaciones propuestas, la principal variable de impacto es una mejora en las tasas de morbilidad y mortalidad materna y neonatal Las variables intermedias son los comportamientos relacionados a que las complicaciones obstetricas y perinatales sean correctamente identificadas, que las personas decidan buscar ayuda fuera de la comunidad en los casos que sea necesario, que logren llegar a los servicios de salud y que en los mismos reciban un tratamiento oportuno, adecuado y apropiado Por ultimo, las variables “determinantes” son los factores que influyen en estos comportamientos y estan relacionados a la accesibilidad fisica y economica a los servicios, a factores socioculturales y a factores de calidad de los servicios tanto calidad percibida como calida real de los mismos y aspectos institucionales como normas que fueron resumidos antes Estos factores, ademas, los podemos dividir en dos grupos a) proximos o aquellos factores de conocimientos actitudes y destrezas considerados mas próximos o inmediatos a la serie de comportamientos deseados y b) distantes o aquellos relacionados con la infraestructura y los recursos economicos considerados mas distantes de los comportamientos deseados, aunque no por ello menos influyentes

Cualquier intervención debe tener líneas de acción diversas que influyan los distintos tipos de factores, próximos y distantes. En estas recomendaciones a) se revisan las líneas de acción que el Proyecto MotherCare ya está implementando, poniendo énfasis en lo que podría contribuir a esas actividades el componente de comunicación social y b) se señalan algunas líneas de acción complementarias.

El énfasis de las recomendaciones está en el componente de información, educación y comunicación de la intervención. Las recomendaciones se enfocan en la **comunicación social** definida y entendida como un proceso de comunicación planificado y organizado - a través de medios masivos, interpersonales y otros - para lograr las metas prácticas de programas y proyectos específicos (en este caso, los del MSPAS y MotherCare en relación a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal). Mas aun, entendemos la comunicación como un componente de apoyo porque es siempre parte de una intervención que tiene que incluir componentes adicionales como de organización y participación comunitaria, de creación o revisión de normas institucionales, de creación o reforzamiento de legislación, de definición de políticas, de capacitación, etc.

A ACCIONES QUE AFECTAN FACTORES MAS PROXIMOS

Las acciones que el MSPAS, ya está implementando en la Intervención Materna-Perinatal claramente están concentradas en modificar algunos de los factores socioculturales, de conocimientos y de calidad de los servicios, es decir, de los factores definidos como mas próximos en el modelo.

1 Capacitación al Personal de Salud

Este componente ya ha dado inicio en la Intervención Materna-Perinatal con la revisión de los protocolos de manejo de casos a nivel hospitalario, de CdeS y PdeS y la capacitación del personal.

El componente de capacitación es muy importante ya que una intervención debe integrar todos los elementos que la componen. Así, si en la campaña de comunicación se estimula a las personas a que

acudan a los servicios de salud para atención prenatal y en el caso de complicaciones obstétricas y perinatales, los servicios de salud deben estar en capacidad de satisfacer esa demanda potencial

La Intervención Materna Perinatal también ha comenzado a implementar el componente de capacitación en comunicación interpersonal. Este componente incluye temas que surgieron como importantes en la investigación formativa, a saber

- el miedo al hospital, a las prácticas hospitalarias, al personal ladino de los hospitales,
- la vergüenza a los exámenes y prácticas hospitalarias, principalmente por ser ejecutadas por personal ladino (tema menos importante que el miedo),
- la desconfianza, expresada en una serie de rumores sobre los servicios de salud y, especialmente, sobre el hospital,
- las relaciones interétnicas y la barrera del idioma,
- un análisis de las prácticas beneficiosas, neutras y dañinas, tanto en la medicina biomédica como en la medicina tradicional y popular. Por ejemplo, la posición acostada para el parto es una que fue fomentada por la medicina biomédica y ahora se reconoce como dañina. Por el contrario la posición hincada, en cuchillas o inclinada/ recostada es la posición tradicional del parto en el área indígena de Guatemala y es actualmente reconocida como beneficiosa. El uso del **tuj** o temascal debería ser sometido a este análisis por ser actualmente la práctica tradicional más adversada por el personal de salud

Comunicación

Desde el punto de vista de comunicación, el personal de salud debe tener muy claro cuáles son las acciones específicas que se les está recomendando a ellos y a las personas de la comunidad ejecutar. Asimismo, es necesario actualizar al personal de salud periódicamente sobre los avances en los otros componentes de la intervención. También cabría informar a la población de las mejoras que se han llevado a cabo en los servicios de salud para la mejor atención de complicaciones.

