

RESUMEN GENERAL



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

**Breakthrough
ACTION**
FOMENTANDO EL CAMBIO SOCIAL
Y DE COMPORTAMIENTO



INFORME FINAL RESUMEN GENERAL



María Elena Figueroa, PhD
Sandra Sáenz de Tejada, PhD
Carmen Cronin, MPH

Johns Hopkins University Center for Communication Programs
111 Market Place, suite 310
Baltimore, MD 21202, USA

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	6
METODOLOGÍA	
Modelo teórico utilizado.....	9
Búsqueda y organización de la información.....	10
RESULTADOS	
Características de la literatura revisada	11
Características de la información codificadas	12
Hallazgos por comportamiento	15
RESÚMENES	
1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME)	17
2. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (AC)	18
3. REPOSO Y APOYO DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO.....	21
4. DIETA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA.....	22
5. SUPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA MADRES	23
6. SUPLEMENTOS Y ALIMENTOS NUTRICIONALES PARA NIÑOS.....	24
7. PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PF).....	26
8. ESPACIAMIENTO DE EMBARAZOS.....	27
9. DEMORAR EL PRIMER EMBARAZO.....	29
10. BUSQUEDA DE ATENCIÓN PARA NIÑOS.....	30
11. BUSQUEDA DE ATENCIÓN PARA SALUD MATERNA.....	31
12. TRATAMIENTO DE AGUA EN EL HOGAR.....	33
13. LAVADO DE MANOS CON JABÓN.....	35
14. USO DE LETRINAS Y MANEJO HIGIÉNICO DE RESIDUOS.....	36
15. BABY WASH (AGUA, HIGIENE Y SANEAMIENTO PARA BEBÉS)	38
16. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE A NIVEL COMUNITARIO	39
17. UNIONES TEMPRANAS O FORZADAS.....	41
18. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO.....	43
REFERENCIAS	47

Figuerola, M. E., Saenz de Tejada, S., & Cronin, C. (2021). *Revisión de literatura sobre nutrición, planificación familiar, búsqueda de servicios, higiene, y violencia*. Johns Hopkins Center for Communication Programs.

This study is made possible by the generous support of the American people through the United States Agency for International Development (USAID). The contents are the responsibility of Breakthrough ACTION and do not necessarily reflect the views of USAID or the United States Government.

© Johns Hopkins University. All rights Reserved.

AGRADECIMIENTOS

El Proyecto Breakthrough ACTION, financiado por USAID y basado en el Center for Communication Programs de Johns Hopkins University, Bloomberg School of Public Health, le gustaría reconocer el apoyo de la misión de USAID Guatemala, Dr. Héctor Menéndez, Dr. Baudilio López y Dra. Yma Alfaro, para la realización de este esfuerzo de revisión de la literatura sobre los diversos comportamientos prioritarios del proyecto en Guatemala. Este esfuerzo se vio enriquecido no solo por la literatura publicada en revistas de tipo académico, sino muy particularmente por reportes actualizados y disponibles de varios proyectos de USAID en Guatemala que han trabajado en varios temas prioritarios del proyecto Breakthrough ACTION. Reportes de proyectos como PAISANO, SPOON, FANTA 2-Bridge, FANTA III, PM2A –PROCOMIDA, SEGAMIL, Nutrisalud, Child Survival Project en Huehuetenango, y otros contribuyeron a actualizar temas que se habían revisado durante el proyecto HC3. La literatura también se enriqueció de estudios sobre la aceptabilidad y uso de suplementos como Maní+ (Maníplus), y alimentos complementarios incluyendo Vitacereal y “Mi comida”. Estudios de Helvetas Guatemala contribuyeron reportes sobre la metodología SANTOLIC -Saneamiento Total Liderado por la Comunidad; y reportes de SAVE the Children aportados por Wilbert Quintanilla y Jason López, así como de UNICEF y Water for People contribuyeron reportes sobre agua y saneamiento en Guatemala. Finalmente, se contó con una docena de tesis tanto de licenciatura como de maestría, sobre varios temas, incluyendo violencia doméstica y matrimonio temprano y forzado, de universidades en Guatemala incluyendo la Universidad Rafael Landívar, Universidad de San Carlos y Universidad Mariano Gálvez.

Las autoras agradecen también la colaboración de Maritza Méndez del proyecto Breakthrough ACTION en Guatemala y de Amanda Varnauskas y Danette Wilkins de la escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins que contribuyeron en diferentes fases de la búsqueda y codificación de la literatura incluida en esta revisión. Amanda contribuyó también en la preparación de cada uno de los cuadros en los que se presentan los resultados finales, Carmen Cronin, Sandra Sáenz de Tejada y María Elena Figueroa participaron en todas las fases desde la búsqueda y codificación de la literatura hasta la preparación del reporte final y los cinco volúmenes. La verificación de todas las referencias utilizadas y su organización en el paquete Dedoose estuvo a cargo de Carmen Cronin. La traducción de la gran cantidad de textos extraídos de la literatura en inglés, así como la edición final de los cuadros en español estuvo a cargo de Sandra Sáenz de Tejada. Las autoras esperan que este esfuerzo contribuya evidencia que apoye el diseño de proyectos para mejorar las condiciones de salud y bienestar de las mujeres, niños y familias en las zonas más necesitadas del Altiplano de Guatemala.

INTRODUCCIÓN

En las últimas dos décadas, Guatemala ha logrado grandes mejoras en muchos indicadores de salud, pero a pesar de estos avances, varios indicadores siguen estando entre los peores de la región. A nivel nacional, los indicadores de salud son sistemáticamente más bajos entre las poblaciones pobres, indígenas y rurales, especialmente en el Altiplano.

Uno de los principales problemas de salud en Guatemala es el retraso en el crecimiento, que afecta a casi la mitad (47%) de los niños menores de cinco años y que ha disminuido poco en los últimos veinte años (UNICEF, 2019). Este retraso es más acentuado entre los niños indígenas (61%) que entre los no indígenas (34%), y es aún mayor (70% o más) en muchas comunidades rurales e indígenas en el Altiplano (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) et al., 2017). Entre las mujeres, el retraso en el crecimiento puede aumentar el riesgo de experimentar un parto prolongado u obstruido, lo que a su vez incrementa la probabilidad de muerte materna e infantil. Los niños nacidos de madres con este retraso también tienen más probabilidades de tener un bajo peso y experimentar un retraso en su crecimiento, lo que pone en relieve los efectos intergeneracionales de la desnutrición.

Con respecto a los servicios de agua y saneamiento, Guatemala ha logrado avances y aunque el acceso al agua corriente es común entre los hogares del Altiplano (menos en las zonas rurales), a menudo está contaminada (USAID/Monitoring and Evaluation Program & DevTech Systems Inc., 2016). Sólo el 58% de los hogares guatemaltecos tienen acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas y esta cifra es aún más baja en las zonas rurales (29%) y en el Altiplano (30-38%). La falta de acceso al agua potable e instalaciones sanitarias y las malas prácticas de higiene son factores de riesgo en la transmisión de enfermedades gastrointestinales (p. ej., diarrea, cólera, fiebre tifoidea) y se ha demostrado que juegan un rol importante en la desnutrición crónica.

Un área en la que Guatemala ha hecho algunos avances importantes es en la planificación familiar. Las tasas de fecundidad han disminuido de 3,6 en 2008-09 a 3,2 en 2014-15, y hay un conocimiento casi universal de al menos un método de planificación familiar entre mujeres y hombres (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) et al., 2017). Sin embargo, existen disparidades importantes. Las tasas de fecundidad son más altas entre mujeres rurales, indígenas y analfabetas, y el uso de un método anticonceptivo moderno es significativamente menor entre las mujeres indígenas. Creencias negativas sobre la planificación familiar y normas sociales y de género que promueven la maternidad y la procreación son algunos de los factores que impiden el uso consistente de la planificación familiar y crean demanda insatisfecha.

Guatemala es una sociedad patriarcal en la que la masculinidad se ha centrado en el machismo, y con un legado de exclusión de las mujeres y las poblaciones indígenas. Las normas tradicionales de género y el machismo han creado un entorno que perpetúa y normaliza la violencia contra las niñas y las mujeres. Esto ha contribuido a altas tasas de violencia de género como el femicidio, la violencia sexual, el matrimonio infantil y forzado, y el embarazo en la adolescencia (Ugarte et al., 2018). La arraigada discriminación étnica y la violencia generada durante la guerra civil, ha hecho que los indígenas guatemaltecos desconfíen de los servicios de salud, generalmente atendidos por población ladina, y que duden en acudir a ellos. Y cuando llegan a usar los servicios, la calidad de atención suele ser deficiente, reflejada en la discriminación, el mal trato, y la barreras lingüísticas y culturales, lo que disuade a las mujeres de buscar atención en el futuro.

Ante este panorama de salud, el proyecto Breakthrough ACTION del Centro de Programas de Comunicación (CCP) de la Universidad Johns Hopkins está apoyando los esfuerzos de USAID Guatemala a través del desarrollo de una estrategia de comunicación para el cambio social y de comportamiento (CSC) que esté basada en evidencia y que contribuya a promover normas más equitativas de género y modificar positivamente la práctica de comportamientos prioritarios para mejorar la salud y nutrición de la población Guatemalteca, principalmente en los departamentos de Huehuetenango y Quiché. El proyecto Breakthrough ACTION se

basa en, y amplía el trabajo empezado por el Health Communication Capacity Collaborative (HC3) y utiliza un enfoque integrado de la salud que reconoce las conexiones entre la salud materna e infantil, la nutrición, la planificación familiar, el agua, higiene, y saneamiento, y la búsqueda de servicios de salud. El proyecto también se enfoca en abordar las desigualdades de género y de poder que muchas veces representan condiciones subyacentes que influyen en las actitudes y comportamientos relacionados con la salud, y que limitan el cambio hacia prácticas más saludables.

Este reporte presenta los resultados de la revisión de la literatura para 18 comportamientos de salud relevantes a los resultados 1 y 2 del proyecto. En la Figura 1 se muestran estos comportamientos organizados en cinco grupos. Los colores ayudan a identificar los cuadros incluidos en este reporte con los resultados detallados por comportamiento.

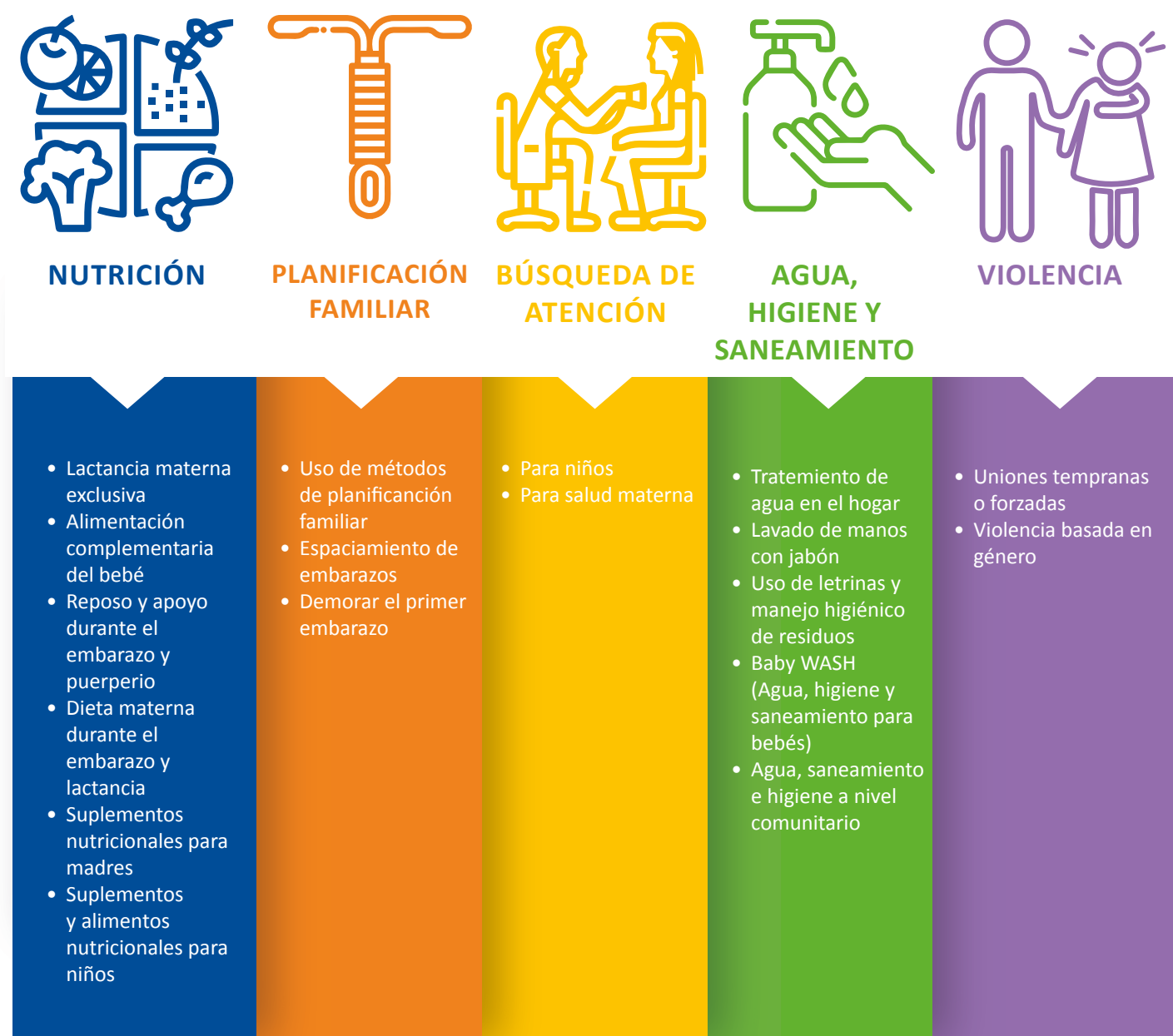


Figura 1: Comportamientos prioritarios de Breakthrough ACTION

Un insumo importante para la elaboración de una estrategia de comunicación para el CSC es conocer cuáles son los factores determinantes (facilitadores y barreras) de los comportamientos de interés en los que las actividades de comunicación pueden influir. Generalmente, estos factores se identifican a partir de estudios de tipo cualitativo en los que los participantes del estudio representan a las audiencias de interés (p.ej., madres, padres, abuelas). Otra fuente de información muy valiosa sobre estos determinantes es la literatura existente —artículos académicos publicados y reportes técnicos (literatura gris)— que aun cuando no hayan tenido como objetivo principal explorar específicamente estos determinantes, ofrecen resultados en los que es posible identificar algunos de ellos. Para este propósito, es muy útil apoyarse de marcos teóricos que explican el CSC y que ofrecen múltiples determinantes susceptibles de ser influidos por acciones de comunicación.

MODELO TEÓRICO UTILIZADO

El modelo que se utilizó para la revisión y el análisis sistemático de la literatura fue el modelo socio ecológico (MSE), el cual considera que el individuo no es un ente aislado sino parte de un sistema cuyos niveles facilitan o impiden prácticas deseables de salud. En cada uno de estos niveles es posible identificar factores determinantes a nivel del hogar en el que reside el individuo, a nivel de la comunidad en la que se encuentra el hogar, a nivel de los servicios (de salud, agua y saneamiento, de administración de justicia) a los que los hogares de la comunidad tienen acceso, y a nivel del contexto social/estructural como son las políticas de salud, el liderazgo, y aspectos culturales y religiosos.

