

BÚSQUEDA DE ATENCIÓN



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

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



VOLUMEN 3: BÚSQUEDA DE ATENCIÓN



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.....	5
CUADRO 10: Búsqueda de atención para los niños.....	6
CUADRO 11: Búsqueda de atención para salud materna.....	17

Figuroa, 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.



INTRODUCCIÓN

Este volumen contiene los resultados de la revisión de la literatura sobre los dos comportamientos vinculados a la búsqueda de atención:

10. Búsqueda de atención para niños
11. Búsqueda de atención para salud materna

La numeración de los cuadros en este volumen sigue la numeración original que aparece en el Resumen General. Los resultados se han organizado en forma de cuadros que contienen para cada determinante del modelo socio ecológico (MSE), el detalle de la información identificada. Cada cuadro representa un comportamiento específico y la información se organiza en dos columnas: la primera presenta los factores determinantes para cada nivel del modelo socio ecológico 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**. Algunos de estos extractos pueden referirse a más de un determinante y se asignaron al determinante considerado más pertinente. 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. En algunos casos se incluyen citas notables y referencias a cuadros que ofrecen más detalle. Las filas en blanco significan que no hay información disponible para ese determinante. Una explicación del MSE, sus niveles y determinantes a cada nivel se puede encontrar en el Resumen General de la revisión de la literatura.

El nivel de detalle que se presenta en cada cuadro 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.



CUADRO 10: BÚSQUEDA DE ATENCIÓN PARA NIÑOS

INDIVIDUAL: COGNITIVO

-Conocimientos

➤ El reconocimiento e interpretación de síntomas muchas veces señala la acción a seguir. En San Marcos se encontró que el conocimiento de los síntomas de alerta de IRA [respiración rápida y tiraje intercostal] era un detonante importante en la búsqueda de atención. Tener un plan de emergencia también está relacionado con la búsqueda oportuna. (Bruce et al., 2014)

-Actitudes, creencias

➤ Muchas madres explican los síntomas por cambios en la conducta de los niños [estar irritable, estar decaído] más que por síntomas físicos (Braxton & Larson, 2018; Brown et al., 2016)

➤ La percepción de gravedad y la etiología también son factores explicativos de importancia. Un ataque de lombriz leve o moderado, por ejemplo, posiblemente no sea llevado a los servicios de salud, pero si se considera de mayor gravedad tal vez sí se busque atención (Kragel et al., 2018; Saenz de Tejada, 2009).

➤ Entre lactantes pequeños, un factor etiológico importante es la propia leche materna, pues se cree que el comportamiento materno puede incidir en su calidad. Si la leche “se enfría”, para evitar que el niño enferme, la madre toma algún remedio casero que devuelva la leche materna a su estado óptimo (Hernández Monzón, 2018).

➤ Hay una serie de síndromes culturales que raramente son atendidos en los servicios, tales como el mal de ojo, lombrices y estar chipe. En Alta Verapaz hay enfermedades asociadas al rompimiento de ciertas normas sociales [awas] y el tratamiento se busca fuera de las clínicas de salud. Por ejemplo, el puub’ihix afecta a neonatos y se cree que se desarrolla por una vida nocturna desordenada o alejada de las normas comunitarias. Según las comadronas, los síntomas incluyen la pérdida de apetito, llanto intenso y signos de cianosis. El puub’ihix puede ser prevenido por las comadronas y los curanderos, pero una vez que nacen los niños ya no se puede curar. En otras partes del país también se ha encontrado enfermedades asociadas a transgresiones sociales (Kragel et al., 2018; Paniagua Solorzano, 2016).

➤ El manejo de las enfermedades y la búsqueda de atención están muy relacionados a cómo se percibe culturalmente la enfermedad, qué la causa y cómo afecta al organismo. La forma de plantear la pregunta es importante, pues el manejo que se ofrece a casos hipotéticos [¿qué hace Ud. cuando su hijo tiene X] puede ser muy diferente a lo que hacen en casos reales. El tratamiento tradicional usualmente sigue la lógica humoral: la diarrea causada por “calor” se trata con infusiones “frescas”, como el agua de cebada o la Coca-Cola. La diarrea causada por “frío” se trata con remedios calientes, tales como la manzanilla, masajes en el abdomen o frotaciones con alcohol (Saenz de Tejada, 2009).

➤ Hay pocos estudios recientes sobre la percepción de las enfermedades más comunes de la infancia [diarreas e IRA]. La epidemiología cultural de éstas posiblemente no haya cambiado mucho en los últimos 20 años, pero sí las opciones de tratamiento y de búsqueda de atención (Saenz de Tejada, 2009).



HOGAR

- Madre, cuidadora

➤ En el análisis multivariado en San Marcos no hubo asociación significativa entre las características del hogar, del niño o de la madre y la búsqueda de atención inmediata, pero la distancia a la clínica fue significancativa (Bruce et al., 2014).

-Padre, pareja

➤ Los roles asignados a los varones en las comunidades q'eqchi' asumen al esposo como proveedor y protector de la familia. Llevar una ávida vida nocturna se aleja o quebranta la función establecida socialmente y la consecuencia es el puub'ihix (Paniagua Solorzano, 2016).

-Suegra, abuelas

-Comunicación familiar

-Toma de decisiones

-Distribución de tareas

-Normas sociales

-Violencia

-Apoyo y recursos

➤ En San Marcos, haber identificado quien podría quedarse a cargo de los hijos y la familia en caso de una emergencia (tema incluido en el plan de emergencia) estaba asociado a la búsqueda de atención (Bruce et al., 2014).