Materiales

Se puede elaborar un material (folleto o trifoliar) de consulta rápida en el que estén resumidas las principales actividades que debe realizar el personal de salud para contribuir a que las complicaciones reciban atención oportuna y de buena calidad. Asimismo, podría haber un boletín de distribución periódica (bi-mensual), para informar al personal de salud sobre la intervención y sus avances. En el mismo se puede indicar las actividades realizadas, participantes, actividades programadas, reforzar algún tema, etc. Para incentivar al personal a leer el boletín puede ir acompañado de un breve formulario que al ser completado se puede enviar a la oficina del Proyecto de Salud Materna-Perinatal para participar en un sorteo.

2 Capacitación de Comadronas

El Proyecto Materno-Perinatal también ha dado inicio al componente de capacitación de comadronas. A partir de la investigación se recomiendan cursos lo más cerca posible de las comunidades donde viven las comadronas. Los cursos deben ser impartidos por personal de salud, pero el equipo capacitador debería incluir una comadrona capacitada que pueda comunicarse en el idioma local y a quien las comadronas le lleguen a tener confianza para hacer preguntas y resolver sus dudas.

Se debe prestar atención a la estrategia para la captación de comadronas empíricas. Estas comadronas tienen dificultades reales o percibidas para asistir a los cursos. Además, estas comadronas son posiblemente las más pobres y monolingües de todas y algunas ya han tenido problemas con los servicios de salud y hasta con otras comadronas capacitadas. Las comadronas no adiestradas tienen más tendencia a no referir las complicaciones a los servicios de salud por temor a que sus pacientes no sean atendidas y a ser ellas reprendidas.

Se recomiendan cursos prácticos en los que, conjuntamente con las comadronas, se examinen pacientes ya que el método a través del que ellas han aprendido su profesión está basado en la experiencia y el ensayo. Los cursos deben incluir visitas a los hospitales para que las comadronas sean conocidas por el personal del hospital y para que ellas conozcan las instalaciones físicas del hospital, su funcionamiento y al personal. Las comadronas mismas comparten con sus pacientes el «miedo al hospital» y estas visitas ayudarían a vencer ese miedo. También se recomienda la comunicación horizontal con comadronas ya capacitadas en

aspectos de alto riesgo (por ejemplo, con las comadronas de Quezaltenango)

Se recomienda se incluya en los cursos a comadronas el manejo sencillo de complicaciones que puedan ser tratadas en el hogar o su manejo de camino al hospital

Comunicacion

La comunicacion por radio e interpersonal puede ayudar a informar sobre los lugares y fechas donde van a haber cursos para comadronas y animar a todas las comadrona a asistir

Una vez capacitadas en la deteccion y referencia de señales de riesgo, las comadronas deben ser presentadas a su comunidad informando de sus nuevos conocimientos y destrezas para aumentar su prestigio. Se debe poner énfasis en comunicar que las comadronas van a referir a algunas pacientes al hospital, no porque sean incapaces de atender partos, sino porque saben detectar efectivamente las complicaciones que requieren atención en el hospital

Se recomienda revisar el material de comadronas y prestar atención a material existente y a aquel que está siendo desarrollado por otras instituciones. También sería necesario asegurarse que el material esté siendo utilizado ya que en la investigación pudo observarse material para comadronas sin uso

B ACCIONES QUE AFECTAN FACTORES MAS DISTANTES

Otras acciones, que aun no han sido iniciadas, deben implementarse para ayudar a mejorar el acceso geográfico y económico a los servicios de salud y deben ser considerados comunidad por comunidad. Es muy probable que en aquellas comunidades con problemas serios de accesibilidad geográfica y económica se tengan que buscar soluciones innovadoras a los mismos

1 El acceso a los servicios de salud

a Maternidades Comunitarias

Las maternidades comunitarias pueden verse como un intento de abordar el problema de acceso. Como se dijo antes, las personas se mostraron muy positivas a la idea de maternidad

comunitaria Sin embargo, las maternidades que ellas visualizan están localizadas en sus comunidades y no en las cabeceras municipales, además de contar con comadronas bien capacitadas tienen un apoyo de personal médico y tienen condiciones socioculturalmente apropiadas para la atención del parto y el postparto (lugar para la familia, **tuj**) Posiblemente, no es realista esperar estas condiciones se den en el corto plazo