Además de estos factores, otros determinantes a nivel individual (factores ideacionales), como los conocimientos, las creencias, los beneficios percibidos, la percepción de riesgo y de la norma social, las emociones y sentimientos, entre otros, pueden facilitar, pero también impedir prácticas saludables. La figura 2 presenta algunos de estos factores determinantes para cada nivel del MSE.

FACTORES DETERMINANTES EN CADA NIVEL DEL MODELO SOCIO-ECOLÓGICO

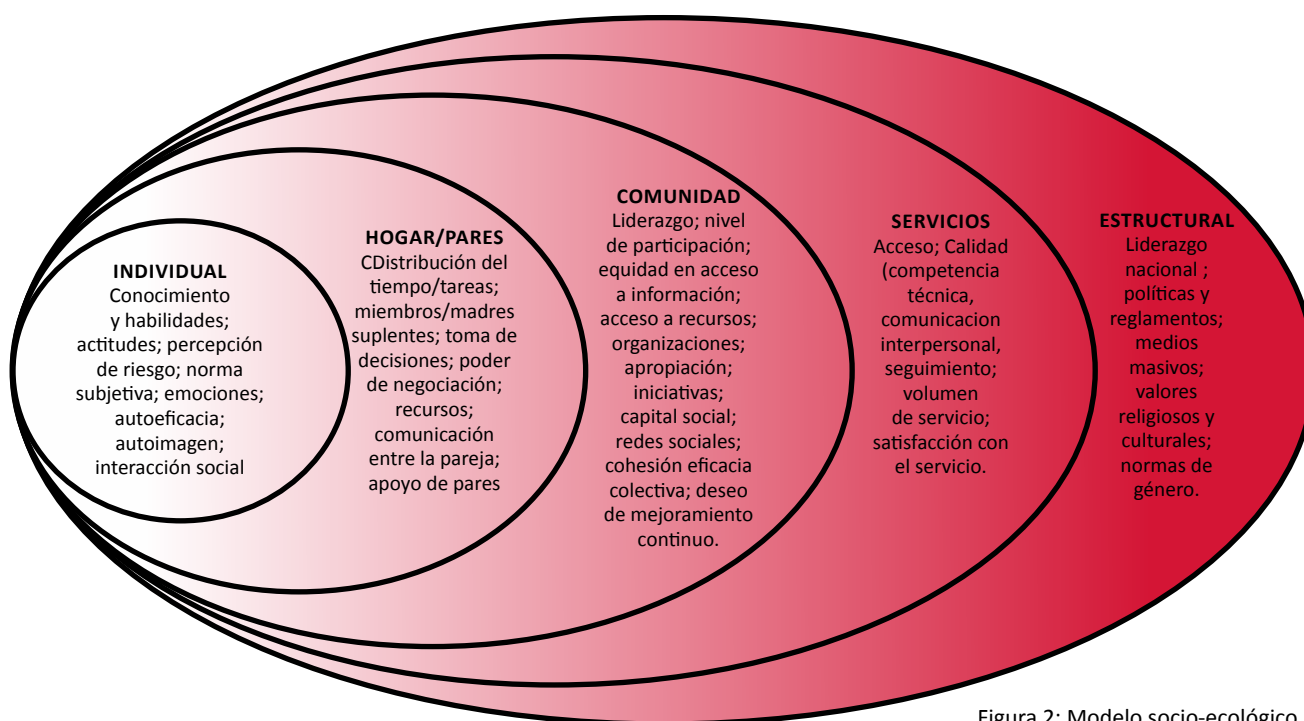


Figura 2: Modelo socio-ecológico

Condiciones Subyacentes del Contexto

Carga de la enfermedad; clima y estacionalidad; medios y redes de transporte y de comunicación; infraestructura; acceso a tecnología; etnias, etc.

Utilizando este modelo, y para facilitar la revisión de la literatura, se preparó un libro de códigos que se utilizó para codificar y analizar la literatura recopilada. Los códigos identificados para cada nivel del modelo fueron los siguientes:

1. Individual:

- Elementos cognitivos: conocimientos, actitudes/creencias, valores, riesgos percibidos, norma social percibida, imagen de sí mismo, y locus de control.
- Elementos emocionales: respuesta emocional, empatía, y autoeficacia.
- Elementos sociales: Apoyo e influencia social, y abogacía personal.

2. Hogar y pares: madre o persona cuidadora, padre o marido/pareja, suegra/abuela, familiares/pares, comunicación en familia/cónyuges, toma de decisiones/poder de negociación, distribución del tiempo/tareas, normas sociales y de género, violencia dentro del hogar, recursos del hogar y apoyo familiar, estimaciones de costos, servicios de agua y saneamiento y su uso en el hogar.

3. Comunidad: Líderes/liderazgo, participación comunitaria/ sentido de propiedad, organizaciones/recursos, capital social/cohesión social/ redes sociales, acceso a recursos comunitarios, normas sociales y de género, violencia en la comunidad, eficacia colectiva/ deseo de mejoramiento continuo

4. Servicios: proveedores, medicamentos/suministros, acceso a servicios, comunicación interpersonal/ consejería, competencia técnica, y calidad en general incluyendo calidad percibida, productos/tecnología.

5. Estructural: riqueza/pobreza/prioridades que compiten entre sí, caminos/sistemas/servicios de transporte, empleo/oportunidades de generación de ingresos, ubicación geográfica, educación/edad, idioma/raza/etnia, normas sociales y de género, medios de comunicación masiva, infraestructura de agua e higiene, migración, contexto de seguridad, agricultura/tenencia de la tierra, seguridad alimentaria/producción, sistemas de salud, gobierno/gobernanza

Adicionalmente a los determinantes, el libro de códigos incluyó las siguientes categorías que se utilizaron en la revisión de cada artículo o informe:

6. Intervenciones: información sobre intervenciones/programas que se han enfocado a mejorar la conducta respectiva y en algunos casos se incluyen también los éxitos logrados, lecciones aprendidas de dichas intervenciones, así como recomendaciones.

7. Conductas: datos existentes a la fecha sobre la conducta correspondiente, o datos ofrecidos en el documento revisado.

8. Investigación: lagunas/brechas identificadas respecto al comportamiento de interés, así como información sobre el monitoreo y evaluación de intervenciones.

9. Características del documento revisado: ubicación geográfica del estudio/reporte (Altiplano/Quiché/Huehuetenango, otra ubicación en Guatemala, otra locación fuera de Guatemala), tipo de estudio (investigación/tesis/evaluación/intervención), año, autor/organización, literatura revisada por pares, literatura gris.

BÚSQUEDA Y ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El primer paso en la compilación de la evidencia fue realizar una búsqueda de literatura existente sobre las 18 prácticas de interés del proyecto Breakthrough ACTION. El volumen de documentos identificados a través de una búsqueda en diversas fuentes bibliográficas fue extenso, e hizo necesario considerar el uso de paquetes de análisis de datos cualitativos para facilitar la revisión y análisis de la información recopilada. Se decidió usar el paquete Dedoose que permite analizar documentos en varias presentaciones incluyendo textos en formato Word y PDF, así como imágenes en audio y video. Adicionalmente, el uso de este tipo de paquetes no solo facilita la organización y análisis de la literatura, sino que además permite la actualización de la información con nuevos artículos y reportes. Nuevos documentos pueden ser importados en la base de datos en todo

momento y de esta forma, mantener una base actualizada de evidencia sobre las prácticas de interés de Breakthrough ACTION y otras que surjan en el futuro. Los pasos que se llevaron a cabo para la revisión de la literatura fueron los siguientes: 1) identificación y recopilación de artículos publicados y reportes durante los últimos 10 años sobre cada uno de los 18 comportamientos prioritarios para el proyecto; 2) identificación de publicaciones y reportes relevantes a partir de contactos con representantes de los socios de Breakthrough ACTION y otras organizaciones que han trabajado en estos comportamientos; 3) clasificación de documentos en archivos electrónicos, de acuerdo con el tipo de práctica documentada, para facilitar la consulta; 4) elaboración del libro de códigos, que incluyó un total de 70 códigos, mencionados anteriormente; 5) revisión y codificación de documentos identificados; y 6) selección y edición de textos para la preparación de cuadros por cada uno de los comportamientos de interés, y traducción al español de textos en inglés.

RESULTADOS

En total se identificaron, compilaron y codificaron 270 documentos relevantes sobre los 18 comportamientos de interés. Este total incluye tanto artículos publicados en revistas nacionales e internacionales (67% del acervo), así como documentos y reportes relacionados con estudios específicos a Guatemala y a otros programas de CCP relacionados con los temas de interés (33% del acervo). Del acervo total, 140 son documentos específicos a Guatemala y 50 son referentes al Altiplano.

Características de la literatura revisada

El Cuadro 1 muestra el número de documentos identificados para cada uno de los comportamientos de interés. En general se observa que para algunos comportamientos se identificó un volumen enorme de estudios (publicados y literatura gris) y para otros el volumen es menor. El **mayor número** de documentos identificados se refieren a **alimentación complementaria, planificación familiar, búsqueda de atención para salud materna, y violencia basada en género**. Y la mayor parte de estos documentos corresponden a Guatemala (Altiplano y otra ubicación). Por otra parte, **el menor número** de documentos correspondió a los comportamientos **de reposo y apoyo durante el embarazo y puerperio, suplementos nutricionales para madres, el retraso del primer embarazo, el espaciamiento de embarazos, y el agua, saneamiento e higiene a nivel comunitario**. En general, para los comportamientos sobre higiene (tratamiento de agua, lavado de manos, uso de letrinas, Baby WASH e higiene comunitaria), el menor volumen de documentos corresponde a Guatemala, indicativo de que esta área ha sido poco investigada en el país. De los estudios ubicados en el Altiplano, los correspondientes a **la alimentación complementaria, la dieta materna durante el embarazo y lactancia, la búsqueda de atención para salud materna, y la violencia basada en género** han recibido mayor atención.

CUADRO 1: CARACTERÍSTICAS DE LA REVISIÓN DE LA LITERATURA POR COMPORTAMIENTO

COMPORTAMIENTOS	Número de documentos (n=270)	Ubicación de los estudios/reportes		
		Altiplano (n=50)	Otra parte de Guatemala (n=140)	Otro país, no Guatemala (n=103)
1. Lactancia materna exclusiva	28	9	18	4
2. Alimentación complementaria	49	14	24	12
3. Reposo y apoyo durante el embarazo y puerperio	0	3	6	1
4. Dieta materna durante el embarazo y lactancia	30	13	15	4
5. Suplementos nutricionales para madres	12	4	8	1
6. Suplementos y alimentos nutricionales para niños	21	6	15	2
7. Planificación familiar	51	9	37	17
8. Espaciamiento de embarazos	22	6	17	6
9. Demorar el primer embarazo	16	2	15	6
10. Búsqueda de atención para niños	31	7	21	5
11. Búsqueda de atención para salud materna	55	18	35	6
12. Tratamiento de agua en el hogar	26	6	11	9
13. Lavado de manos con jabón	35	5	8	24
14. Uso de letrinas y manejo higiénico de residuos	37	5	8	25
15. Baby WASH (Agua, higiene y saneamiento para bebés)	32	3	8	21
16. Agua, saneamiento e higiene a nivel comunitario	23	5	10	10
17. Uniones tempranas o forzadas	32	3	18	18
18. Violencia basada en género	59	11	39	22

Nota: Discrepancias en los totales de las filas y columnas se deben a documentos que abarcan más de un comportamiento y/o estudios que fueron realizados en varios lugares.

CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN CODIFICADA

La figura 3 presenta en forma de mapa de calor, el tipo de códigos correspondientes a determinantes del MSE aplicados en cada uno de los 18 comportamientos. Como se indica en el mapa, con la ayuda de colores se puede visualizar la magnitud de determinantes identificados y correspondientes códigos aplicados por comportamiento. El color rojo indica que el código no fue aplicado ni una sola vez, porque no se encontró en la literatura revisada información referente a ese código; el amarillo indica un uso moderado del código (1-10 aplicaciones), y el verde un uso elevado del código (11-160 aplicaciones), indicativo de que se encontró bastante información sobre esos determinantes (códigos) en la literatura. En cuanto más alto el tono del verde,

más información encontrada sobre ese determinante (código correspondiente). En general, las conclusiones que se pueden extraer de este mapa son las siguientes:

1. A nivel **individual**, la información que más se encontró en la literatura revisada, a lo largo de todos los comportamientos (color verde), se centró predominantemente en los conocimientos y las actitudes. Se observa que casi no se encontró información sobre riesgos y gravedad percibidos, imagen de sí mismo, empatía y abogacía personal (color rojo). Destacan en este nivel, los colores amarillo y verde para los comportamientos sobre planificación familiar, búsqueda de atención, uniones tempranas o forzadas y violencia basada en género, indicativo de que, en la literatura revisada sobre estos comportamientos, se encontró información para casi todos los determinantes correspondientes a este nivel.

2. A nivel del **hogar**, el mapa muestra más colores amarillos y verdes a lo largo de todos los comportamientos, indicativo de que los estudios revisados documentan dinámicas de género, como el papel de los padres, los maridos y las parejas, el poder de negociación/ toma de decisiones, y el apoyo y recursos en el hogar, subrayando la influencia transversal del género en la salud. Destaca sin embargo el color rojo, indicativo de información no encontrada a este nivel, para comportamientos como la lactancia materna exclusiva, suplementos nutricionales para madres, tratamiento de agua en el hogar, agua, saneamiento e higiene a nivel comunitario y búsqueda de atención para niños.

3. A nivel de la **comunidad**, con excepción de algunos comportamientos como la planificación familiar, el uso de letrinas y la violencia basada en género, el color rojo es bastante predominante, indicativo de poca información encontrada sobre determinantes a este nivel en la literatura revisada.

4. A nivel de los **servicios**, el mapa muestra que, con excepción de los comportamientos sobre higiene, para el resto, se encontró en general información para casi todos los determinantes a este nivel. Gran parte de la literatura revisada ofreció información sobre el papel de los proveedores de salud, sus competencias técnicas y de comunicación interpersonal, así como el acceso a servicios y productos de salud (p. ej. métodos de planificación familiar, tecnologías de higiene y saneamiento, medicinas, y suplementos nutricionales). En particular destacan los altos tonos de verde para los comportamientos de planificación familiar y búsqueda de atención, indicativo de bastante información encontrada sobre estos determinantes para estos dos comportamientos.

5. A nivel **estructural**, predominan códigos sobre el rol de determinantes como la pobreza, el nivel educativo, la residencia urbana o rural, la edad y la raza/etnia -- en la adopción de los comportamientos prioritarios. También se encontró amplia información sobre las formas en que las leyes, las políticas y los sistemas de gobernanza, a todos los niveles, pueden impedir o apoyar la adopción de conductas. Las normas sociales y de género -- que operan desde el nivel estructural hasta el individual -- surgieron como otro factor determinante que se encontró de manera frecuente en todos los documentos revisados, aun cuando algunos estudios no se hayan enfocado en estudiar o medir específicamente las normas sociales y de género. Con frecuencia, estas normas surgen como elementos que ayudan a explicar los resultados del estudio y refleja la relevancia y el interés creciente por comprender cómo las normas sociales y de género influyen en los comportamientos de salud.