➤ Cuando se dice que “la mamá es joven y no hizo caso”, se señala que debe existir un aprendizaje por parte de las primerizas a través del conocimiento de otras mujeres de mayor edad o directamente de las comadronas (Paniagua Solorzano, 2016).

-Estimación de costos

Servicios de WASH

COMUNIDAD

-Líderes

-Participación comunitaria

-Organizaciones

➤ En las tiendas de la muestra, de 295, el 67% vendía antibióticos, con un porcentaje más alto en la Ciudad de Guatemala (82%) y Coatepeque (81%) (Moreno et al., 2020).

-Capital social

-Acceso a recursos

-Normas sociales

➤ Marra y Espinosa (2020) encontraron que, en 103 estudios sobre cobertura en salud, las barreras más mencionadas fueron las relacionadas a la aceptabilidad de los servicios de salud (56%), incluyendo el poco poder de decisión de las mujeres y la cultura machista.

➤ En Alta Verapaz, las muertes y enfermedades culturales se atribuyen a la inexperiencia de las mujeres en el cuidado de los hijos. Aunque la familia desempeña un papel importante dentro de la búsqueda de atención, en muchos casos los varones retrasan la atención pertinente. Al mismo tiempo, la responsabilidad se carga a las madres por desconocer los procedimientos de cuidado (Paniagua Solorzano, 2016).

-Violencia

-Eficacia colectiva

SERVICIOS

-Proveedores

➤ Las madres no siempre reciben la atención que solicitan. Muchas madres en Chiquimula mencionaron que como en el centro de salud no les daban vermicidas. Dijo una: *“a mi hijo le salían las lombrices por la nariz, pero en el centro de salud me dijeron que era muy pequeño para darle medicina. Así que fui a la farmacia, compré la medicina y como diez lombrices le salieron, bien muertas”* (Gillespie, 2018).

➤ Los promotores de salud son bilingües y tienen un papel clave, no solo en concientizar sino también para hacer una evaluación inicial de los niños enfermos y en ayudar a las familias a superar barreras para una consulta oportuna (Bruce et al., 2014).

➤ En Rabinal, las comadronas también se dedican a curar a niños, en especial a los menores de cinco años. Las comadronas atienden diversos padecimientos como asientos, lombrices, diarrea, alboroto de lombrices, niños ojeados, niños con tos. Una explicaba su rutina: *“yo he curado cientos de niños, allí están apuntados en un libro. Porque hay días en que me llegaban hasta 10 niños a la casa, de muerte, de asientos, de vómitos, de calentura, y yo los curaba con montes, con esos jarabes que hago y al otro día ya me los traían curados. Cuando vienen ni me conocen los niños y cuando regresan ya vienen mirándome con miedo porque va a hacer los mismos remedios, aliviados llegan.”* (Mosquera Saravia, 2002).

-Suministros

➤ El desabastecimiento de equipo, suministros y medicamentos es notorio y muchos pacientes deben comprar lo que se les receta. Esta situación causa una importante barrera para una atención efectiva y un disuasivo para la búsqueda de atención (Bruce et al., 2014; Gillespie, 2018; Marra & Espinosa, 2020).

➤ La mayoría de los centros de convergencia en el Altiplano cuentan con camilla (82%) y balanzas para adultos (96%) y niños (100%), aunque los tallímetros son bastante más escasos. Les falta equipo básico: solo el 31% tienen estetoscopio y 36% termómetro.

Hay también desabastecimiento en medicamentos (contaban con menos de seis de los diez medicamentos esenciales). Todos los centros de convergencia tenían SRO y antihelmínticos y casi todos tenía antibióticos y aspirinas (Olney et al., 2012; Richter et al., 2011).

➤ En los proyectos de CRS en Tonicapán y San Marcos el interés para profundizar el conocimiento de plantas medicinales se desprendía, en parte, a los desabastecimientos frecuentes en las unidades de salud (de la Torre et al., 2018).

➤ En Alta Verapaz las madres explicaron que utilizaron principalmente los CC para la atención preventiva y curativa porque es el proveedor de salud más cercano y casi siempre su única opción. Muchos preferirían llevar a sus hijos al centro de salud más cercano (en Cahabón o Senahú), donde pueden acceder a médicos y medicamentos. Como dijo un padre: *“A veces vamos al centro de convergencia cuando el médico está allí, pero cuando no está, vamos al pueblo. Sería bueno que también hubiera suficientes medicinas aquí, para que no tuviéramos que ir al pueblo, eso es lo que esperamos y eso es lo que queremos”*. El costo, sin embargo, es otra barrera crítica para acceder a estos otros servicios de salud (Olney et al., 2012).

-Acceso

➤ En el área ch’orti los servicios biomédicos se concentran en Jocotán, ubicado a varias horas de distancia de la mayoría de las aldeas. La población hace uso de remedios caseros, consulta con el promotor de salud local, con el curandero, la comadrona o se espera a que llegue el equipo de extensión de cobertura. También van al dispensario Betania (De Broe, 2005).

➤ En San Marcos el primer tratamiento se da en casa y la primera fuente de consulta es la farmacia y las tiendas, independiente de la enfermedad. En el 90% de los casos de neumonía y diarrea graves (n=63) la primera consulta fue en la farmacia. La distancia a los servicios es un factor predictivo independiente para la búsqueda de atención (Bruce et al., 2014).