Por su parte el personal de los servicios de salud, a pesar de que considera la idea de maternidades comunitarias como muy buena, insistió en la necesidad de mayores recursos humanos y materiales para hacerlas una realidad

b Evaluación del problema de acceso

Se sugiere evaluar el problema de acceso físico y económico comunidad por comunidad En aquellas comunidades donde se encuentre que las vías de comunicación, la disponibilidad de transporte y/o el costo del mismo son el mayor obstáculo aparente para la referencia de pacientes con complicaciones obstétricas y perinatales al hospital se debe pensar en distintas opciones para su solución

Estas opciones van a requerir organización comunal Un comité de salud que ya esté funcionando u otro que se forme deberá ser motivado a discutir el problema y la importancia que le asignan al mismo Este comité deberá decidir quienes quieren ocuparse del problema Una actividad, por ejemplo, es la de hacer un inventario del transporte disponible, los horarios y costos Se debe hablar con los dueños del transporte para conocer su punto de vista y su disposición de colaborar en casos de emergencias También se puede pensar en la posibilidad de crear un fondo rotativo para transporte o combustible que podría ser utilizado por las familias en casos de emergencia

Vale la pena mencionar que en una de las comunidades estudiadas el alcalde auxiliar estaba enterado de cada uno de los embarazos en la comunidad Esta es información que sería de mucha utilidad a un comité que vele por la salud de las madres y de los niños

Comunicación

La comunicación puede apoyarse con mensajes dirigidos a las familias, especialmente los padres de familia, para que desde el principio del embarazo se preocupen de asegurar un transporte en

caso de complicacion y de buscar el apoyo de la organizaci3n comunal

C COMPONENTE DE COMUNICACION A LAS PERSONAS

Analisis de los comportamientos

Se ha tomado como punto de partida para hacer estas recomendaciones el «análisis de comportamientos» ya que, como se mostro en la Figura 1, se reconoce que en las intervenciones en salud publica las practicas o comportamientos son siempre las variables intermediarias entre los factores influyentes y las mejoras que se quieren lograr en el estado de salud de la poblacion. El análisis de comportamientos es una tecnica que permite seleccionar los comportamientos mas criticos y factibles de ser abordados en una intervencion.

El primer paso en este analisis es la definicion de las conductas (comportamientos o practicas) ideales tecnicamente (o, al menos las mas recomendables en consideracion a las circunstancias) que se quisiera que hagan las personas de la comunidad, los proveedores de salud tradicionales y/o del sistema biomedico. En este caso la definicion de conductas ideales estuvo guiada por las siguientes preguntas:

- que deben hacer los diferentes grupos (mujeres, hombres, comadronas, personal de salud de los servicios de salud) para que las complicaciones obstetricas y neonatales sean identificadas?
- que deben hacer para que en caso de complicaciones las familias decidan buscar atencion fuera de la comunidad?
- que deben hacer para que las complicaciones que lo ameriten lleguen a un servicio de salud?
- que deben hacer para que las complicaciones, que lleguen a los servicios reciban atencion oportuna y de buena calidad?

ANALISIS DE COMPORTAMIENTO

Para el desarrollo del componente de informacion, educacion y comunicacion, se sugiere como punto de partida el «análisis de comportamientos» que es una tecnica que permite desglosar los comportamientos en pasos discretos y seleccionar aquellos mas criticos y factibles de ser abordados en una intervencion.

El primer paso en este analisis se llevo a cabo y fue la definicion de las conductas (comportamientos o practicas) ideales tecnicamente (o, al menos las mas recomendables en consideracion a

las circunstancias) que se quisiera que hagan las personas de la comunidad, los proveedores de salud tradicionales y/o del sistema biomedico para contribuir a resolver el problema de salud en cuestion

Para continuar con el analisis, las practicas ideales fueron comparadas sistematicamente con las conductas reales de la poblacion que se presentan en el informe. Luego de esta comparacion se analizara el **impacto potencial** o importancia en terminos del problema de salud de cada una de las practicas ideales y el **potencial de cambio** o factibilidad de cambiar cada una de las mismas.

Es importantisimo que sea un equipo de trabajo interdisciplinario el que haga el analisis de impacto y factibilidad. Del analisis resultan los **comportamientos potencialmente factibles** que se constituiran en la base del diseño de la estrategia de intervencion, especialmente del componente de comunicacion social de apoyo.

Una vez definido el perfil de los comportamientos factibles segun se explico arriba, debe elaborarse un plan estrategico que incluya las audiencias, los objetivos de la comunicacion, la distribucion y capacitacion (que en este caso se interrelaciona con los componentes ya iniciados por el proyecto y a los que este componente debe fortalecer), los mensajes y la estrategia creativa, los medios o canales de comunicacion, la estrategia institucional, el monitoreo y la modificacion del programa y la evaluacion.