En resumen, el mapa de calor muestra un panorama sobre el tipo de determinantes mayor y menormente documentados en la literatura revisada y permite fácilmente visualizar a que tipo de nivel existen vacíos de información que sea necesario cubrir para un mejor entendimiento del rol que estos determinantes puedan tener en la práctica de conductas saludables. La clasificación de la información existente por niveles del MSE facilita la identificación de estrategias o intervenciones que es necesario desarrollar para facilitar los comportamientos deseados. El mapa sugiere que, a nivel de la comunidad, existen vacíos sobre el rol que esos determinantes juegan en la adopción de comportamientos saludables. Dada la relevancia que el contexto comunitario, como son las redes de apoyo social, la participación comunitaria, y la eficacia colectiva, tienen para fomentar el cambio social, es un acierto que el proyecto Breakthrough ACTION tenga acciones específicas a ese nivel para reforzar comportamientos de salud. Igualmente, a nivel individual, destacan los factores de tipo emocional como la empatía, la satisfacción al realizar la conducta esperada, y la autoeficacia, que han mostrado ser determinantes muy importantes en la práctica sostenida de conductas saludables y que es necesario fortalecer. La abogacía personal para motivar la adopción de comportamientos saludables es también una acción que refuerza el comportamiento propio, y motiva y modela el cambio en otros.

	Lactancia materna exclusiva	Alimentación complementaria	Reposo y apoyo durante el embarazo y puerperio	Dieta materna durante el embarazo y lactancia	Suplementos nutricionales para madres	Suplementos y alimentos nutricionales para niños	Planificación familiar	Espaciamiento de embarazos	Demorar el primer embarazo	Búsqueda de atención para niños	Búsqueda de atención para salud materna	Tratamiento de agua en el hogar	Lavado de manos con jabón	Uso de letrinas y manejo higiénico de residuos	Baby WASH	Agua, saneamiento e higiene a nivel comunitario	Uniones tempranas y forzadas	Violencia basada en género	Número total de aplicaciones de código para todos los comportamientos
Individual																			
Conocimientos																			236
Actitudes/creencias																			449
Valores																			76
Riesgos percibidos																			88
Gravedad percibida																			28
Normas sociales y de género																			67
Imagen de sí mismo																			18
Locus de control																			77
Respuesta emocional																			90
Empatía																			11
Autoeficacia																			71
Apoyo e influencia social																			42
Abogacía personal																			1
Hogar																			
Madre o persona que cuida																			50
Padre o marido/pareja																			167
Suegra o abuela																			53
Familiares o pares																			17
Comunicación en familia/cónyuges																			69
Toma de decisiones o poder de negociación																			105
Distribución del tiempo/tareas																			47
Normas sociales y de género																			133
Violencia dentro del hogar																			66
Recursos del hogar y apoyo familiar																			154
Estimaciones de costos																			7
Servicios de agua y saneamiento y su uso en el hogar																			76
Comunidad																			
Líderes/liderazgo																			37
Participación comunitaria/sentido de propiedad																			32
Organizaciones y recursos																			26
Capital social/cohesión social/redes sociales																			46
Acceso a los recursos																			56
Normas sociales y de género																			178
Violencia en la comunidad																			24
Eficacia colectiva/deseo de mejoramiento continuo																			13
Servicios																			
Proveedores																			126
Medicamentos y suministros																			253
Acceso a servicios																			128
Comunicación interpersonal																			199
Competencia técnica																			129
Calidad en general incluyendo calidad percibida																			107
Productos																			91
Estructural																			
Pobreza/prioridades que compiten entre sí																			207
Caminos/sistemas/servicios de transporte																			26
Empleo/oportunidades de generación de ingresos																			51
Ubicación geográfica																			127
Educación o edad																			254
Raza, etnia, u idioma																			201
Normas sociales y de género																			294
Medios de comunicación masiva																			40
Infraestructura de agua y higiene																			49
Migración																			43
Contexto de seguridad																			60
Agricultura/tenencia de la tierra																			17
Producción alimentaria																			24
Sistemas de salud																			136
Gobierno y gobernanza																			299

Figura 3. Mapa de calor: Este mapa mide la magnitud de códigos aplicados por comportamiento y nos ayuda a identificar tendencias y vacíos en la información recopilada. Rojo indica cero aplicaciones de un código, amarillo un uso moderado (1-10 aplicaciones), y verde un uso elevado del código (11-160). En cuanto más alto el tono del verde, más aplicaciones del código.

HALLAZGOS POR COMPORTAMIENTO

Al abarcar 18 comportamientos y revisar la literatura siguiendo los diferentes determinantes a cada nivel del MSE, no es sorprendente que los resultados arrojen una gran cantidad de hallazgos. Para facilitar la consulta de los resultados por comportamiento, estos se han organizado en forma de cuadros que contienen para cada determinante, el detalle de la información identificada y se han agrupado en cinco volúmenes que acompañan a este reporte.

Estos volúmenes corresponden a las cinco áreas temáticas representadas en la figura 1. El volumen 1 sobre nutrición, incluye los resultados para cada uno de los seis comportamientos agrupados en esa categoría; el volumen 2 sobre planificación familiar incluye tres comportamientos; el volumen 3 sobre búsqueda de atención incluye dos cuadros correspondientes a este tema; el volumen 4 incluye los cinco comportamientos referentes a WASH; y el volumen 5 presenta los resultados de dos comportamientos sobre violencia.

Cada cuadro en estos volúmenes representa un comportamiento específico y la información se organiza en dos columnas: la primera presenta los factores determinantes para cada nivel del MSE y la segunda columna presenta la información encontrada para cada uno de estos factores. Cada uno de estos textos representan **extractos** de los documentos originales que han sido **editados para facilitar la lectura y comprensión**. Al final de cada cuadro, se incluye información sobre i) intervenciones enfocadas al mejoramiento de la práctica en cuestión y en algunos casos, las lecciones aprendidas, ii) datos sobre la conducta correspondiente u otra información relevante a dicha conducta y iii) brechas de información.

El nivel de detalle que se presenta en los cuadros dentro de los volúmenes es copioso y se recomienda la lectura completa para conocer a profundidad los resultados de la revisión realizada y utilizar los hallazgos para definir o afinar estrategias de comunicación u otro tipo de intervenciones que reduzcan las barreras encontradas y aprovechen o magnifiquen los aciertos.

Para facilitar y motivar la lectura de los cuadros en los cinco volúmenes, a continuación, se incluyen 18 cuadros que ofrecen un resumen de los resultados de la revisión de la literatura por cada comportamiento. Estos resúmenes, aun cuando no hacen justicia al volumen de información encontrada, contienen los hallazgos que a criterio de las autoras son los más representativos para cada nivel del MSE. Igualmente, se incluyen algunos puntos clave o lecciones aprendidas sobre intervenciones y recomendaciones enfocadas al mejoramiento de

RESÚMENES

1. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME)

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

➤ La expresión lactancia materna exclusiva (LME) se interpreta de diversas formas y en algunos lugares se desconoce su significado. Cuando las madres aseguran dar “sólo pecho” también pueden incluir agua o infusiones de una amplia variedad de hierbas.

➤ El inicio de la LME varía según las creencias sobre el calostro. La consejería ha afianzado la valoración que siempre se ha tenido hacia la lactancia materna y probablemente ha incidido en la utilización del calostro.

➤ Los líquidos se introducen de forma precoz por dos razones: para sustituir o complementar el calostro y por razones terapéuticas (desde el punto de vista de la madre). Aunque se tiende a pensar que la leche materna es el mejor alimento para los bebés, también se considera necesario introducir agua para saciar la sed.

➤ La duración de la LME varía por las fuentes de conocimiento sobre la alimentación infantil. Se ha encontrado que las madres que aprendieron de fuentes culturalmente conservadoras [familia, amigos, comadronas] tienen más probabilidades de tener una LME más breve que quienes aprendieron de proveedores de salud o por su cuenta.

- Hogares

➤ Según el personal de varios proyectos, la barrera principal para la LME es la costumbre, secundada por las abuelas, de dar infusiones para aliviar cólicos o fiebre.

➤ El trabajo de las madres dentro o fuera del hogar ha restringido su tiempo para la LME. La presencia del esposo en hogar se ha asociado a mejor conocimiento y práctica de la LME.

➤ La relación entre riqueza y lactancia materna es compleja, ya que la pobreza se asocia con lactancia prolongada. Los costos de la lactancia se manifiestan más en términos de tiempo y energía materna y no se reflejan en el presupuesto del hogar [costos ocultos].

- Comunidad

➤ El efecto de la educación, capacitación e intervenciones de apoyo social en la LME se ha encontrado que no son consistentes. Los grupos de apoyo de madre a madre no siempre han tenido un efecto sobre el inicio temprano o la duración de la LME.

➤ La LME se explica más por las normas culturales que por la interacción individual de madre-hijo a las condiciones socio ecológicas a nivel del hogar.

- Servicios

➤ Varios proyectos han señalado que la introducción de agua y otros líquidos es una práctica cultural arraigada que ha sido muy difícil de cambiar. Además, cuando sus hijos enferman, las madres a veces les dan téis medicinales por los desabastecimientos frecuentes en las clínicas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

➤ Se ha encontrado que si bien un alto porcentaje del personal de salud sabe por qué la LME es importante, algunos aun piensan que los niños podrían recibir agua u otros líquidos antes de los 6 meses de edad.

- Estructural

➤ Las mujeres más pobres tienden a utilizar más el calostro, posiblemente porque ellas no pueden pagar otros alimentos para el recién nacido.

- Intervenciones

- La asociación entre duración de la LME y la escolaridad o el nivel socioeconómico no es consistente; algunos estudios han mostrado resultados contradictorios.
- La educación, la riqueza y las destrezas blandas [empoderamiento, perseverancia y autoestima] están correlacionadas con un mayor nivel de conocimiento, pero no siempre a mejores prácticas, en particular para la LME.
- Un proyecto en Huehuetenango utilizó grupos de apoyo (Círculos de madres lactantes) para monitorear y alentar este comportamiento a nivel del hogar. Se logró aumentos sustanciales en la duración de la LME y menores prevalencias en el retardo de talla. (Perry et al., 2016)
- Varios proyectos lograron aumentar los conocimientos sobre la lactancia materna, pero no necesariamente la duración de la LME.

- Recomendaciones

- El proyecto PROCOMIDA preparó un módulo sobre LME de ocho lecciones.
- El progreso significativo en la alimentación complementaria contrasta con tasas de LME que no mejoran, lo que señala la necesidad de comprender mejor las limitaciones y oportunidades de estos dos temas y sugieren diferentes enfoques para apoyar los cambios de comportamiento.
- La consejería sobre lactancia materna podría ser más efectiva al abordar las capacidades, oportunidades y motivaciones que varios estudios han identificado, tales como discutir las recomendaciones y los beneficios del calostro, cómo saber que se produce suficiente leche materna, cómo amamantar durante la enfermedad y cómo continuar amamantando mientras se trabaja.

- Brechas de Información

- La LME no mejoró y parece estar disminuyendo en Guatemala. Esto requerirá más investigación y análisis, así como desarrollo de proyectos estratégicos.

2. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA (AC)

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

- Muchas madres han aprendido cuándo deben iniciar la AC, cuáles son los alimentos más nutritivos y cuál es la frecuencia óptima de alimentación, pero aún existen barreras formidables para lograr llevarlas a la práctica. Con frecuencia hay una falta de conciencia de que los niños desnutridos requieren más alimentos que el resto de la familia; la ventana de los mil días continúa siendo confusa y en el imaginario social predomina la imagen de la desnutrición aguda severa, raramente la de un niño bajito con desnutrición crónica.
- La AC muchas veces se rige por la lógica cultural (la cual ha sido bien documentada), el temor a enfermar y las preferencias de los niños.

- Hogares

- Casi la tercera parte de los niños tiene desnutrición crónica antes de los 6 meses, señalando que la salud y el estado nutricional de la madre, así como la LME, son factores críticos.
- Las madres tienen poco poder de decisión sobre la AC de sus hijos. Los mensajes sobre

	promoción de la salud y cambio de comportamiento se dirigen a ellas, pero con frecuencia no tienen la autonomía para llevarlos a cabo. Quienes deciden, muchas veces, son las abuelas. ➤ La mayoría de los hogares consume varias porciones semanales de comida chatarra, especialmente aguas gaseosas, caramelos, snacks industriales y sopas instantáneas.
- Comunidad	➤ El éxito de la participación en los grupos depende de fortalecer algunos facilitadores, como el liderazgo comunitario y reducir ciertas barreras, particularmente la resistencia de los esposos a la participación de sus cónyuges.
- Servicios	➤ La escolaridad y el idioma de las usuarias pueden potencializar o restringir el efecto de las charlas y la consejería individual, dado que éstas no siempre se ofrecen en el idioma local. ➤ La efectividad de los programas se ve aún más afectada por el hecho de que parte del personal que provee educación nutricional no tiene la formación necesaria.
- Estructural	➤ Se ha estimado que el 62% de la población es pobre y muchos gastan más de la mitad de sus ingresos solo para comprar alimentos. El énfasis en mejorar la educación nutricional y el enfoque en la familia para resolver el problema de la desnutrición facilita que los funcionarios eludan los problemas de la pobreza, desigualdad y el mal funcionamiento del Estado. ➤ Los desafíos para proporcionar servicios de nutrición de calidad a escala nacional han incluido la falta de integración, coordinación y supervisión por parte del gobierno. De los 97 programas implementados entre 2011 y 2016 por el gobierno relacionados con algunas de las diferentes dimensiones de la seguridad alimentaria y nutricional (SAN), el 63% no duró más de dos años. ➤ La mayor prevalencia de desnutrición en las zonas rurales se debe principalmente por los mayores niveles de pobreza, el acceso limitado al agua y saneamiento y malos servicios de salud. Quienes viven en áreas aisladas enfrentan, además, un acceso limitado a alimentos. ➤ Las inequidades de los grupos étnicos se superponen a las desigualdades socioeconómicas en la determinación del retardo en talla. Los niños indígenas están 20 años por detrás de los niños ladinos y los niños indígenas pobres y rurales siguen siendo el grupo más vulnerable. ➤ La migración de los padres puede tener un efecto realmente nocivo en el crecimiento de los niños, aunque los resultados de los estudios no son concluyentes. ➤ La mayor variedad de alimentos procesados ha llevado a una reducción sustancial en la diversidad de la dieta y en la pérdida permanente de algunos alimentos tradicionales.
- Intervenciones	➤ En los últimos 20 años se han tomado medidas en todos los campos tradicionales del discurso gubernamental, pero la evidencia muestra que la retórica de las intervenciones ha superado con creces los cambios sustantivos: hay más narrativa de las medidas llevadas a cabo que de los objetivos cumplidos. ➤ Varias intervenciones han tenido mayores resultados en mejorar conocimientos que en cambiar prácticas, especialmente con relación a indicadores de la LME y la prevalencia de la desnutrición aguda. Ha habido una disminución modesta del retardo en talla y en la diversidad de la dieta. Hay, no obstante, hay experiencias exitosas, varias de ellas basadas en la educación nutricional y en la prevención y tratamiento de la desnutrición crónica.

- Recomendaciones

➤ El proyecto PAISANO siguió un enfoque práctico para enseñar cómo mejorar la AC. Las actividades que los participantes encontraron más útiles para mejorar las dietas de sus hijos fueron las demostraciones de recetas, las transferencias en efectivo, el apoyo técnico y semillas para los huertos y los corrales para aves.

➤ Los programas integrados de WASH y nutrición no son más efectivos que los programas de nutrición para reducir la diarrea o mejorar la talla. Las intervenciones nutricionales que incluyen consejería y LNS pueden reducir modestamente la desnutrición crónica, sin eliminarla, incluso cuando la adherencia al LNS sea alta.

➤ La desnutrición es multifactorial y los paquetes de intervención deben ser multifacéticos para abordar sus muchas causas. Lograr resultados óptimos en materia de salud y desarrollo requiere un enfoque múltiple, con intervenciones específicas y sensibles a la nutrición que cubran infecciones y enfermedades, prácticas de salud reproductiva, acceso y utilización de servicios de salud y WASH.