➤ Otro factor que limita el acceso es la percepción de calidad del servicio, la cual incluye tiempos de espera y ser atendida en los idiomas locales (Gillespie, 2018; Marra & Espinosa, 2020; Silverberg, 2014) .

➤ En las aldeas en Alta Verapaz resulta más accesible y barato consultar con los terapeutas comunitarios que ir a los servicios de salud. Además, las personas no acuden a los servicios estatales cuando se presentan padecimientos vinculados con la cultura (Paniagua, 2016)

➤ En San Miguel Acatán la ausencia de un médico en las clínicas del MSAPS es un obstáculo enorme para mejorar las condiciones de salud. Hay que pagar para ser atendido por un doctor que trabaja en una de las dos clínicas privadas, donde se hace evidente la falta de rectitud por parte del personal que se ha rehusado a entregar informes clínicos y resultados de exámenes a pacientes, a no ser a cambio de un pago extra (Maero & de León Alvarado, 2013)

➤ Las Casas Maternas de Huehuetenango han también reducido la mortalidad neonatal por asfixia, dada su respuesta rápida a las complicaciones perinatales y referencias oportunas, cuando fuera necesario (Perry et al., 2016)

-Comunicación interpersonal

➤ Una madre en Chiquimula dijo. *“yo solo voy a puesto de salud para que pesen y por vacunas, porque las necesitamos, pero no vemos a la enfermera. No me gusta que me digan ‘su hijo se va a morir y es su culpa’*. ¡Nosotros no tenemos hijos para ponerlos en cajas! (Gillespie, 2018)

➤ Todo el personal de primer nivel dice haber dado consejería con las madres sobre crecimiento, nutrición, lactancia materna, calostro, inmunizaciones higiene y prevención

de enfermedades y llevar a los niños cuando enferman. Algunas también han dado consejería sobre el uso de suplementos de micronutrientes, higiene en el hogar y en la preparación de alimentos (Olney et al., 2012).

-Destrezas técnicas

➤ En general, las ONG dan poca capacitación a los facilitadores comunitarios y a las comadronas, a pesar de ser ellos quienes más contacto tienen con la población. Pero todo el personal podría beneficiarse de capacitación adicional (Olney et al., 2012).

➤ Los proveedores de salud más calificados conocían los signos de peligro en niños menores de dos años y pudieron identificar al menos dos. Pero entre los promotores y comadronas, ninguno pudo hacerlo (Olney et al., 2012).

➤ Los equipos de salud del PEC dijeron haber recibido alguna capacitación sobre alimentación complementaria; algunos también la recibieron sobre prevención de enfermedades y lactancia materna, alimentación durante el embarazo, detección y tratamiento de desnutrición, alimentación durante la enfermedad y PF (Olney et al., 2012).

➤ La mayoría del personal de salud recomienda llevar a los niños al CC en el primer mes, para recibir la BCG (Olney et al., 2012).

-Calidad

➤ La neumonía continúa siendo la principal causa de mortalidad en la niñez, aunado a la persistente renuencia de las familias a llevar a los niños a los servicios de salud para recibir tratamiento oportuno debido a la distancia, el costo y/o el temor a la falta de respeto o la mala calidad técnica del tratamiento (Perry et al., 2016).

-Productos, tecnologías

ESTRUCTURAL

-Pobreza

➤ La pobreza de la población para desplazarse constituye una barrera fundamental al acceso a los servicios.

Cuando mi hijo se enfermó lo llevé a Chiquimula y el doctor lo analizó y me dijo que con la medicina se iba a curar. Me dio la receta para que comprara yo las medicinas. Salí del hospital, crucé la calle y tomé el primer camión que me trajera. Me regresé porque no tenía el dinero para comprar las medicinas. Y así es como es. Si uno no tiene el dinero, no hay modo. Mi hijo murió a los dos días (Gillespie, 2018)

-Transporte

➤ En el primer nivel de atención no hay ambulancias y los pacientes tienen que movilizarse por sus propios medios. La situación en el segundo nivel no es mucho mejor, ya que no siempre hay una ambulancia disponible. Incluso cuando hay transporte disponible, viajar a un hospital puede tomar horas. Estas limitaciones conducen no solo a demoras potencialmente letales, sino que también representan gastos adicionales para los pacientes (Colom & Colom, 2018)

-Empleo

-Geografía

➤ El paisaje es lindo, pero el terreno accidentado y lo inaccesible del área del Proyecto dificultó lograr altos niveles de cobertura. Esto también dificulta el transporte de personas a los servicios de salud, especialmente en caso de emergencias, dado que las carreteras