BIBLIOGRAFIA

(CITADA Y RELACIONADA AL TEMA)

Annis S (1981) Physical access and utilization of health services in rural Guatemala Social Science and Medicine 15D 515-523

Cabrera Perez-Armiñan M L (1992) Tradicion y Cambio de la Mujer K'iche' Guatemala Editorial Cholsamaj, 98 p

Cosminsky (1977) Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca Medical Anthropol 1, 69

Cosminsky S (1982) Knowledge and body concepts of Guatemalan midwives En Anthropology of Human Birth (Editado por Kay M Warren), pp 233-252 Davis, Philadelphia

Goldman N & A Pebley (1994) Childhood immunization and pregnancy-related services in Guatemala Health Transition Review (4) 29-44

Hurtado E y A Esquivel (1986) Health-seeking behavior of families in a Guatemalan Indian community Guatemala, INCAP C-292

Hurtado E (1984) Estudio de las características y prácticas de las comadronas tradicionales en una comunidad indígena de Guatemala En E M Villatoro (Editora) Etnomedicina en Guatemala Centro de Estudios Folkloricos Coleccion Monografias, 1 251-264

Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social (1993) Plan Nacional de Reduccion de la Mortalidad Materna 1993-1996

Orellana S (1987) Indian Medicine in Highland Guatemala The Pre-Hispanic and Colonial Periods Albuquerque University of New Mexico Press

Paul L (1975) Recruitment to a ritual role The midwife in a Maya community Ethos 3, 449-467

Paul L & B Paul (1975) The Maya Midwife as a sacred specialist A Guatemalan case American Ethnologist 2, 707-726

Pebley A & N Goldman (1992) Family, community, ethnic identity and the use of formal health care services in Guatemala Working Paper Series No 92-12 Princeton, NJ Office of Population Research, Princeton University

Pebley, A , N Goldman & G Rodriguez (1995) Prenatal and Delivery Care and Childhood Immunization in Guatemala Do Family and Community Matter? Manuscrito no publicado

Rasmuson M , et al (1988) Communication for Child Survival Washington, D C AED USAID

Rosenthal C (1987) Santa Maria de Jes?s medical choice in a high-land Guatemalan Town Unpublished Thesis Department of Anthropology, Harvard University, Cambridge MA

Schrieber B et al (1994) Risk Factor Analysis of Peri-neonatal Mortality in Rural Guatemala Bulletin of PAHO, 28(3) 229-238

Vielman L y E Hurtado (1986) Estudio de conocimientos, actitudes y practicas de salud y nutricion en Guanagazapa, Escuintla Guatemala, INCAP

Villatoro E (1986) El ba?o de vapor tradicional un recurso terapeutico en el Altiplano Guatemalteco Centro de Estudios Folkl?nicos, USAC, La Tradici?n Popular No 59

Villatoro E y E Hurtado (1986) Informe Final de la Investigacion Etnografica sobre Algunos Aspectos de Salud y Nutricion en una Comunidad de Huehuetenango Guatemala, INCAP

Villatoro E (1994) La comadrona a traves de la historia en las practicas obstetrico pediaticas una experiencia en el area Ixil, Quiche Centro de Estudios Folkloricos, USAC, La Tradicion Popular, No 97, 20 p

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la dedicación y profesionalismo del equipo de trabajo de campo integrado por Juliana Cabrera Lopez, Elsa Maura Bartola Cochoy Alva, Nora Lucrecia Coj Duarte, Berta De Leon Garcia, Genoveva Gomez Calvac, Clara Luz Gomez Perez, Rosario Gomez Perez, Guillermo Loayes Mendoza, Ana Maria Lopez de Lopez, Teresa de Jesus Macario Gomez, Leandra Mazariegoz vda de Macario, Ermelinda Perez Lopez, Reina Isabel Sales Hernandez, Eluvia Tigula Mazariegoz, Zoila del Carmen Torres Xitamul. También agradecemos a los pilotos Walter Carmen De Leon Escobar, Julio Ovidio Herrera Duarte, Julio Alfredo Queme Gonzalez que condujeron al equipo a las comunidades de estudio.

Finalmente, nuestro profundo agradecimiento a todas las personas entrevistadas y los participantes en los grupos focales de las comunidades por haber compartido con nosotros sus experiencias y opiniones.