➤ Una recomendación clave es examinar cuidadosamente los recursos dentro de las comunidades que podrían servir como base para programas de nutrición antes de la implementación.

➤ Se debe alentar la producción y consumo de huevos, apoyar a los mercados locales para que puedan vender una variedad de alimentos de origen animal y promover los mercados móviles semanales en comunidades remotas.

➤ Los programas no priorizan las regiones más rurales, pero éstas necesitan una atención diferenciada, con mayor acompañamiento, dado que allí la pobreza es más alta, la escolaridad más baja y la autonomía de las mujeres apenas incipiente. En los municipios más pobres se necesitan intervenciones de mayor duración, realmente integrales y que incluyan generación de ingresos y el empoderamiento de las mujeres. Por las dificultades en que se encuentran se requiere personal muy bien capacitado, altamente motivado, empático y hablante del idioma local.

➤ En el contexto de dietas marginales e infecciones recurrentes, la enfermedad entérica ambiental explica una parte significativa del retardo en talla. Las intervenciones destinadas a prevenirla y reducirla, en particular las centradas en Baby WASH, son fundamentales. El lavado de manos es necesario, pero no suficiente, para reducir los niveles de daño subclínico de la mucosa intestinal, fuertemente asociado con la desnutrición crónica.

➤ Un enfoque eficaz debe incluir una variedad de intervenciones que apoyen y mejoren la diversidad de la dieta. Estas deben ser actividades prácticas, basadas en el cambio de comportamiento, combinadas con la producción y acceso a los alimentos comprados, teniendo en cuenta las oportunidades y limitaciones de los factores agroecológicos y culturales.

- Brechas de Información

➤ Nuestra revisión muestra que la relación entre la evidencia publicada y las intervenciones realizadas en Guatemala es muy baja. La proporción de estudios que analizan intervenciones o prueban nuevos enfoques es notablemente baja y no hay cambios en las tendencias

➤ Una línea de investigación particularmente interesante sería evaluar el equilibrio entre los beneficios nutricionales de la crianza de animales con los riesgos para la salud asociados a su contacto, especialmente en los niños.

3. REPOSO Y APOYO DURANTE EL EMBARAZO Y PUERPERIO

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

➤ La necesidad de reposo durante el posparto es bien conocida y practicada, pero no se percibe una necesidad similar para el embarazo o el período de lactancia. El reposo posparto, conocido como dieta, tiene una duración variable y es la única ocasión en que las mujeres deliberadamente descansan y consumen más alimentos.

➤ Mucha de la prevención de las embarazadas, sobre todo en el área rural, es evitar ciertas actividades que pueden traer consecuencias de naturaleza sobrenatural.

- Hogares

➤ Usualmente, las embarazadas no reciben ningún apoyo con sus tareas domésticas, a menos que se les haya diagnosticado riesgo de aborto u otra complicación.

➤ Tradicionalmente, la suegra es la encargada de atender a la nuera durante la dieta, pero el apoyo que provee en la práctica varía. En ocasiones se prefiere contratar a “una moza”.

➤ La dieta usualmente incluye abstinencia sexual por 40 días.

- Comunidad

➤ La red de apoyo es fundamental para la recuperación de la puérpera y determina la duración de la dieta. La red de las mujeres rurales tiende a ser mayor que las del área urbana. En esta última, la red incluye a los esposos y a los proveedores de salud, en tanto en el área rural el apoyo proviene de comadronas y de las mujeres de la familia.

- Servicios

➤ La atención posnatal depende del lugar y tipo de proveedor que atiende el parto. Quienes tienen el parto en casa son atendidas por las comadronas.

➤ La comadrona da un seguimiento estrecho, algunas por dos semanas, otras por solo dos días. El cuidado que brindan se centra en dar baños calientes, asegurar que haya una buena lactancia y fajar a la puérpera “para que los órganos regresen a su lugar”. Si encuentra problemas, tiende a solucionarlos por medio de masajes o sobadas en el vientre o pechos.

- Estructural

➤ Entre la población indígena, la norma social dicta que la mujer esté ocupada todo el tiempo, aunque esté con un embarazo avanzado. Durante la dieta, por una vez se les permite descansar y se les relega de toda responsabilidad doméstica; para muchas, esta es una de las pocas ocasiones en que son mimadas y mejor alimentadas.

- Intervenciones

➤ No se encontró ninguna información.

- Recomendaciones

➤ Es necesario desarrollar la capacidad de los proveedores de atención prenatal (APN) para difundir mensajes de prevención y alentar a las embarazadas y a sus parejas a ajustar sustancialmente su carga de trabajo para proteger tanto su salud como del feto.

➤ Las prácticas tradicionales durante el parto y postparto tienen implicaciones importantes para la prestación de atención con pertinencia cultural, pero raramente se practican en los hospitales. Llevarlas a cabo probablemente aumentaría la demanda.

➤ La carga de trabajo en el último trimestre del embarazo puede ser alta. Se necesitan enfoques de cambio social y de comportamiento para mejorar el apoyo en este periodo.

- Brechas de Información

Las intervenciones que involucran a los hombres deben adoptar enfoques transformadores de género para abordar su ayuda doméstica durante el embarazo de sus parejas.

➤ Las mujeres siguen trabajando durante el embarazo para demostrar que son fuertes y diligentes. Un enfoque transformador de género puede replantear el concepto de una “mujer fuerte” y los riesgos durante el embarazo relacionados a una carga de trabajo excesiva.

➤ No se encontró información.

4. DIETA MATERNA DURANTE EL EMBARAZO Y LACTANCIA

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

➤ Las madres saben que deben alimentarse bien durante el embarazo y lactancia, pero no siempre lo logran, principalmente por limitaciones económicas.

➤ Durante el puerperio se evitan alimentos considerados “fríos”, barrera potencial para mejorar la dieta si, estando disponibles en el hogar, la madre decide no consumirlos.

- Hogares

➤ En muchos hogares, la calidad y cantidad de la dieta de la embarazada la determina su suegra. En otros hogares se achaca también la falta de responsabilidad paterna para cubrir las necesidades de sus esposas. Las actitudes están cambiando lentamente, en parte por las capacitaciones ofrecidas por varios proyectos.

➤ En muchos hogares se cuida la dieta de la madre únicamente durante los primeros días posparto, cuando la dieta de las puérperas depende completamente de lo que le ofrezcan su suegra y las otras mujeres de la familia afín. Los esposos tienden a no interferir.

➤ Hay poca consciencia de las necesidades específicas de alimentación durante el embarazo o a durante el largo período de lactancia. Los alimentos más nutritivos que son comprados deben ser compartidos con toda la familia, lo que diluye su efecto.

- Comunidad

➤ No se encontró ninguna información

- Servicios

➤ Los servicios de atención prenatal (APN) usualmente ofrecen consejería sobre la alimentación, cuya calidad y pertinencia es raramente evaluada.

- Estructural

➤ Las dificultades para mejorar la dieta incluyen i) falta de acceso y de disponibilidad, ii) restricciones de tiempo para ir a los mercados, iii) producción doméstica inadecuada de los alimentos recomendados y iv) falta de apoyo de la familia, en particular de la suegra y del esposo, para comprar estos alimentos.

➤ El tamaño de las parcelas y el acceso limitado a riego dificulta la producción de alimentos.

➤ Entre los desafíos en ofrecer servicios de nutrición de buena calidad está la falta de integración, coordinación y supervisión de parte del gobierno. Además, la nutrición está muy mal financiada y se estima que se invierte la tercera parte de lo requerido.

- Intervenciones

- FANTA generó combinaciones de alimentos que podrían proporcionar la mejor dieta a embarazadas, tomando en cuenta su costo y disponibilidad y preferencias locales.
- Procomida entregó raciones de alimentos y consejería a embarazadas y lactantes. El impacto en el aumento de la diversidad de la dieta materna fue bajo e inconsistente.
- Segamil estableció un sistema de vales que contribuyó de manera importante a la diversidad de la dieta, permitiendo la adquisición de huevos, frutas y verduras.
- Paisano promovió la crianza de cabras, conejos aves y la producción en huertos. Al finalizar el programa se evidenció una mejoría en la diversidad dietética y en el consumo de proteína animal.

- Recomendaciones

- La desnutrición es multifactorial y las intervenciones también deben serlo. Las intervenciones deben abarcar factores como la infección, las prácticas de salud reproductiva, el acceso y uso de los servicios de salud, agua, saneamiento e higiene y los conocimientos y prácticas relacionados con una serie de temas de salud y nutrición.
- Es crucial mejorar el acceso a productos de origen animal, de frutas y verduras a través de mercados locales y la producción familiar. Se debe explorar opciones para mejorar el almacenamiento de productos perecederos y mejorar ingresos y subsidiar el costo de algunos alimentos, así como opciones para mejorar el acceso a mercados locales, ya sea a través de iniciativas de transporte o incentivos a los productores para distribuir alimentos a comunidades remotas.
- Es esencial combinar intervenciones de nutrición con estrategias que empoderen a las mujeres, utilizando programas multisectoriales para mejorar su acceso a los alimentos y servicios de salud, así como sus conocimientos y destreza en el cuidado de sus hijos.
- Se debe crear una “nueva normalidad” para la vida de las mujeres que incluya una buena nutrición, peso adecuado, sin anemia y con el derecho a tomar sus propias decisiones.

- Brechas de Información

- Hay pocas intervenciones para mejorar la nutrición materna además de las que incentivan la APN y ofrecen consejería sobre alimentación durante el embarazo.

5. SUPLEMENTOS NUTRICIONALES PARA MADRES

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

- Los conocimientos sobre los beneficios de los micronutrientes espolvoreados (MNE) son muy limitados, pero la actitud de las madres tiende a ser positiva. La aceptación del alimento fortificado (AF) para embarazadas es alta; las barreas para su consumo es el precio de la Incaparina y la distribución irregular del Vitacereal, el cual se consume por toda la familia.

- En pocos lugares se conoce el alimento terapéutico listo para comer (ATLC) y quienes le conocen, le valoran.

- Hogares

- Los esposos y suegras tienen aún menos conocimiento sobre los suplementos, aunque no se oponen a su consumo, pero tiende a haber poco apoyo para comprar suplementos y

	AF para embarazadas.
- Comunidad	➤ No se encontró ninguna información.
- Servicios	➤ Una barrera importante es la disponibilidad de suplementos y AF en las unidades de salud del MSPAS. ➤ Un estudio en Alta Verapaz encontró que las comadronas y los promotores de salud tenían conocimientos limitados sobre la suplementación de embarazadas.
- Estructural	➤ La pobreza generalizada limita las posibilidades de comprar suplementos y AF. ➤ Las normas sociales sobre lo que supone ser una buena esposa se reflejan en la discusión de la alimentación de las embarazadas. Estas deben ser reservadas, sumisas y sin exigencias sobre sus propias necesidades.
- Intervenciones	➤ Procomida dio una ración individual adicional para embarazadas, así como MNE. El impacto fue bajo e inconsistente, aunque las raciones de alimento incentivaron la participación en el programa. ➤ FANTA generó recomendaciones para optimizar el uso de alimentos locales. Los resultados mostraron que, incluso haciendo uso óptimo de los alimentos locales, no se podía cubrir los requerimientos nutricionales de madres embarazadas o lactantes por lo que era necesario incluir en la dieta AF y suplementos de micronutrientes.
- Recomendaciones	➤ Para cerrar la brecha sobre nutrientes y lograr una dieta adecuada, el gobierno necesita ampliar el acceso a los AF y a los suplementos de micronutrientes, garantizando un presupuesto adecuado para adquirir y distribuir adecuadamente estos productos.
- Brechas de Información	➤ No se conoce bien la interpretación sobre la vulnerabilidad al seno del hogar, ya que la norma es distribuir los alimentos de manera equitativa.

6. SUPLEMENTOS Y ALIMENTOS NUTRICIONALES PARA NIÑOS

CATEGORÍA	HALLAZGOS PRINCIPALES
- Individual	➤ Las madres tienen una idea muy general sobre los beneficios de las “vitaminas” o suplementos, en especial de los micronutrientes espolvoreados (MNE) y alimento terapéutico listo para comer (ATLC). Tanto los suplementos como los alimentos fortificados (AF) son bien apreciados, aunque las actitudes hacia los MNE son heterogéneas.
- Hogares	➤ El AF donado con frecuencia se comparte entre toda la familia y para que alcance para todos se prepara como atol, no en forma de papilla.
- Comunidad	➤ En un proyecto en Malawi, parte del éxito en la aceptación de los ATLC se basó en involucrar a los líderes comunitarios en su promoción.
- Servicios	➤ La distribución de suplementos y AF ha sido irregular debido a desabastecimientos a nivel nacional.

- Estructural

➤ La confianza y buena relación con los proveedores aumenta la aceptabilidad de los suplementos y AF.

➤ Dada la pobreza generalizada, durante algunas épocas del año las madres tienen dificultades para acceder a alimentos en los que se pueda mezclar los MNE y ATLC; la pobreza también limita el acceso a la Incaparina para los niños.

➤ El MSPAS ha efectuado cambios constantes en la presentación de los MNE, los cuales varían en su contenido de nutrientes.

- Intervenciones

➤ El proyecto SPOON incluyó la distribución de ATLC, 60 sobres cada 2 meses: 20 g diarios para los niños de 6 a 24 meses durante 18 meses.

➤ En Suchitepéquez se probó la aceptación del ATLC por los niños y el uso que le daban las madres. La aceptabilidad fue alta, pero su uso fue consistentemente subóptimo.

➤ El impacto de los ATLC no ha sido consistente; se encontró diferencia entre su eficacia y efectividad.

- Recomendaciones

➤ Cuando el Vitacereal no está siendo distribuido se debe promover el acceso a la Incaparina por medio de vales.

➤ En vez de promocionar el uso de ATLC para tener hijos más altos (beneficio a largo plazo), se podría asociar su uso a una menor susceptibilidad a enfermarse. Este cambio de perspectiva podría incidir en que las madres insistieran un poco más en su consumo.

➤ Se necesita evaluar la aceptación y uso a mayor plazo de los ATLC para identificar si hay fatiga o algún otro factor que inhiba su efectividad.

➤ Se debe explorar la introducción de otros alimentos fortificados. La principal desventaja de la Incaparina es que se consume diluida, su preparación requiere de cierto tiempo, agua segura y azúcar. Los ATLC podrían ser atractivos.

➤ Hay un uso regular de AF (4-6 unidades semanales), lo que muestra interés en ese tipo de compra. Aunque la Incaparina se considera cara, las encuestas muestran el consumo de diversos alimentos industriales, tales como las sopas instantáneas. Se podría instar a las familias a sustituir la compra de alimentos poco nutritivos por los fortificados.

- Brechas de Información

➤ Evaluar el mercado para ATLC en el área rural, el tamaño del mercado potencial y la disponibilidad de pago por parte de los hogares.

7. PLANIFICACIÓN FAMILIAR (PF)

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

➤ El conocimiento de todos los métodos, en especial los modernos, es muy limitado. Se piensa que son dañinos, sea por “los químicos” que contienen o porque son pecado al interrumpir el trabajo de Dios.

➤ Hay mucho interés en conocer más sobre métodos modernos y se piden intervenciones dirigidas a jóvenes, a los esposos y a las parejas.

➤ La población joven, rural, con menor escolaridad e indígena tienen mayor probabilidad de desconocer sobre métodos modernos y tienden a tener actitudes más negativas.

- Hogares

➤ Los hombres hablan poco con sus esposas sobre opciones de PF y tienden a decidir el tamaño de la familia, pero están mal informados sobre todos los métodos de PF.

➤ La desaprobación del esposo fue la barrera más mencionada para la adopción de PF.