<p>-Educación, edad</p>	<p>están sin pavimentar y son difíciles de transitar. El terreno accidentado también desafió el trabajo de las Educadoras, que a menudo no tenían el tiempo suficiente para trabajar en las comunidades asignadas debido al tiempo de viaje necesario para llegar a ellas (Perry et al., 2016)</p>
<p>-Etnicidad</p>	<p>➤ Probablemente haya una diferencia entre indígenas y ladinos en el uso eficiente de los recursos del hogar [preferencias de alimentos y otros bienes de consumo, creencias sobre la salud, acceso a la información] para la producción de salud infantil (Nakagami, 2015)</p>
<p>-Normas sociales</p>	
<p>-Medios masivos</p>	
<p>-Infraestructura de WASH</p>	
<p>-Migración</p>	
<p>-Seguridad</p>	
<p>-Agricultura</p>	
<p>-Seguridad alimentaria</p>	
<p>-Sistemas de salud</p>	<p>➤ La mortalidad infantil es muy alta en Chiquimula. Metz (2001), utilizando datos del SIAS, estima la tasa de mortalidad en la niñez de 153/1000 nacidos vivos (De Broe, 2005)</p> <p>➤ Se tolera la venta libre de antibióticos fuera de las farmacias. En una encuesta realizada en tiendas se encontró venta de antibióticos al menudeo, en comprimidos individuales, las cuales se vendieron sin ninguna información asociada, como la fecha de vencimiento, el número de lote o el fabricante (Moreno et al., 2020)</p> <p>➤ El sistema de salud ha obstaculizado el proyecto de supervivencia infantil (conocido por sus siglas en inglés, CSP) debido a su naturaleza segmentada y centralizada, dando poca autonomía a nivel de distrito local, con quien el proyecto tenía que coordinarse diariamente. Lamentablemente, las autoridades del gobierno central no tenido interés en el bienestar general de las poblaciones rurales e indígenas. Los desafíos actuales de asociarse con MSPAS se exacerbaron aún más, dada la situación caótica del sistema político caótico marcado por escándalos de corrupción que incluyeron a funcionarios de alto nivel de MSPAS y tocaron el sistema de salud local. En los distritos, los servicios de salud pública en el área del proyecto se vieron obligadas a cerrar por períodos en los que el personal no había sido pagado durante meses. El desabastecimiento de vacunas del PEC se hizo más frecuente y duró más tiempo. La manifestación local más grave ocurrió cuando MSPAS cerró abruptamente el programa PEC en todo el país a finales de 2014. La pérdida de esta parte crítica de nuestro sistema integrado de salud rural cortó los servicios de salud preventivos y de tratamiento en las comunidades a través de la pérdida de las enfermeras ambulatorias que proporcionaban estos servicios (Perry et al., 2016)</p>

INTERVENCIONES

-Enfoque

➤ El objetivo principal del programa fue mejorar la salud y el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes, y de los niños menores de 2 años mediante tres componentes básicos: la distribución de raciones de alimentos; comunicación para el cambio de comportamiento (BCC, por sus siglas en inglés) centrada en la salud, la higiene y la nutrición; y el fortalecimiento y la promoción del uso de los servicios de atención de la salud. Además, una de las metas de PROCOMIDA en Alta Verapaz fue mejorar el uso de los servicios de salud, así como mejorar la entrega de estos servicios (Heckert et al., 2018; Richter et al., 2011)

➤ PROCOMIDA brindó capacitación al personal del MSPAS asignados a los servicios de salud atendidos por el programa. Además, para garantizar el uso de estos servicios, PROCOMIDA exigió a todos los beneficiarios que asistieran a las visitas prenatales y llevaran a sus hijos menores de 24 meses a control de crecimiento. También promocionó otros servicios, tales como inmunizaciones, suplementos de micronutrientes, desparasitación, etc. También educó a la población beneficiaria sobre el uso de los servicios de salud para la atención curativa, los signos de peligro durante el embarazo y las enfermedades infantiles que requieren atención médica inmediata, y cómo cuidar a los niños enfermos y desnutridos (Heckert et al., 2018)

-Resultados

➤ El proyecto de supervivencia infantil en el Altiplano produjo mejoras significativas desde la línea de base hasta el final en la cobertura de la población de la gran mayoría de los indicadores, particularmente en los de atención materna/neonatal. Los resultados fueron superiores en el Área de Fase 1 para alrededor de la mitad de los indicadores de resultados, incluidos casi todos los indicadores de atención materna y neonatal. Sin embargo, los indicadores de cobertura de los servicios del PEC (por ejemplo, inmunizaciones y suplementos de vitamina A para niños) no mostraron mejoras en ninguna de las áreas de fase debido a la terminación de estos servicios del PEC por parte del gobierno (Perry et al., 2016)

➤ Hubo un incremento dramático en la búsqueda de atención oportuna de los niños con síntomas de neumonía. Se observaron mejoras significativas en el manejo de la diarrea a nivel del hogar: aumentó el porcentaje de madres dando SRO u otros líquidos. También aumentó el uso del zinc durante episodios de diarrea, pero no se aumentó el volumen de alimentos ingerido por los niños durante la enfermedad (Perry et al., 2016)

➤ La gran mayoría de las muertes de menores de 5 años ocurrieron en el hogar (85%, n=268), el resto ocurrieron camino a los servicios de salud o dentro del servicio. En todos los casos, los Facilitadores Institucionales (quienes realizaron las autopsias verbales) asignaron una de las cuatro demoras relacionadas a la muerte del niño. La más común fue segunda demora (la familia reconoce el problema de salud, pero no busca la atención adecuada o la busca demasiado tarde) implicada en casi la mitad (43%) de estas muertes. Según las familias, las demoras en la búsqueda de atención se debieron a: (1) consultas con un curandero tradicional o uso de remedios caseros; (2) anticipan mala calidad o trato grosero en los servicios de salud; (3) falta de dinero para pagar el transporte; o (4) actitudes fatalistas hacia la muerte infantil. La segunda demora disminuyó sólo ligeramente, variando de 47% de las muertes al inicio del proyecto a 41% al final. De igual forma, hubo poca variación en el reconocimiento a los signos de peligro (primera demora) (Perry et al., 2016)

-Recomendaciones

➤ Hubo un descenso significativo de muertes neonatales. Las explicaciones más probables incluyen una o más de las siguientes (clasificadas de mayor a menor probabilidad). (1) Hubo una mejor diferenciación entre los mortinatos y las muertes poco después del nacimiento entre los niños nacidos vivos, ya que los facilitadores institucionales mejoraron sus habilidades para realizar las autopsias verbales, lo que permitió que una mayor proporción de muertes perinatales fueran clasificadas como muertes neonatales, mientras que antes se registraban como mortinatos. (2) Hubo una mejor captura de muertes durante el período perinatal a medida que las Comunicadoras perfeccionaron sus destrezas y desarrollaron más confianza con las familias, lo que facilitó la detección. (3) Se perdieron los servicios curativos y preventivos del Programa de Extensión de Cobertura (PEC) al cerrar el MSPAS este programa. (4) Hubo un aumento en el costo local del transporte combinado con un aumento de la pobreza debido a la pérdida de remesas de migrantes desde Estados Unidos. (5) Los efectos locales de la actual crisis sociopolítica guatemalteca, que condujo a un mayor deterioro de los servicios de salud del MSPAS en general. Las dos primeras explicaciones parecen mucho más probables que las tres últimas, y el efecto de las tres últimas explicaciones debería haberse observado también en la mortalidad de otros grupos de edad (Perry et al., 2016)

➤ 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 educación de niñas y caminos y la pobreza en que vive la población. Se recomienda un abordaje del sistema de salud que coordine acciones en los servicios de salud, con los promotores comunitarios, terapeutas tradicionales y expendedores de medicamentos, así como con el desarrollo comunitario, educación y transporte (Bruce et al., 2014)

➤ Es necesario expandir el conocimiento del plan familiar de emergencia y la búsqueda de atención oportuna, responsabilidad primordial del MSPAS pero que debe ser apoyada por líderes comunitarios y el sector educativo. Los promotores de salud, al ser bilingües y conocer su comunidad, pueden promover no solo estos planes sino también hacer una evaluación inicial de los niños enfermos y apoyar a las familias a superar las barreras para la búsqueda de atención en los servicios salud (Bruce et al., 2014)

DATOS, COMPORTAMIENTOS

➤ En los 481 casos de diarrea severa en San Marcos, el 7% no buscó ninguna atención y el 36% fue a la farmacia. En San Lorenzo, el 21% de los casos fue directamente a la unidad de servicios de salud, pero solo lo hizo el 7% en Comitancillo (Bruce et al., 2014)

➤ Las prácticas óptimas de alimentación infantil son particularmente cruciales cuando los niños están enfermos o convalecientes, ya que su estado nutricional puede deteriorarse rápidamente si no se llenan los requisitos de nutrientes adicionales asociados con la enfermedad y la convalecencia, desviando los nutrientes del crecimiento y el desarrollo hacia la respuesta inmune. En el sur de Asia la alimentación durante este periodo está lejos de ser óptima. La mayoría de los niños siguen siendo amamantados cuando están enfermos, pero pocos son amamantados con más frecuencia, como se recomienda. Además, es frecuente restringir la alimentación durante la enfermedad debido a la anorexia de los niños (percibida o real), la escasa conciencia de las madres sobre las necesidades de alimentación de los niños enfermos, las creencias y prácticas tradicionales, así como la consejería y apoyo subóptimos por parte de los trabajadores de salud (Aguayo & Menon, 2016)

- Los datos de la encuesta señalaron que casi todas las madres (91%) habían llevado a sus hijos a los servicios de salud preventivos, al menos una vez en los últimos tres meses. Además, el 72% de ellas los había llevado cuando enfermaron. La mayoría (95%) consultó en los CC (Olney et al., 2012)
- Se encontró una menor incidencia de diarrea en niños menores de cinco años que la reportada en las encuestas de salud (DHS), lo cual podría atribuirse a intervenciones de promoción de salud, servicios de agua, etc. En Guatemala, la ENMSI muestra una prevalencia de 19.2% y en la intervención fue de 5.9% (Edward et al., 2019)
- En el modelo de regresión multivariada se calculó una variable binaria de fuente de agua y saneamiento, seguro e inseguro, sin encontrar diferencias significativas en las probabilidades de enfermedad diarreica en niños. Otro estudio de Guatemala tampoco encontró hallazgos significativos de tratamiento de agua en el hogar e incidencia de diarrea, aunque sí señaló una reducción en la incidencia de diarrea de 20-22% cuando se tomaba agua embotellada; la incidencia de diarrea entre los niños sin acceso a agua entubada fue de 32,2%. En los sitios de intervención (90%) y control (57,7%) las familias tendían a tener agua entubada, lo cual pudo haber llevado a una reducción de la incidencia de diarrea. Las madres en Guatemala que debían caminar 30 o más minutos para recolectar agua, tenían el doble de probabilidades de episodios diarreicos (Edward et al., 2019)
- La ENSMI 2008 muestran una diferencia mínima por etnicidad, ubicación o nivel de pobreza en la búsqueda de atención en casos de diarrea. El tratamiento dado a estos niños consistió principalmente en “medicamentos modernos” (68% de los casos); las SRO fueron utilizadas apenas por un 7%, y “otros tratamientos folks” por el 12%. El uso de medicamentos fue más alto entre los no pobres y entre los ladinos (Saenz de Tejada, 2009)
- Según la ENCOVI 2006 las consultas con proveedores no biomédicos han disminuido: sólo el 0.7% de los casos consultó con ellos, con diferencias mínimas de clase, origen étnico o ubicación. El tratamiento de elección sigue siendo los fármacos (67% para las diarreas y 90% para las IRA), otra vez con diferencias mínimas entre grupos (Saenz de Tejada, 2009)