- Comunidad

➤ Las normas culturales, sociales y religiosas de las comunidades mayas desempeñan un papel importante en la promoción del estigma sobre el uso de anticonceptivos y, en última instancia, son una barrera para acceder al conocimiento y los servicios de PF. Esto ha llevado a algunas mujeres a usar PF en secreto.

- Servicios

➤ El sector público es la mayor fuente de servicios de PF, pero ofrecen servicios de mala calidad y tienen desabastecimientos frecuentes, particularmente en áreas rurales e indígenas. Además, muchos proveedores no hablan los idiomas locales.

- Estructural

➤ Los métodos más disponibles son los inyectables, las píldoras y la esterilización.

➤ Quienes menos usan anticonceptivos son las mujeres de mayor paridad, las que viven lejos de un servicio de salud y las que provienen de hogares extremadamente pobres.

➤ La implementación de atención culturalmente pertinente es vital, ya que existe una alta prevalencia de creencias erróneas sobre la PF entre la comunidad maya. Sin la confianza y la comunicación que se desarrolla como resultado de la atención culturalmente sensible, seguirá habiendo barreras para erradicar la desinformación y reeducar a la comunidad sobre los beneficios de varios métodos de PF.

➤ Muchas indígenas sienten que sus proveedores ladinos no entienden sus necesidades, las tratan mal y, por lo tanto, no confían en los servicios ni en la información que brindan. Se sabe que la falta de confianza hacia los proveedores contribuye a la demanda insatisfecha.

➤ La demanda insatisfecha disminuyó entre todos los subgrupos de mujeres, excepto entre las indígenas (67%), quienes tienen un mayor riesgo de embarazo no deseado.

➤ Hay diferencias significativas en el acceso a la PF por edad y etnicidad. Las desigualdades que enfrentan las mujeres mayas, incluida la pobreza, el aislamiento rural y las barreras lingüísticas, están bien documentadas y explican, al menos en parte, las disparidades en la salud reproductiva. No hablar español representa la mayor parte de los diferenciales

étnicos en la demanda insatisfecha de anticonceptivos modernos.

- Intervenciones

➤ La calidad de los servicios podría explicar el acceso diferencial, ya que los mayas reciben a menudo servicios discriminatorios en instalaciones de menor calidad y por proveedores que raramente hablan su idioma.

➤ Maya Health Alliance ofreció educación grupal sobre PF y consejería individual para mujeres impartida por enfermeras indígenas bilingües. Ofrecieron una variedad de métodos, incluidos los implantes y los DIU, sin costo, a través de clínicas móviles y visitas domiciliarias programadas, logrando aumentar el uso de inyectables e implantes.

➤ Bajo los auspicios de USAID se han realizado varios programas transformadores de género cuyo objetivo fue invitar a la reflexión sobre género, ejercicios de comunicación de pareja y la toma de decisiones compartida sobre el uso de la PF. Las intervenciones lograron cambios de actitud más igualitarias de género, un mayor conocimiento de la PF; algunos también lograron un mayor uso de anticonceptivos modernos.

➤ Madres Sanas priorizó la educación de la PF para abordar las barreras de la falta de conocimiento y el miedo a los efectos adversos. El proyecto fue impartido por enfermeras comunitarias y logró un aumento significativo en el uso de implantes, demostrando que la consejería y un mejor acceso aumenta su aceptación.

- Recomendaciones

➤ Garantizar la provisión de servicios equitativos y gratuitos de PF.

➤ Centrarse en la falla y la interrupción en el uso de los anticonceptivos, lo cual podría reducir sensiblemente la demanda insatisfecha. Para ello se necesita ampliar las opciones de métodos y mejor capacitación a los proveedores las barreras médicas e institucionales que impiden la igualdad de acceso a servicios de calidad.

➤ Mejorar la capacitación en pertinencia cultural, promover el uso de las PF entre las indígenas y abordar primero la demanda insatisfechas de quienes no se oponen a la PF.

➤ Involucrar más a las parejas y promover más programas transformadores de género, comprendiendo sus limitaciones.

➤ Apoyar el desarrollo laboral de las jóvenes, su educación integral y ofrecerles servicios se SSR de buena calidad.

- Brechas de Información

➤ El alcance del sesgo étnico en la atención anticonceptiva en entornos más vulnerables: los pueblos indígenas y quienes viven en la pobreza.

8. ESPACIAMIENTO DE EMBARAZOS

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

➤ Hay conocimiento general sobre el beneficio para madres e hijos de espaciar los embarazos, aunque persisten los temores y rechazo hacia la anticoncepción moderna.

➤ Entre parte de la población indígena existe un estigma asociado con los métodos anticonceptivos modernos, por lo que muchos recurren al método del ritmo. No obstante,

	cerca de un tercio de las mujeres indígenas en unión tiene una demanda insatisfecha y desea posponer o evitar un nuevo embarazo. ➤ Después de un resultado adverso en el embarazo anterior, se tiende a tener un corto intervalo intergenésico, fenómeno conocido como reemplazo.
- Hogares	➤ La comunicación entre parejas y familias, la influencia de los medios locales y la sociedad, y la observación de otras parejas tiende a influir en el espaciamiento de embarazos.
- Comunidad	➤ No se encontró ninguna información.
- Servicios	➤ Hay desabastecimientos frecuentes de métodos anticonceptivos en el MSPAS. ➤ El intervalo intergenésico más corto entre las mujeres más pobres sugiere menos acceso a los servicios de PF. ➤ Los proveedores en regiones indígenas tienden a no hablar los idiomas locales, lo cual dificulta la provisión y consejería sobre anticonceptivos modernos.
- Estructural	➤ El espacio intergenésico más corto entre mujeres más jóvenes puede deberse a que aún no han alcanzado el tamaño familiar deseado y aún no están interesadas en el uso de anticonceptivos. Es posible que las más jóvenes tengan menos acceso a los anticonceptivos modernos. ➤ Las normas sociales están cambiando y en algunos lugares pocas parejas desean más de tres hijos. Si bien anteriormente había que tener todos los hijos que le enviara “el destino”, ahora parece darse una sutil presión del personal de servicios de salud y del de los proyectos a tener familias pequeñas. ➤ Un factor consistentemente asociado con un corto intervalo intergenésico es la lactancia materna más corta.
- Intervenciones	➤ El proyecto Madres Sanas introdujo implantes en las consultas posparto. Se logró un intervalo entre embarazos de 24 meses en la mayoría de las mujeres gracias a la diligencia de las enfermeras comunitarias y la consejería brindada. ➤ En Huehuetenango aumentó el porcentaje de madres que conocen los riesgos de un espacio intergenésico corto, pero el porcentaje de mujeres no embarazadas que dijeron haber usado un método anticonceptivo moderno no cambió.
- Recomendaciones	➤ Mejorar la educación y acceso a anticonceptivos, especialmente entre jóvenes indígenas.
- Brechas de Información	➤ Se necesita contextualizar y comprender mejor cómo varía el espacio intergenésico por edad. Las mujeres más jóvenes pueden querer tener más hijos, pero más espaciados. Esto podría ser una brecha en el uso de implantes que debe ser abordado.

9. DEMORAR EL PRIMER EMBARAZO

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

➤ Entre los jóvenes, la actitud hacia la abstinencia sexual, el uso del condón y la edad para tener hijos varía por género. Hay opiniones diversas con relación a demorar el primer embarazo, según la aceptación de la PF entre nulíparas y la expectativa social de tener hijos dentro del primer año de unión. En algunos lugares la edad al matrimonio/unión se está atrasando y se desea aplazarlo hasta que se tenga algún capital acumulado.

➤ La sexualidad sigue siendo un tema tabú y muchos adolescentes hablan del sexo con temor y vergüenza. Persiste la idea de que es el hombre quien debe decidir si se usa algún método anticonceptivo y muchas veces éstos exigen que la primera relación sea libre de protección, como “prueba de amor.”

➤ La mayoría de las escolares no tiene acceso a una educación sexual integral que les ayude a retrasar el inicio de las relaciones sexuales. La consecuencia del embarazo adolescente es una mayor probabilidad de abandono escolar.

- Hogares

➤ Las indígenas tienen su primera relación sexual casi dos años antes que su primera unión, pero sus familias persisten en no orientarlas con relación a su sexualidad. Los padres evitan hablar “de eso” por temor a inducir a sus hijos a relaciones prematrimoniales y a la convicción que del sexo se aprende sobre la marcha, una vez en unión. Es común creer que hablar con los padres sobre la sexualidad es una falta de respeto, por lo que los jóvenes buscan información de otras fuentes, muchas de ellas poco confiables.

- Comunidad

➤ En muchas comunidades, especialmente rurales e indígenas la unión y maternidad adolescente no se perciben como negativas, en parte por las pocas oportunidades educativas o laborales que tienen las jóvenes y por las normas sociales que apoyan la maternidad temprana y la falta de autonomía de las mujeres.

- Servicios

➤ La maternidad temprana refleja deficiencias generales en los servicios de salud sexual y reproductiva para amplios sectores de la población.

➤ El Programa de Salud Reproductiva del MSPAS ordena que se ofrezcan servicios especializados a las adolescentes. Además, la ley exige educación sexual “en todos los centros educativos del país y en todos los niveles” y estipula que las adolescentes no pueden ser expulsadas de las escuelas debido al embarazo.

- Estructural

➤ Hay una asociación entre la escolaridad, el nivel socioeconómico, la edad al inicio de la actividad sexual y la maternidad. La pobreza, que va de la mano con una baja escolaridad, es otro determinante importante de la maternidad adolescente. Dado que las mujeres indígenas y rurales tienden a ser más pobres, están a mayor riesgo de una maternidad temprana.

➤ En Guatemala el número de embarazos de adolescentes es preocupante y puede utilizarse como un indicador del subregistro de las uniones arregladas. En el 2019 hubo 114,858 embarazos adolescentes entre niñas de entre 10 y 19 años.

➤ Para muchas jóvenes, en especial las del área rural, la maternidad continúa siendo su

- Intervenciones

única opción de vida. A pesar de los avances en educación, la cobertura nacional de niñas en el ciclo básico fue apenas del 36% y del 21% en el diversificado. La falta de educación incide en no saber cómo protegerse, no sólo de un embarazo, sino también de infecciones de transmisión sexual (ITS).

➤ Abriendo Oportunidades ofreció “espacios seguros” para niñas mayas en más de 40 comunidades rurales. El programa ha tenido un efecto transformador y la intervención ha logrado que más niñas permanezcan en la escuela, ha aumentado su autoestima y autonomía, y ha logrado retrasar la edad del primer nacimiento: solo el 3% de las jóvenes tuvieron un hijo durante el programa, comparado con el 22% a nivel nacional.

- Recomendaciones

➤ No se encontró información.

- Brechas de Información

➤ No se encontró información.

10. BÚSQUEDA DE ATENCIÓN PARA NIÑOS

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

➤ El manejo de las enfermedades y la búsqueda de atención están muy relacionados a cómo se percibe culturalmente la enfermedad, qué la causa y a sus síntomas. Hay pocos estudios recientes sobre la percepción de las enfermedades más comunes de la infancia [diarreas e infección respiratoria aguda/IRA], pero se ha documentado que la percepción de gravedad está asociado a la búsqueda de atención biomédica.

➤ Varios programas han ofrecido educación sobre signos de peligro, pero esto no siempre ha logrado reducir las demoras en la búsqueda de atención.

- Hogares

➤ Tener identificado quién podría quedarse a cargo de los hijos en caso de una emergencia con alguno de ellos, está asociado a la búsqueda de atención.

- Comunidad

➤ Las barreras más mencionadas en el uso de los servicios fueron las relacionadas al acceso y calidad, el poco poder de decisión de las mujeres y la cultura machista.

➤ La familia desempeña un papel importante dentro de la búsqueda de atención y con frecuencia los esposos la retrasan. A pesar del poco poder de decisión de las madres, la morbi-mortalidad infantil se atribuye a la inexperiencia materna.

- Servicios

➤ El desabastecimiento de equipo, suministros y medicamentos es patente y muchos pacientes deben comprar lo que se les receta. Esta situación es un importante disuasivo para la búsqueda de atención.

➤ Los servicios de salud se concentran en los centros urbanos y la distancia a los servicios es un factor que influye directamente en la búsqueda de atención.

- Estructural	➤ La neumonía continúa siendo la principal causa de mortalidad en la niñez, en parte debido a la renuencia de las familias de buscar atención oportuna debido a la distancia, el idioma, el costo, el temor a la falta de respeto o la mala calidad de la atención.
- Intervenciones	➤ En el primer nivel de atención no hay ambulancias y la situación en el segundo nivel no es mucho mejor. La pobreza de la población para desplazarse es una barrera fundamental al acceso a los servicios, conduciendo a demoras potencialmente letales. ➤ El gobierno ha tenido poco interés en el bienestar de las poblaciones rurales e indígenas. La situación caótica del sistema político ha estado marcada por escándalos de corrupción que han incluido a funcionarios de alto nivel de MSPAS. Particularmente grave fue la cancelación abrupta del PEC en todo el país a finales de 2014.
- Recomendaciones	➤ Una de las metas de PROCOMIDA en Alta Verapaz fue mejorar el uso de los servicios de salud y su entrega a la población. Para ello condicionó la participación en el proyecto a la asistencia de la atención prenatal (APN) y control de crecimiento de niños <24 meses. También ofreció capacitación a madres sobre señales de peligro. ➤ En Huehuetenango, el Proyecto de Salud Infantil logró mejoras notables en los indicadores de atención y mortalidad neonatal. No obstante, en casi la mitad de las muertes en niños <5 años, las familias no buscaron la atención adecuada o la buscaron demasiado tarde, a pesar de reconocer que había un problema de salud.
- Brechas de Información	➤ Las acciones del MSPAS deben diseñarse para responder a los casos de mayor necesidad, pero deben ser complementadas con intervenciones que mejoren las condiciones subyacentes, incluyendo la educación de niñas, la red vial y la pobreza de la población. Se recomienda un abordaje que coordine acciones entre el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS), los promotores comunitarios, terapeutas tradicionales y expendedores de medicamentos, así como con el desarrollo comunitario, educación y transporte local. ➤ No se encontró información.

11. BÚSQUEDA DE ATENCIÓN PARA SALUD MATERNA

CATEGORÍA	HALLAZGOS PRINCIPALES
- Individual	➤ En el Altiplano las mujeres prefieren dar a luz en su casa, especialmente las grandes multíparas. Prefieren a las comadronas por su cercanía física, emocional y cultural. La decisión sobre búsqueda de atención es compleja, no siempre depende de la embarazada y puede llevar a demoras en caso de emergencia obstétrica. ➤ Aunque las embarazadas creen que los hospitales tienen una mayor capacidad resolutive, saben de la baja calidad de la atención que les espera. Los hospitales despiertan una fuerte respuesta de miedo, desconfianza, temor al maltrato y la alta probabilidad de dar a luz por cesárea.
- Hogares	➤ Los padres y suegros influyen en las acciones de la embarazada, especialmente entre las más jóvenes. Sus decisiones a menudo minimizan la necesidad de buscar atención biomédica, sea por costos, dificultad en el transporte o malas experiencias.