INVESTIGACIÓN

-Brechas



REFERENCIAS

- Aguayo, V. M., & Menon, P. (2016). Stop stunting: Improving child feeding, women’s nutrition and household sanitation in South Asia. *Maternal and Child Nutrition*, 12, 3–11. <https://doi.org/10.1111/mcn.12283>
- Braxton, M. E., & Larson, K. L. (2018). In sickness and health: Views on child health from a Mayan village. *Journal of Transcultural Nursing*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1177/1043659618794845>
- Brown, K., Henretty, N., Chary, A., Webb, M. F., Wehr, H., Moore, J., Baird, C., Díaz, A. K., & Rohloff, P. (2016). Mixed-methods study identifies key strategies for improving infant and young child feeding practices in a highly stunted rural indigenous

- population in Guatemala. *Maternal and Child Nutrition*, 12(2), 262–277. <https://doi.org/10.1111/mcn.12141>
- Bruce, N., Pope, D., Arana, B., Shiels, C., Romero, C., Klein, R., & Stanistreet, D. (2014). Determinants of care seeking for children with pneumonia and diarrhea in Guatemala: Implications for intervention strategies. *American Journal of Public Health*, 104(4), 647–657. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301658>
- Colom, A., & Colom, M. (2018). Poverty, local perceptions, and access to services: Understanding obstetric choices for rural and indigenous women in Guatemala in the twenty-first century. In D. A. Schwartz (Ed.), *Maternal death and pregnancy-related morbidity among indigenous women of Mexico and Central America: An anthropological, epidemiological, and biomedical approach* (pp. 617–633). Springer International. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-71538-4>
- De Broe, S. (2005). Diversity in the use of pregnancy-related care among ethnic groups in Guatemala. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 31(3), 199–205. <https://doi.org/10.1783/1471189054483889>
- de la Torre, C., Cederstrom, T., Olivet, A., Seremet, C., & Temsah, G. (2018). Final performance evaluation of the Food Security Program focused on the first 1, 000 days (SEGAMIL): Final report.
- Edward, A., Jung, Y., Chhorvann, C., Ghee, A. E., & Chege, J. (2019). Association of mother’s handwashing practices and pediatric diarrhea: Evidence from a multi-country study on community oriented interventions. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 60(2), E93–E102. <https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.2.1088>
- Gillespie, B. (2018). Sprinkles and spacing: Mothers’ reactions to nutrition programmes in Guatemala’s dry corridor. *Anthropology in Action*, 25(2), 24–35. <https://doi.org/10.3167/aia.2018.250204>
- Heckert, J., Leroy, J., Bliznashka, L., Olney, D., & Richter, S. (2018). Strengthening and evaluating the preventing malnutrition in children under 2 years of age approach: Guatemala follow-up report.
- Hernández Monzón, J. R. (2018). Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres de niños menores de 2 años. Universidad de Rafael Landívar.
- Kragel, E. A., Beyer, L. N., & Boyd, D. L. (2018). Barrier to healthcare access faced by indigenous women in the Guatemalan highland. *International Journal of Indigenous Health*, 13(1), 104–121. <https://doi.org/10.32799/ijih.v13i1.30303>
- Maero, G., & de León Alvarado, C. Y. (2013). Ser mujer en San Miguel Acatán Entre violencias y procesos de justicia. CEDFOG.
- Marra, K., & Espinosa, I. (2020). Bottlenecks and barriers to effective coverage of early childhood health and development interventions in Guatemala: A scoping review. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 44, 1–8. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.105>
- Moreno, P., Cerón, A., Sosa, K., Morales, M., Grajeda, L. M., Lopez, M. R., McCracken, J. P., Córdón-Rosales, C., Palmer, G. H., Call, D. R., & Ramay, B. M. (2020). Availability of over-the-counter antibiotics in Guatemalan corner stores. *PLoS ONE*, 15(9 September), 6–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239873>
- Mosquera Saravia, M. T. de J. (2002). La articulación de saberes populares y bio-médicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala. *Universitata Rovira i Virgili*.
- Nakagami, M. (2015). Differences in the linkages between socio-economic conditions and child health between ethnic groups in rural Guatemala (No. 15001; RCAPS Working Paper Series). http://www.apu.ac.jp/rcaps/uploads/fckeditor/publications/workingPapers/RCAPS_RPD-12002.pdf
- Olney, D., Arriola, M., Carranza, R., Leroy, J., Richter, S., Harris, J., Ruel, M., & Becher, E. (2012). Report of formative research conducted in Alta Verapaz, Guatemala, to help Inform the health-strengthening activities and the social and behavior change communication strategy that will be implemented through the Mercy Corps PM2A Program – PROCOMIDA.
- Paniagua Solorzano, W. O. (2016). Percepciones y prácticas en torno a los síndromes culturales que afectan a neonatos y lactantes del grupo etnolingüístico q’eqchi’. *Estudios Interétnicos*, 27(1), 7–24.
- 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.”
- Richter, S., Harris, J., Leroy, J., Olney, D., & Ruel, M. (2011). Strengthening and evaluating the “Preventing malnutrition in children under two years of age approach” (PM2A) in Guatemala: Cross-Sectional Baseline Report.
- Saenz de Tejada, S. (2009). Cuidados en el hogar: Manejo de las enfermedades comunes de la infancia.
- Silverberg, B. A. (2014). Family and provider perceptions of barriers to NGO-based pediatric surgical care in Guatemala. In *Masters Thesis*. Duke University.



CUADRO 11: BÚSQUEDA DE ATENCIÓN PARA SALUD MATERNA

INDIVIDUAL: COGNITIVO

-Conocimientos

- En Santa Apolonia, Chimaltenango, las participantes saben que el control prenatal es importante para conocer el estado del bebé, verificar si se va a presentar alguna complicación durante el parto y para evitar los abortos (Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), 2011)
- Con base al análisis de la ENSMI 2008 se determinó que la desventaja educativa de las mujeres indígenas puede también contribuir a su bajo nivel de utilización de los servicios de salud, dado su bajo conocimiento sobre los enfoques biomédicos de la reproducción y sus dificultades para comunicar sus preocupaciones de salud al personal médico (P. K. Ishida et al., 2013).
- En Sololá se encontró poco conocimiento sobre las ITS, lo cual el autor lo relaciona a la baja escolaridad, educación sexual inadecuada, estigma sobre las ITS y temor a una respuesta violenta de la pareja (Tasnim et al., 2020).
- Las mujeres en Chicamán tienen poco conocimiento sobre las señales de alarma durante el embarazo y puerperio y solo una quinta parte pudo decir cuándo se debía buscar atención. En un contexto donde las mujeres tienen poco poder de decisión, algunos problemas de salud no llegan a identificarse y por lo tanto tampoco a resolverse. Esto crea demoras de Fase 1 [demoras en la decisión de buscar atención] (Dürr, 2019).
- Hay tres estudios en diversas partes del país (Xelajú, Sololá y La Tinta) que han medido conocimiento de las señales de peligro, principalmente en mujeres embarazadas, pero también en la población general (en Xelajú). El conocimiento tiende a ser bajo y se conoce uno o dos signos de peligro, el más común es la hemorragia. La principal fuente de información son los servicios de salud. Las mujeres entre 20-30 años son quienes más la han recibido (81%) en Sololá y las mayores de 40, las que menos (20%). La falta de reconocimiento de signos de peligro no es la única causa de mortalidad materna, pero sí está asociada a una demora importante en la búsqueda de atención (Chavarría Culebro, 2018; Tiul Caal, 2014; Torres Armas, 2015)

-Actitudes, creencias

- En algunos lugares del Altiplano se piensa que las enfermedades se pueden dividir en tres: aquellas que pueden ser tratadas por el sector popular con remedios naturales; enfermedades más graves que requieren atención biomédica y enfermedades crónicas. Estas creencias tienen efecto variable en las decisiones de búsqueda de atención médica (Kragel et al., 2018; Sperling, 2006).
- En San Lucas Tolimán el concepto de salud contiene elementos físicos, emocionales, sociales y espirituales. La idea de bienestar incluye un sentimiento de equilibrio entre el individuo y su entorno (físico y social), así como la ausencia de conflictos. Para muchas personas estar sano es vivir sin estrés (Sperling, 2006).
- Las embarazadas han sido sensibilizadas de la importancia de la atención prenatal en los servicios de salud, en parte por la influencia de la migración urbana. Esto fue observado en una encuesta realizada en 1995, en la cual se constató su influjo en el cambio de actitud hacia este tipo de consultas (Lindstrom & Muñoz-Franco, 2006).

-Valores

➤ Los síndromes culturales tienden a ser atendidos por terapeutas tradicionales. En Alta Verapaz, el awas se centra en el riesgo de deformidades en los fetos como consecuencia de acciones de las madres y en los cuidados para las embarazadas para prevenir problemas de salud de los niños. En el Altiplano también se ha encontrado un sistema similar de valores hacia las transgresiones culturales, comúnmente traducido como “pecado”(IMSALUD, 2011; Paniagua Solorzano, 2016).

➤ Se considera que nervios es una enfermedad de mujeres adultas, más común entre la gente sensible y con pocas defensas. Nervios es una condición relacionada con estresores continuos mientras que susto parece estar más relacionado con un solo evento específico. Susto no se quita solo y se piensa que de no cuidarse “el individuo se puede volver diabético, la sangre se le puede convertir en agua y se puede morir”. Los servicios de salud no son efectivos para tratar susto, por lo que se busca a los curanderos (Keller, n.d.)

➤ Una de las dificultades que encontramos fue la fuerte cultura tradicional maya; a menudo fue un impedimento para el Proyecto. Gran parte de la población depende de las prácticas y proveedores tradicionales. Además, se dificulta promover el parto institucional y mejores prácticas de alimentación infantil dada la fuerte preferencia por el parto en casa y creencias arraigadas en la cosmovisión maya de que son “el pueblo del maíz” y que las tortillas de maíz por sí solas son suficiente alimento, incluso para los niños. Otra dificultad fue el monolingüismo, especialmente de las mujeres, así como el analfabetismo generalizado, incluso para aquellos que hablan español, lo cual dificulta poder transmitir información por escrito (Perry et al., 2016)

➤ En San Pedro Carchá, el 60% de las mujeres dijeron que la primera consulta prenatal la hicieron en los centro de convergencia [CC] de sus comunidades debido a que es gratuita y es un recurso comunitario que hay que aprovechar; el 37% prefiere la atención tradicional de la comadrona (y el resto va a con médicos privados (Yat Coy de Morales et al., 2012)