	➤ Ir al hospital por lo general supone gastos que solo el esposo puede cubrir. Ellos calculan los costos, el tiempo que la esposa estaría lejos de los demás hijos y el riesgo de llegar al hospital a tiempo. En un contexto de machismo tenaz, las decisiones del esposo pueden poner en peligro la salud de la embarazada y de su bebé. ➤ Cuando surgen problemas durante el trabajo de parto, éstos pueden no ser vistos como instancias biomédicas, sino más bien como evidencia de conflictos familiares. Por lo tanto, para la embarazada, su pareja y su familia afín, hay mucho en juego en la capacidad de tener un parto exitoso en casa.
- Comunidad	➤ En un contexto donde las mujeres están poco empoderadas, un cuello de botella para la búsqueda de atención son las normas que rodean el género, la sexualidad y la reproducción, creando una sinergia de estigmatización y tabú.
- Servicios	➤ En varios lugares del Altiplano, la memoria de la guerra civil continúa siendo un disuasivo en la búsqueda de atención. Aún existe miedo, y desconfianza en las autoridades. ➤ Las comadronas son muy respetadas y la atención que ofrecen se considera más delicada que la biomédica. Se cree que ellas han recibido un don divino, lo que representa grandes disparidades entre las habilidades de cada comadrona. ➤ Las diferencias lingüísticas y culturales dificultan la comunicación y a menudo lleva a los proveedores de salud a creer que las pacientes indígenas son necias o no están interesadas en mejorar su salud. Además, muchos proveedores tienen actitudes discriminatorias y las pacientes les tienen miedo y desconfianza, actitudes que exacerban las demoras. Por otro lado, las usuarias reportaron que algunos de los proveedores indígenas “se creían ladinos” y rehusaban atenderlas en los idiomas regionales. ➤ Desde el punto de vista de las usuarias las demoras se deben a la falta de recursos, distancia a los servicios, temor a salir de su comunidad, sentirse ignoradas en los hospitales, oposición del esposo, actitudes fatalistas y percibir que reciben mala atención. ➤ El factor principal de la percepción de calidad es ser tratada con respeto. Mucho del maltrato se refiere a dos acciones: la forma poco amable en que los proveedores se dirigen a las usuarias y la demora en ser atendidas. En los hospitales, la atención irrespetuosa se centra en el abuso verbal basado en la condición de género y de poder. Varias mujeres señalaron que, para evitar problemas, era mejor aceptar calladamente cualquier tipo de trato, evitar hacer preguntas o solicitar ayuda al personal, pues pensaban que cualquier interacción que partiera de ellas tenía altas probabilidades de terminar mal. Por otro lado, la tercera parte del personal consultado en las maternidades consideró que no hay que pedir permiso a las mujeres antes de hacerles el tacto vaginal.
- Estructural	➤ El MSPAS cubre una fracción de los nacimientos del país, lo que sugiere un sistema de salud mal equipado para hacer frente a las necesidades de su creciente población. ➤ La pobreza está asociada al bajo uso de los servicios de salud de las mujeres indígenas. La disparidad étnica en la atención del parto fue mayor entre las mujeres más pobres, en áreas rurales y en comunidades remotas. Las diferencias étnicas en la atención prenatal (APN) son muy significativas, independientemente del nivel de educación; hablar español es un predictor del uso de este servicio.
- Intervenciones	➤ En Huehuetenango las casas maternas han tenido experiencias prometedoras, en parte por el abordaje que incluyó a las comadronas desde un inicio. Las comadronas apoyaron su uso porque se les permitió seguir desempeñando un papel importante durante el parto y confiaron en la calidad de la atención ofrecida. Se logró un incremento en el uso de estas

- Recomendaciones

casas y en algunas comunidades casi la mitad de los partos se dieron en ellas, en tanto en todo el departamento solo el 21% de los nacimientos son institucionales.

➤ TulaSalud implementó un proyecto de salud móvil en Alta Verapaz basado en la provisión de un teléfono celular a voluntarios con capacitación básica en prevención y atención de la salud. Las áreas de intervención mostraron indicadores de mortalidad materna e infantil significativamente más bajos que las áreas de control. El impacto se dio dos años después del inicio de la intervención, mostrando la dificultad de obtener impacto a corto plazo.

➤ Las mujeres irán a los hospitales para dar a luz en la medida que estos les resulten eficientes, seguros y confiables, con una atención basada en la comunicación interpersonal efectiva, pilar en la percepción de la calidad de atención. Es esencial que los proveedores sepan comunicarse con las usuarias, poder aliviar la ansiedad, obtener una mayor cooperación durante el tratamiento y lograr una mayor satisfacción.

➤ Es necesario prestar más atención a la cuarta demora: los programas de educación y capacitación de comadronas tendrán un impacto limitado si las mujeres que llegan a los servicios tardan en ser atendidas.

➤ Se debe contratar más personal bilingüe o, al menos, contratar traductores profesionales. Además de aumentar el número de unidades de salud y de personal bien capacitado se debe hacer esfuerzos para que éste mejore su comprensión y aceptación de las prácticas tradicionales de las usuarias, pero se debe ser crítico con las barreras que continúan limitando la toma de decisiones de las usuarias en los diferentes niveles individuales, familiares y comunitarios.

➤ Muchas indígenas primigestas están dispuestas a dar a luz en los servicios de salud. Es imperativo que el sistema de salud centre su atención en la satisfacción de estas usuarias, a fin de retenerlas.

➤ En un país con un fuerte estigma asociado con las relaciones sexuales de los adolescentes, es esencial ofrecerles atención especializada. El miedo a ser tratados de mala manera aumenta la probabilidad de las adolescentes a tener embarazos no deseados.

- Brechas de Información

➤ Sería de interés identificar una jerarquía de barreras a modo de enfocar las intervenciones en las más importantes y así maximizar su efectividad.

12. TRATAMIENTO DE AGUA EN EL HOGAR

CATEGORÍA

- Individual

HALLAZGOS PRINCIPALES

➤ Se sabe de las ventajas de tratar el agua, pero este conocimiento no siempre se lleva a la práctica. También hay confusión sobre cómo clorar o hervir el agua.

➤ El sabor y el olor son factores clave que influyen en la aceptación del agua tratada.

➤ La percepción de la mala calidad del agua y el riesgo que supone es un precursor

	importante para la adopción del tratamiento.
- Hogares	➤ El apoyo de la familia y amigos fomenta el tratamiento e influye en su uso sostenido. ➤ Las visitas regulares de promotoras motivan el uso regular del tratamiento, pero es una actividad difícil de llevar a escala. ➤ El costo del tratamiento incide en su uso. Muchos hogares esperan agua potable entubada, sin costo o a costo subsidiado. Pocos toman en cuenta el ahorro que supone tratar menos episodios de diarrea o que el costo del cloro es menor que el combustible que se utilizaría para hervir agua.
- Comunidad	➤ No todos los líderes comunitarios en Guatemala apoyan la cloración del agua.
- Servicios	➤ Recibir recomendaciones sobre tratamiento de agua en momentos críticos, tales como un episodio severo de diarrea, tiende a tener mayor efecto. ➤ Los usuarios priorizan la facilidad y conveniencia de los productos. Es poco probable que quieran usarlos si les resulta engorroso, si tiene defectos de diseño o se perciben caros.
- Estructural	➤ Los hogares más pobres y con menos escolaridad cuidaron mejor los filtros donados. ➤ Hay diferencias significativas en las prácticas de tratamiento de agua por etnicidad.
- Intervenciones	➤ El uso consistente de la tecnología para tratar el agua decae después de la intervención. El uso del filtro osciló entre el 62% y el 71%. El uso del floculante decayó más rápidamente: a pesar de considerarlo eficiente, sólo el 5% tuvo un uso activo del producto. ➤ Algunas intervenciones han logrado reducir, pero no eliminar, la concentración de E coli en el agua almacenada por medio de la cloración. ➤ Las intervenciones para el tratamiento del agua en el hogar implementadas a través de mensajes esporádicos difícilmente reducirán los casos de diarrea.
- Recomendaciones	➤ Un precursor consistente para la adopción de tratamientos de agua es la percepción de que el agua sin tratar es un riesgo, por lo que se debe evaluar esta percepción. ➤ Las intervenciones deben dirigirse a las regiones desatendidas y sin experiencias previas, donde no se le da ningún tipo de tratamiento al agua, práctica que está consistentemente asociada con la adopción de algún tratamiento. En donde ya se trata el agua, se debe ir a lugares donde los métodos de tratamiento no son los deseables y donde los hogares están anuentes a pagar por un producto más efectivo. ➤ Las percepciones favorables sobre la utilidad de tratar el agua pueden ser necesarias, pero son insuficientes para un uso consistente y correcto de los filtros. Las instrucciones claras y las visitas domiciliarias para dar seguimiento son apoyos críticos. ➤ Las actividades de comunicación para el cambio de comportamiento para el uso de cloro deben concentrarse en la creación de capacidades a nivel del hogar. Se puede motivar la cloración modificando las percepciones sobre la calidad del agua a través de toma de muestras, dada la asociación entre la percepción de la mala calidad de agua y la demanda de tecnologías para mejorarla.
- Brechas de Información	➤ No se encontró información.

13. LAVADO DE MANOS CON JABÓN

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

- El conocimiento sobre la transmisión de la diarrea puede tener bajo o nulo efecto en la práctica de lavado de manos con jabón.
- El lavado de manos está fuertemente asociado a factores psicosociales. Los detonantes emocionales (asco, sentirse a gusto y el deseo por tener estatus social) con frecuencia son determinantes clave del lavado de manos con jabón.
- Hay cinco factores que predicen el no lavarse las manos con jabón: estar muy ocupado o cansado, sentir que el jabón es caro, creer que usar jabón para lavarse las manos usa mucha agua o pensar que lavarse las manos no es importante.
- La cantidad de agua disponible por persona influye en la frecuencia de lavado de manos.
- Se piensa que las heces de los lactantes no contienen gérmenes, por lo que lavarse las manos con jabón después de cambiar pañales no siempre es considerado necesario.

- Hogares

- Mantener un lugar designado para el lavado de manos facilita la práctica. Tener un grifo se asocia a un mejor lavado.
- Atender a varios niños pequeños mantiene a la madre ocupada y en ocasiones dificulta que se lave las manos tan a menudo como ella quisiera.

- Comunidad

- Las autoridades locales, los promotores de salud y los líderes religiosos son fuentes de información de peso sobre saneamiento e higiene. La promoción del lavado de manos con jabón a través de estas personas podría mejorar estas prácticas.

- Servicios

- Hay seis factores relacionados a la infraestructura que influyen en el lavado de manos: instalaciones con agua y jabón, un lugar para lavarse cerca de la cocina y cerca de la letrina, tener instalaciones atractivas y fáciles de usar, tener agua entubada cerca de la vivienda y contar con una letrina mejorada.

- Estructural

- Sin un cambio social y económico más amplio, los programas de promoción del lavado de manos posiblemente solo logren impactos moderados.
- Una mayor escolaridad, una edad más joven y el género femenino pueden estar asociadas a una mayor frecuencia de lavado de manos, pero la evidencia no es concluyente.

- Intervenciones

- Es poco probable que la educación tradicional en salud sea una vía eficaz para el cambio de comportamiento sobre lavado de manos con jabón.

- Recomendaciones

- Proveer infraestructura debería ser un componente clave, pues contar con un lugar específico para el lavado de manos con agua y jabón es un requisito previo para la práctica. Además de contar con agua y jabón el lugar debe ser agradable de usar y estar convenientemente ubicado.
- Las recomendaciones sobre lavado de manos deben dirigirse a toda la familia, no solo a las madres. Estas deben señalar lo poco que se necesita de agua y jabón para lavarse las

manos de manera efectiva.

- Brechas de Información

➤ Las motivaciones que podrían explotarse en las campañas de promoción para el lavado de manos son el asco o repugnancia y la afiliación pero también la comodidad y el afán de cuidado de los hijos que algunos contextos han sido efectivas.

➤ Hay grandes lagunas en la literatura sobre los determinantes de lavado de manos con jabón, en parte por la calidad general de la evidencia y los sesgos hacia ciertos tipos de determinantes (v.g., características demográficas, infraestructura, percepción de riesgo) a expensas de una comprensión más completa de lo que impulsa esta práctica. Se necesita más evidencia sobre cómo el lavado de manos con jabón está influenciado por rutinas, normas, contexto, los entornos físicos y biológicos y la motivación.

14. USO DE LETRINAS Y MANEJO HIGIÉNICO DE RESIDUOS

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

➤ Conocer los beneficios del uso de las letrinas o inodoros no siempre se refleja en su uso. La actitud hacia ellas puede ser el predictor más potente. Los factores psicosociales asociados a su uso son vergüenza, repugnancia y la presión social.

➤ El uso diario de letrinas es un hábito personal, pero la formación de hábitos se ve afectada por la facilidad para repetir el comportamiento y las normas socioculturales.

➤ Las razones para defecar al aire libre (DAL) son multidimensionales y su desaprobación depende en gran medida del acceso a una letrina.

- Hogares

➤ Hay diferencias de género en el uso de las letrinas. Los hombres DAL más que las mujeres principalmente porque se mantienen menos en la vivienda y porque se considera menos vergonzoso que lo hagan. Si bien son las mujeres quienes tienden más a usarlas, ellas tienen menos poder de decisión en su adquisición.

➤ La falta de conocimientos sobre cómo construir o mantener letrinas duraderas y de buena calidad incide en su uso, y las letrinas poco funcionales tienden a no ser utilizadas.

➤ A medida que las fosas/pozos se empiezan a llenar, para extender su vida útil estas se dejan de usar todos los días. En los hogares grandes una sola letrina puede no ser suficiente, lo cual puede incentivar DAL para extender su vida útil y para evitar la espera.

- Comunidad

➤ El enfoque de saneamiento total liderado por la comunidad (SANTOLIC) promueve una caminata por la comunidad para sensibilizar sobre la falta de saneamiento pero su efectividad no es contundente. Se sabe que funciona mejor en comunidades pequeñas con un fuerte sentido de cohesión y cuando los materiales de construcción están disponibles localmente y las prácticas de construcción son conocidas.

- Servicios

➤ El uso de las letrinas es mayor cuando éstas son funcionales, están bien mantenidas, accesibles, limpias y permiten prácticas higiénicas como la limpieza anal y el manejo menstrual. Sus características y diseño deben satisfacer las necesidades del usuario.

- Estructural

- La disponibilidad y costo de los servicios de vaciado de las fosas/pozos es un tema clave para mantener el uso de letrinas.
- La cobertura de los servicios de saneamiento es escasa en Guatemala. El porcentaje nacional de hogares conectados a la red de alcantarillado apenas ha aumentado desde 2000 y sigue siendo inferior al 40%.

- Intervenciones

- Con base en la legislación actual los gobiernos municipales son los principales responsables de invertir en saneamiento, pero dicen que no tienen suficientes recursos financieros.
- El SANTOLIC es el abordaje que más se ha empleado para reducir la DAL. Usualmente emplea detonantes emocionales como la vergüenza y la repugnancia hacia la DAL para catalizar la acción colectiva, iniciando con la construcción de letrinas pero sus resultados no han sido consistentes. En algunos países se logra que muchas comunidades logran el estatus FIDAL, pero las recaídas un año después pueden ser del 50%. En otros países no se llega a construir letrinas.
- En Guatemala Helvetas y Unicef siguieron la metodología SANTOLIC en 629 comunidades, en la mayoría de las cuales se contaba con letrinas e inodoros ineficientes y de uso deficiente. El proyecto estimuló que cada hogar mejorara sus instalaciones por sus propios medios. Se facilitó que los hogares utilizaran más productos para la higiene y saneamiento, para lo cual se ayudó a comercios y especialistas locales (albañiles y fontaneros) a comprender mejor la demanda de productos y servicios. El proyecto certificó a 462 comunidades, las cuales mantuvieron el estatus libres de DAL (FIDAL).

- Recomendaciones

- Water for People también empleó el SANTOLIC en Quiché.
- Las emociones provocadas a través de SANTOLIC (asco y vergüenza) no siempre tienen efecto, posiblemente porque las emociones son efímeras: surgen intensamente en un momento, pero desaparecen al poco tiempo y no se recuerdan.
- Desde el punto de vista del gasto público, el gobierno de Guatemala debería dar prioridad al sector WASH y maximizar la inversión pública en ese sector. Para alcanzar el FIDAL se requiere de más recursos públicos, junto con una mayor eficiencia en su gasto.
- El capital social es fundamental en el uso de enfoques participativos. En entornos de bajo capital social se requiere de una mayor participación de facilitadores de los proyectos y más apoyo en general. Este puede ser un desafío para llevar a escala estos enfoques.
- Dar las letrinas no es suficiente. Las intervenciones deben centrarse en cambiar las normas y actitudes de la sociedad y mantener la calidad de las letrinas. Facilitar el acceso a las letrinas sin promover su uso difícilmente reducirá la DAL. También es necesario identificar que grupo de personas tienen mayor probabilidades de recaer en DAL.
- Hay que explorar las opciones de manejo de fosas, pues en muchas áreas rurales no se sabe cómo hacerlo.

- Brechas de Información

- Es necesario continuar investigando el rol de factores tales como las características del tipo de tecnología de agua y saneamiento, incluidos el costo y la complejidad de su uso así como factores contextuales, como la estructura del hogar.
- Próximas investigaciones deben incluir una evaluación de proceso para determinar si la alta cobertura de saneamiento a nivel comunitario por períodos más largos que el existente en algunos estudios mejora la salud infantil y detallar dónde y cómo sucede.

15. BABY WASH (AGUA, HIGIENE Y SANEAMIENTO PARA BEBÉS)

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

➤ Las nociones elementales sobre higiene pocas veces se ponen en práctica, sea porque las madres están ocupadas con otras tareas domésticas o por la falta de costumbre.

➤ Se usan esteras para mantener a los niños alejados de la tierra y suciedad.

- Hogares

➤ Hay hogares con muy mala higiene, en particular por la contaminación de excretas de animales, la deposición de las heces de los niños y las malas prácticas de lavado de manos.

➤ Las malas prácticas de crianza de animales representan un riesgo generalizado para los niños. Los principales vectores fecales-orales para los niños fueron la comida, las manos o los pies de los niños, el agua, los utensilios para comer y los juguetes.

➤ La ayuda que tienen las madres para cuidar a los bebés incide en su higiene y protección. Los hermanos pequeños cuidan y juegan con los bebés, pero también incrementan su contacto con la suciedad al ofrecerles objetos sucios que los bebés se llevan a la boca.

➤ Las heces de los lactantes tienden a considerarse poco infecciosas y no se presta mucha atención a su deposición. La familias son más indulgentes con la defecación al aire libre de los preescolares.

➤ Las familias son renuentes a tener las aves en corrales por el alto costo de alimentarlas, de construir y mantener corrales y comprar vacunas.

- Comunidad

➤ Muchas intervenciones de participación comunitaria asumen que las mujeres son las responsables de WASH, ignorando sus múltiples actividades y su disponibilidad de tiempo, y que en ocasiones, las normas de género no siempre permiten a las mujeres participar activamente en las actividades de desarrollo comunitario.

- Servicios

➤ Varias intervenciones han incluido la distribución gratuita de corralitos de diferentes materiales y forma, así como esteras para separar a los niños de la tierra y han sido bien aceptados. Estos espacios de juego sólo son útiles si se pueden mantener limpios y libres de las aves, pero no pueden por sí mismos interrumpir la transmisión de patógenos.

- Estructural

➤ La disponibilidad de la infraestructura de agua y saneamiento es un fuerte requisito para el buen desempeño de las prácticas deseadas.

➤ La infraestructura de la vivienda (piso, letrina, acceso a agua) influye en el nivel de higiene y están relacionadas con el nivel económico del hogar.

- Intervenciones

➤ Programas que han integrado WASH y nutrición no han sido más eficaces que los programas que solo incluyen nutrición para reducir la diarrea o mejorar la talla. Un ensayo SHINE/Benefits llevado a cabo en cuatro países comparó el efecto en el crecimiento de dos intervenciones: optimizar la calidad nutricional de las dietas e interrumpir la exposición fecal-oral de los niños (intervención WASH). No se encontró ningún efecto, de ninguna de las dos intervenciones; sólo se observaron mejoras en el crecimiento en los grupos que incluían la intervención nutricional. Las intervenciones WASH no lograron reducciones

de la diarrea ni mejor crecimiento. Se concluyó que eran necesarias nuevas tecnologías o diferentes modalidades de cambio de comportamiento.

➤ En el ensayo SHINE en Bangladesh no se logró disminuir la prevalencia o concentración de E. coli. Los niños hubieran tenido una exposición sustancialmente menor si hubiesen tenido las manos menos contaminadas. Prevenir comer tierra hubiera proporcionado un mayor beneficio a los niños <24 meses y las intervenciones de higiene alimentaria hubieran proporcionado un mayor beneficio a los niños >24 meses. Se constató que el consumo de agua contribuye a una parte menor del total de E. coli ingerido por los niños.

➤ Los promotores del ensayo WASH Benefits visitaron los hogares seis veces al mes. Este nivel de contacto no es factible para los programas WASH a escala por lo que se hace necesario identificar medios de promoción innovadores y factibles.

➤ Es posible que algunas intervenciones no han abordado suficientemente las vías de transmisión de los patógenos zoonóticos. Intervenir en sólo un subconjunto de viviendas podría no ser suficiente para proteger contra la exposición a la contaminación fecal en el medio ambiente que se origina en otras viviendas de la comunidad.

- Recomendaciones

➤ El objetivo esencial del enfoque Baby WASH es interrumpir los principales vectores en la transmisión fecal-oral de los bebés, prestando atención tanto a las heces de los animales como a las humanas. Las intervenciones deben incluir lavado de manos con jabón, acceso a la eliminación adecuada de todas las excretas y suministrar de objetos apropiados para jugar y morder y espacios de juego limpios y protegidos. Las manos de los niños son el vector principal de transmisión fecal-oral, lo que señala la necesidad de intervenciones para interrumpir la ruta de transmisión.

➤ De manera urgente se debe identificar intervenciones que reduzcan radicalmente la contaminación fecal en el entorno doméstico. Independientemente de las tecnologías e intervenciones elegidas, el WASH transformador requerirá sin duda un mayor apoyo de los sistemas de gobernanza para el financiamiento, mantenimiento y evaluación.

➤ La carga de las tareas domésticas, el cuidado de los niños y la recolección de agua recaen en las mujeres y las niñas. Se debe garantizar que esta no aumente y aprovechar los enfoques transformadores de género para crear una distribución más equitativa del cuidado de los niños y las responsabilidades domésticas.

- Brechas de Información

➤ Aún no se entiende cuál es la mejor manera de evitar que los bebés interactúen en un entorno antihigiénico y las intervenciones pueden ser poco factibles o prácticas. Se debe considerar la investigación formativa en todos los programas Baby WASH.

➤ ¿Cuál es la magnitud del efecto protector de un espacio de juego en comparación con otras intervenciones WASH para bebés, como la higiene de los alimentos para bebés?

16. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE A NIVEL COMUNITARIO

CATEGORÍA

- Individual

HALLAZGOS PRINCIPALES

➤ El conocimiento de prácticas de higiene y del riesgo de contraer diarrea no siempre conduce a mejores prácticas, sean estas lavado de manos o tener las aves en corrales.

- Hogares	➤ En algunos lugares los niños son los encargados de recolectar agua y a mayor número de niños, menor probabilidad de tener problemas de acceso.
- Comunidad	➤ En varias comunidades en el Altiplano se ha encontrado resistencia a clorar el agua. ➤ En muchas comunidades no hay servicio de recolección de la basura. Las iglesias, escuelas, alcaldes auxiliares y ONG organizan ocasionalmente trenes de aseo para darle mantenimiento a los caminos. En varias cabeceras municipales, aunque haya servicio de recolección de basura, no se le da ningún tratamiento y se la deja tirada en laderas. ➤ Agua del Pueblo (AdP) sigue una metodología basada en la comunidad organizada y que exista una demanda para un sistema de agua mejorada; así aseguran mejores resultados.
- Servicios	➤ Una queja frecuente es que el sistema de agua entubada es intermitente y a menudo se percibe una mala calidad del agua, sea porque se trata o porque no se trata. ➤ El suministro de agua intermitente afecta el deseo de pagar por agua intradomiciliaria y hace indiferente usar este tipo de conexión o los chorros públicos.
- Estructural	➤ La escasez de agua en Guatemala es un asunto sobre todo económico y la inversión de capital está por debajo del nivel requerido para mantener los servicios. Estos han cambiado poco, pero el costo mensual del agua casi se ha duplicado entre 2006 y 2014. ➤ El MSPAS es el encargado de vigilar la calidad de las descargas de agua potable y aguas residuales. Carece de la capacidad técnica y financiera para garantizar la recopilación, evaluación y difusión oportuna de la información.
- Intervenciones	➤ Bajo el liderazgo de UNICEF se han establecido diálogos sobre WASH con autoridades locales utilizando una cámara de video para visibilizar los problemas. WASH y Helvetas han llevado a cabo la metodología SANTOLIC en más de 600 comunidades. ➤ En los primeros 30 años, el AdP capacitó a más de 700 trabajadores de la salud pública y benefició a más de 100.000 personas, logrando una cobertura de suministro de agua rural considerablemente mayor que los países en situaciones similares en América Latina.
- Recomendaciones	➤ Los desafíos del sector WASH en el país son grandes y requieren un liderazgo político más fuerte para reformar y regular el sector, un mayor enfoque en el área rural y un mayor gasto y ejecución presupuestaria. Sería conveniente contar con una autoridad nacional del agua para garantizar la ejecución y supervisión de las políticas públicas. ➤ El modelo de regulación y gestión del sector WASH en Guatemala es disfuncional. Los municipios regulan y supervisan, con conocimientos técnicos limitados y pocos recursos. No obstante, el enfoque descentralizado y diseño participativo desde las propias comunidades ofrece oportunidades que deben aprovecharse en el futuro. ➤ Se debe aspirar no solo a la participación sino también a la gestión comunitaria: involucrar a la comunidad en toma de decisiones. Si la comunidad posee y eventualmente mantiene los sistemas, adquiere un sentido más fuerte de propiedad y empoderamiento. ➤ Se debe identificar los posibles impactos que la vergüenza y el estigma pueden tener en las normas de higiene y cómo las normas de higiene varían de un lugar a otro.
- Brechas de Información	➤ Detallar los obstáculos para mejorar los servicios WASH y sus vínculos con la pobreza y la salud para implementar políticas que aborden las necesidades de la población rural.

17. UNIONES TEMPRANAS O FORZADAS

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

➤ El embarazo es la causa más frecuente de las uniones, pues permite resguardar el honor de la joven y ofrece legitimidad para la maternidad. Esta forma de unión también es forzada, ya que muchas veces las menores fueron obligadas a juntarse, entorpeciendo su derecho a la educación y se les presiona para cumplir con roles asignados socialmente.

➤ Hay casos en que son las mismas adolescentes quienes optan por unirse por el deseo de escapar a las circunstancias familiares adversas o se ofrecen voluntariamente al matrimonio para evitar que sus familias tengan una boca más que alimentar. Muchas niñas ingresan en uniones tempranas para escapar del abuso y la violencia en sus casas, pero a menudo terminan enfrentándose a la violencia, el abuso y el control de sus parejas.

➤ Las adolescentes valoran más el matrimonio que la unión: el primero se percibe más estable y se asume mayor responsabilidad de las partes, pero en la unión de hecho a los hombres se les permite un mayor grado de irresponsabilidad.

➤ En ámbitos urbanos las actitudes están cambiando: las jóvenes han adquirido conciencia de que su educación es importante para su desarrollo y se observa un nuevo poder de decisión para definir sus vidas. Se han establecido relaciones menos autoritarias con los padres y algunas consiguen su apoyo para seguir estudiando, aunque ya sean madres.

- Hogares

➤ Cuando la contribución principal de las niñas hacia su familia es convertirse en esposas y madres, las familias hacen inversiones inadecuadas en su educación. Las jóvenes son criadas para “respetar a sus mayores” y con poca autonomía. Los padres tienen la potestad de expulsar a sus hijas, justificándose en su pobreza, pero también por la sumisión en la que las crían y la desvalorización de las niñas: a los niños no los expulsan de esa manera.

➤ La inequidad de género es un factor relevante en el matrimonio temprano y se encuentra muy arraigada, de modo que la niña crece sin la conciencia de que es sujeto de derechos, que puede expresar opiniones propias y que tiene capacidad de elegir. Las mujeres son vistas en minoría de edad y como objeto de propiedad de los hombres.

➤ En el área rural los padres suelen ver al matrimonio como una forma de protección. La costumbre del casamiento es arreglada entre el novio y los padres de ella, sin que se consulte con la novia. Mientras el padre de familia decide cómo será el matrimonio, la madre se encarga de convencer a la niña, instándola a obedecer. Los abuelos acompañan a los padres durante la pedida. La niña obedece.

➤ A menudo los suegros refuerzan la relación de dependencia y sometimiento de la joven nuera, con nuevas obligaciones y ausencia de derechos, al mismo tiempo que los padres la expulsan del hogar, instándola a aguantar resignada e impotentemente ante su nueva situación, cualquiera que ésta sea. Raramente pueden regresar al hogar de origen.

➤ Un cambio relevante es que las jóvenes empiezan a exigir el derecho a ser escuchadas y las familias inician a consultarles si aceptan unirse y respetan su decisión. Además, la idea misma del matrimonio se ha modificado, cuestionando su necesidad. En las áreas urbanas del Oriente la crianza de los nietos a veces es asumida por los padres de la joven, para permitirle continuar su vida de estudiante.

- Comunidad

- Las normas sociales arraigadas en torno al género y la sexualidad son el factor principal que sustenta el matrimonio infantil. En general, las uniones tempranas se convierten en un reflejo de opiniones adultas sobre la sexualidad de los adolescentes y sobre cómo esta se debe manejar y sancionar. El hecho de no educar a los jóvenes sobre el sexo y la sexualidad y de no proteger a las niñas del sexo coaccionado refleja los valores patriarcales predominantes en el país.
- En el mundo rural con frecuencia una joven mujer a los dieciocho años, si no tiene pareja, se considera ya vieja para formar una familia.
- En las uniones tempranas a menudo participan las autoridades de la comunidad; la autoridad religiosa acompaña y su bendición significa la aceptación moral de la unión.
- En ocasiones, lejos de identificar en la escuela a un aliado en la prevención del matrimonio temprano, la comunidad la considera una amenaza por ser un espacio de socialización sin supervisión de la familia. En las comunidades mayas se atribuye la sexualidad prematura a la socialización en la escuela y no a la ignorancia y tabús sobre los temas sexuales.
- En el área rural las uniones forzadas obedecen a razones culturales principalmente “porque es la costumbre”, pero hay tres antecedentes contextuales: a) violencia doméstica, b) des-información de la vida en pareja y c) la presión comunitaria para no quedarse soltera. El control social está más marcado en la tradición indígena rural, donde las comunidades preservan la cohesión a través de mecanismos coercitivos que vigilan la conducta social.
- El trato dado a las madres solteras varía en las regiones del país. En Oriente tienen la opción de quedarse a vivir con su familia, la cual se responsabiliza de su manutención. La pareja no convive, ambos continúan sus estudios y los abuelos se responsabilizan del nieto. En las comunidades del Altiplano esta realidad es vivida con una mayor vergüenza, sentimiento compartido por las autoridades que ven en ella un síntoma de resquebrajamiento de la cohesión social al quedar afectada la honorabilidad familiar.
- La presencia de algunas ONG, con una visión de derechos de la infancia y de las mujeres, ofrecen un diálogo para las jóvenes y sirven de guías para sus familiares y personas de las comunidades con las que trabajan.

- Servicios

- En las comunidades rurales existe una gran resistencia para que las escuelas ofrezcan educación sexual y reproductiva. Tampoco hay cobertura para los adolescentes en los servicios de salud.

- Estructural

- Un cambio fundamental es el acceso a la educación secundaria y actualmente la matrícula de niñas ha superado la de los varones. La educación permite a la niña descubrir otras posibilidades más allá del matrimonio y la maternidad. Además, es la herramienta más importante del Estado para introducir elementos modernizantes sin que generen desgarramientos en la comunidad. En los últimos 25 años se ha producido una transición desde la resistencia a la educación de las niñas a su afluencia masiva. Sin embargo, aunque cada vez más padres quieren educar a sus hijas, cobertura y calidad de la educación secundaria continúa siendo insuficiente.
- Desde el 2015 la legislación vigente establece que la edad legal para casarse son 18 años, sin excepción. Ha faltado voluntad política de hacer cumplir la ley y ha habido más énfasis en la aprobación de leyes que siguen las recomendaciones internacionales y poco compromiso en transferir recursos para desarrollar intervenciones.
- Los matrimonios entre adolescentes son ilegales, pero la unión libre no lo es y es una

forma común de iniciar una familia al margen de la legislación. La ley por sí misma es insuficiente. A pesar de que existen sanciones legales, pocas son contundentes y sostenidas para erradicar las uniones tempranas.

- Intervenciones

➤ Se ha reforzado la cultura de denuncia en torno a las violaciones. La ruta de la denuncia es cada vez más conocida y está siendo mejor utilizada. Esta conciencia ha visibilizado una mayor preocupación y movilización comunitaria para proteger a las jóvenes, en coordinación con las instituciones públicas pertinentes.

- Recomendaciones

➤ En general, hay pocas intervenciones y muchos de los esfuerzos se han concentrado en la abogacía. Han surgido programas piloto y con financiamiento externo, como las Oficinas Municipales de Protección a la Niñez y Adolescencia, proyecto que UNICEF implementó con varias ONG. Uno de sus logros ha sido la formación de redes comunitarias de protección que vigilan y denuncian el maltrato y la vulneración de los derechos de las niñas.

➤ Los programas deben orientarse a mejorar la situación general de las adolescentes. Se debe mejorar la calidad de la educación secundaria e implementar programas para mantener a las alumnas en la escuela a través de becas y bolsas de estudio. Aumentar la escolaridad y ofrecer educación sexual y apoyo al desarrollo económico de las jóvenes logra retrasar las uniones tempranas.

➤ En lugar de seguir enfoques punitivos, se debe abordar las normas sociales que puedan favorecer la autonomía de las jóvenes y apoyar nuevas oportunidades para ellas. Se podría promover nuevas normas sociales que amparen su educación secundaria, su participación en la vida comunitaria y desarrollar sus identidades y aspiraciones.

➤ Fortalecer a las instituciones de justicia, municipal y departamental, con personal capacitado y con recursos suficientes para atender la demanda de forma adecuada.

- Brechas de Información

➤ Se debe trabajar para reducir la tolerancia social a las uniones tempranas y difundir información sobre sus efectos nocivos, sensibilizando a las autoridades locales y socializando las rutas de denuncia para que trasladen los casos en sus comunidades al sistema judicial municipal que ya ha sido fortalecido.

➤ Una pregunta importante sería examinar si es necesario que una cierta proporción de adolescentes adquiriera un grado de escolaridad dado para lograr un cambio normativo que convierta la unión infantil en un hecho inaceptable.

➤ Al enmarcar el matrimonio infantil en términos de normas, la mayoría de los estudios se enfocan en actitudes y creencias, y poco en las estructuras de poder de género o los detalles de las sanciones sociales. A pesar de la vasta literatura sobre este tema, hace falta un análisis detallado de cómo la dinámica de poder se replica en la familia y en el matrimonio.

18. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

CATEGORÍA

HALLAZGOS PRINCIPALES

- Individual

➤ Los hombres controlan la vida de las mujeres, el uso de su tiempo y su vocación. El control se instala desde la relación de noviazgo, cuando se legitima el poder de los hombres

sobre las mujeres, permitiéndoles decidir sobre los tiempos, actividades y relaciones de las novias.

➤ Las actitudes de pasividad femenina y de violencia masculina, de hombres “enojados” y mujeres “comprensivas”, facilitan la normalización de la violencia. La socialización llega a ser tan determinante que pocas mujeres rompen con este patrón y muchas perseveran en la relación, independientemente de lo que para ello deban vivir.

➤ Las mujeres que han sufrido violencia de su pareja a menudo son repudiadas por sus familias o comunidades, creando una cultura de silencio. Estas mujeres están cada vez más aisladas, privando a sus familias de las fuentes necesarias de ingresos y fortaleza emocional.

➤ El consumo de alcohol es una suerte de “pase libre” para el comportamiento violento de los hombres, pues sus actos no tienen repercusiones cuando están borrachos, aunque ellos sepan bien contra quién dirigen su hostilidad.

➤ El poco conocimiento sobre los derechos de las mujeres aumenta la aceptación de la violencia por parte de la pareja. En algunas comunidades del Altiplano, por ejemplo, se ha encontrado que una de cada tres indígenas pensaba que es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo, aunque ella no lo quiera, y una de cada diez opinó que hay situaciones en las cuales el hombre tiene derecho a pegarle a la esposa.

➤ Muchas mujeres ni siquiera se molestan en denunciar los casos de violencia contra ellas, en parte, por temor a más violencia, a la discriminación que sufren en las instituciones públicas y al coste que supone, pero también a la presión social que les culpa de los problemas.

➤ Haber sido abusada de niña o haber presenciado la violencia del padre aumenta la probabilidad de sufrir violencia de género en el futuro. Presenciar el abuso normaliza la violencia como una reacción esperada al conflicto entre la pareja.

➤ Hay dos características de los hombres que predicen el riesgo de ser agresores de mujeres: la intoxicación frecuente y los comportamientos controladores, ambos correlacionados a la violencia emocional, sexual y física.

➤ Muchas mujeres dependen económicamente de sus parejas, situación que facilita el abuso. El control económico del hombre fortalece su posición de dominio y le permite retener recursos para controlar el comportamiento de su pareja.

➤ Con frecuencia los agresores son los mismos hombres de la familia, pero no siempre se reportan. Se denuncian con mayor frecuencia las agresiones que provienen de familiares o conocidos que aquellas de los padres o padrastros.

➤ Existe la idea de que el sexo es para el beneficio del hombre y que las mujeres son solo las “proveedoras” de este servicio. En este contexto, se invisibiliza el abuso sexual y la violación dentro del matrimonio. Muchas mujeres no reciben el apoyo de su familia ni de su comunidad porque se cree que ellas tienen la culpa de la violación. Si no hay apoyo de la familia, es posible que la mujer no encuentre otras opciones. Las mujeres que se unen sin haberse casado quedan en mayor desamparo.

➤ El efecto de la exclusión y la inequidad social en que vive buena parte de la población tienden a empeorar las violencias y muchas de estas agresiones son normalizadas por las propias mujeres. Esto permite a los hombres expresar la frustración por la situación económica mediante la violencia hacia sus parejas.

- Comunidad

➤ A nivel comunitario, la presencia y la respuesta a la violencia contra las mujeres está determinada por las normas sociales sobre género que pueden apoyar o desalentar la violencia. El apoyo de los alcaldes auxiliares y de los líderes religiosos varía, de total indiferencia a apoyar a la agredida a hacer una demanda.

➤ El derecho consuetudinario en muchas comunidades mayas reconoce el derecho de un hombre a golpear a su esposa e hijos. Al casarse, los ancianos aconsejaban al esposo que debía controlar a su mujer, incluso a la fuerza. A su vez, las mujeres ya habían aprendido que les debían obediencia a sus maridos y soportar palizas ocasionales. Si bien el derecho consuetudinario absolvía la violencia de género, la respuesta de los jueces a los casos de violencia doméstica amplió los parámetros en contra de las mujeres, al considerarlas como “escapes de la agresión masculina”.

➤ Gran parte del trabajo de las organizaciones de mujeres en Guatemala se ha centrado en exigir mayores derechos políticos y económicos para las mujeres, modificar las leyes sexistas, la creación de una legislación que reconozca la violencia contra las mujeres como un delito y mejore los mecanismos para investigarla y procesarla.

- Servicios

➤ Los proveedores de salud son a menudo los primeros funcionarios en ver los signos de violencia, pero muchos consideran que la violencia doméstica es un asunto privado, propio del sistema de justicia y no de los servicios de salud. El sector salud tiende a ver su papel en el tratamiento de las consecuencias de la agresión, en lugar de ser parte de una estrategia de prevención coordinada. Es más, muchos municipios no cuentan con personal médico legal que certifique el daño, por lo que las mujeres deben ir a otras ciudades, incurriendo en gastos económicos y de tiempo.

➤ Muchas mujeres, principalmente en comunidades mayas, no denuncian la agresión por desconfianza hacia los operadores de justicia, quienes suelen resolver la denuncia de acuerdo con su imaginario social. Como han señalado muchas activistas, la verdadera lucha radica en cambiar las actitudes de la sociedad y de las personas a cargo de hacer cumplir las leyes.

➤ Los servicios públicos tienden a ser escasos en las zonas rurales y raramente cuentan con suficiente personal bilingüe, por lo que el acceso a la justicia es aún más limitado para las mujeres que no hablan español.

➤ Hacer la denuncia en el MP y sostenerla tiende a ser complicado, dado el tiempo requerido para llevar un proceso judicial hasta su fin y el gasto económico que implica movilizarse hacia las cabeceras departamentales.

➤ En Guatemala no hay suficientes albergues para atender la demanda y no existen en el área rural. Tampoco hay suficientes abogados y sin sus servicios es difícil navegar por el sistema.

➤ La protección de las víctimas es deficiente y dejan a las mujeres y a sus familias expuestas a mayor violencia. La falta de apoyo integrado es un desincentivo para demandar justicia.

- Estructural

➤ En un país marcado por el racismo, clasismo y sexismo, ser mujer, pobre e indígena, implica una condición de vulnerabilidad que las expone a las violencias en diversos contextos. Además, aunque las normas sociales en todo el país desalientan a las mujeres a enfrentarse a sus agresores, la presión es aún mayor en las comunidades indígenas, donde existe una fuerte presión para no denunciar la violencia y permanecer con los agresores.

➤ Una de las características de la transición entre la guerra civil al período de posguerra ha sido la ubicuidad del feminicidio. La violencia contra las mujeres se ha convertido en

una característica constitutiva del tejido social porque el sexismo, la denigración pública y el abuso físico de las mujeres han sido repetidamente absueltos.

- Intervenciones

➤ Las pandillas o maras se han propagado y las políticas del gobierno para reprimirlas han sido poco efectivas. Operando con impunidad, entre las maras la violación está muy extendida y a menudo se emplea para disciplinar a las jóvenes y a sus familias por no cumplir con las demandas de la pandilla. Algunas mujeres han optado por huir, pero el viaje está plagado de violencia. Las mujeres migrantes sufren tasas muy altas de violencia sexual y victimización por parte de contrabandistas (coyotes), pandillas, cárteles y policías.

➤ A pesar de que Guatemala cuenta con una legislación para combatir la violencia contra las mujeres, su aplicación es muy limitada por falta de voluntad política, sin olvidar la corrupción considerable que existe en el sistema de justicia.

➤ La Defensoría de la Mujer Indígena (DEMI) tiene cobertura a nivel nacional. Su funcionamiento ha sido subsidiado desde sus inicios por la cooperación internacional, lo que señala el poco compromiso estatal con las mujeres indígenas.

➤ La ONG Generando ha contribuido a reducir la violencia de género mediante la prestación de servicios directos, apoyo a jóvenes líderes y capacitación a empleados del sector público.

➤ Empoderar a las jóvenes mayas para cambiar las normas restrictivas de su comunidad tiene impactos poderosos. Para las mujeres jóvenes de la Organización Sololá por los Derechos de las Mujeres Jóvenes Indígenas estos impactos incluyen el compromiso de permanecer en la escuela, cambiar las normas de género dentro de sus propias familias a través del diálogo y convertirse en modelos a seguir para otras jóvenes.

- Recomendaciones

➤ Las conductas de los agresores son los principales predictores de la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico, más que las características de las víctimas, por lo que la prevención debe dirigirse a los comportamientos de alto riesgo de los hombres.

➤ Sensibilizar y capacitar a todo el personal de salud para que puedan identificar y referir a las víctimas de violencia a los servicios apropiados.

➤ Hacer intervenciones en los espacios donde se reproducen las normas de género, como las escuelas y los medios de comunicación, para alcanzar verdaderos cambios y lograr una tolerancia cero hacia la violencia contra las mujeres. Se debe ofrecer educación sensible al género y basada en los derechos y otorgar al Ministerio de Educación los fondos necesarios.

➤ La legislación sobre la violencia de género solo puede ser útil para las víctimas si se eliminan las barreras que impiden que ellas denuncien, si se aplican las leyes adecuadamente y si se cambian las actitudes sexistas de los funcionarios de justicia.

➤ Los esfuerzos por cambiar las actitudes a nivel individual han tenido pocos resultados. Es necesario el trabajo a nivel comunitario para lograr un cambio más amplio y sostenido.

➤ A menudo los programas se centran en la sensibilización y los grupos se quedan atrapados en un ciclo repetitivo de actividades. Las acciones deben diseñarse deliberadamente para apoyar cambios en las normas y conductas que perpetúan la violencia contra las mujeres.

➤ La evidencia muestra que el trabajo con mujeres y hombres (en grupos desagregados por género o mixtos) tiene más probabilidades de promover normas no violentas en torno a la masculinidad y normas menos pasivas en torno a la feminidad que el trabajo que involucra a un solo género por separado. La lección principal es que la transformación interpersonal

- Brechas de Información

ocurre cuando otros cercanos al individuo entienden y apoyan el cambio.

- Dada la estrecha relación entre violencia y pobreza, es fundamental que se aborde la disparidad económica. Abordar la violencia familiar sin abordar la pobreza no será tan efectivo para las mujeres que enfrentan ambos agravantes.
- Para entender mejor los significados de la violencia sexual se necesita una investigación cualitativa que examine las narrativas de las mujeres sobre su sexualidad, en especial en lo referente a su percepción sobre el sexo no deseado y el sexo forzado.
- Se necesitan datos más específicos sobre la violencia de género, lo cual ayudaría a crear conciencia, movilizar programas y políticas basados en la evidencia y monitorear el progreso hacia los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) sobre este tema.

REFERENCIAS

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), & ICF International. (2017). *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015. Informe final*. https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf
- Perry, H. B., Valdez, M., Stollak, I., & Llanque, R. (2016). *Focused Strategic Assessment: USAID Child Survival and Health Grants Program: "Community-based, impact-oriented child survival in Huehuetenango, Guatemala."*
- Ugarte, L. L., Salazar, A., Quintana, E., Herrera, M., & Raul, M. (2018). *USAID/Guatemala Gender Analysis Report. Prepared by Banyan Global.*
- UNICEF. (2019). *The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world.*
- USAID/Monitoring and Evaluation Program, & DevTech Systems Inc. (2016). *Potential associations of poverty on health, nutrition, and water quality indicators. Case Study of EMEPAO 2015.*