➤ En el Altiplano las mujeres prefieren dar a luz en su casa, especialmente las grandes multiparas. Se prefiere a las comadronas por su cercanía física, emocional y cultural. Además, se ha documentado que menos de la mitad entre aquellas que tuvieron complicaciones durante el embarazo obstétricas dieron a luz en un hospital: la preferencia sigue siendo atenderse con la comadrona. En Quiché, la quinta parte de mujeres consultadas que tuvieron parto hospitalario dijeron que no regresarían por ningún motivo al hospital y la tercera parte que lo haría solo por alguna complicación (Becker et al., 2006; Colom & Colom, 2018; Hautecoeur et al., 2007; Nichols & Farias, 2018; Peca & Sandberg, 2018; Saenz de Tejada et al., 2018)

➤ En Sololá las necesidades sentidas de las pacientes están reñidas con el protocolo hospitalario, perpetuando la falta de confianza en la calidad de la atención que reciben y la idea de “no ser atendida”. Además que los hospitales ignoran la prioridad que se le da al estar acompañada, muchas familias se sienten desamparadas por los gastos que deben incurrir en servicios de salud en teoría gratuitos (Berry, 2010).

-Percepción de riesgo

➤ Se conoce poco sobre la percepción de riesgo obstétrico. En Quetzaltenango y Nebaj muchas mujeres sabían que una cesárea anterior podría complicar un próximo parto en casa. En Huehuetenango, las usuarias de las Casas Maternas lo hacían por tener presentación transversa, cesárea previa y riesgo de parto prematuro (Chavarría Culebro, 2018; Ruiz et al., 2013).

➤ La decisión sobre búsqueda de atención es compleja y puede llevar a demoras en caso de emergencia obstétrica. Aunque las embarazadas creen que los hospitales tienen una

mayor capacidad resolutoria, saben de la baja calidad de la atención que les espera. Se prefiere tener el parto en casa y se va al hospital por necesidades obstétricas que no se pueden resolver en casa (Becker et al., 2006; Peca & Sandberg, 2018)

➤ En SP Carchá tienen el parto en casa porque quieren, creen que así debe ser y tienen temor de tenerlo en otra parte. La señora desconoce el riesgo y piensa que todo está bien, aunque no sea así. Hay poca costumbre para visitar el centro de salud y no tienen información sobre los servicios que prestan; además, no les gusta que las vean otras personas (Yat Coy de Morales et al., 2012)

➤ En Santa Apolonia algunas mujeres que nunca se realizan el control prenatal. Un grupo del área rural comentó que «es bueno asistir con las comadronas y al Centro de Salud, pero que casi no van porque son más fuertes y no necesitan ir» (IMSALUD, 2011).

-Percepción de gravedad

-Percepción de las normas

➤ Al llegar a la pubertad se reduce la libertad de las niñas y su estatus cambia con el matrimonio y la maternidad. Las normas de género continúan definiendo la interacción de las mujeres indígenas con personas fuera de su familia. Estas normas, relacionadas al sexo y reproducción, producen una sinergia tendiente a la estigmatización, complicando las decisiones cruciales de mujeres generalmente poco empoderadas (Colom & Colom, 2018; Dürr, 2019; Marra & Espinosa, 2020)

-Autoimagen

-Locus de control

➤ La impotencia de las pacientes para incidir de alguna manera en su tratamiento reduce aún más su confianza en la calidad de la atención del hospital, lo que en última instancia desincentiva buscar atención biomédica (Berry, 2010).

➤ En SP Carchá la autonomía de la mujer es casi nula: solo el 11% de las mujeres encuestadas deciden sobre su cuidado (Yat Coy de Morales et al., 2012).

INDIVIDUAL: EMOCIONAL

-Respuesta emocional

➤ Los hospitales despiertan una fuerte respuesta de miedo, desconfianza, temor al maltrato y la alta probabilidad de dar a luz por cesárea. Dadas las normas de género hacia la modestia y la falta de espacio en los hospitales, muchas señoras sienten una profundidad incomodidad al sentirse expuestas a las miradas de extraños (Berry, 2010; Colom & Colom, 2018; Dürr, 2019; Hautecoeur et al., 2007; P. K. Ishida et al., 2013; Nichols & Farias, 2018; Saenz de Tejada et al., 2018).

➤ En Sololá el miedo de no ser atendida se funde con el miedo de quedarse aislada y sola en el hospital. Para las familias, es el miedo a que la parturienta tenga alguna necesidad y que no haya nadie que la ayude (Berry, 2010).

➤ En Rabinal, la reminiscencia de la guerra es un obstáculo para el acceso a los servicios de salud. Las víctimas todavía tienen miedo, desconfían en las autoridades y prefieren no ir a los servicios de salud. Los pueblos indígenas sospechan particularmente de los programas estatales de planificación familiar, los cuales a veces se perciben como parte de la “conspiración” ladina para disminuir la población indígena (Hautecoeur et al., 2007; P. K. Ishida et al., 2013).

➤ El desconocimiento de las rutinas hospitalarias fue causa de frustración y descontento entre muchas pacientes. El rechazo hacia algunas de las rutinas se debe frecuentemente a

problemas de comunicación: no se les explica por qué son necesarias y muchas veces son impuestas de mal modo. Las rutinas que parecían incomodarla más fueron el uso de la bata hospitalaria, los tactos vaginales y la episiotomía (Saenz de Tejada et al., 2018).

➤ En Sololá las participantes se mostraron temerosas de que se supiera que ellas podrían tener una ITS. Les daba vergüenza, pero también miedo de violencia de parte de su pareja y de los rumores que podría generar. El estigma hacia las ITS es un poderoso disuasivo a la búsqueda de atención, el cual dificulta la comunicación entre la pareja y los proveedores de salud (Tasnim et al., 2020).

-Empatía

-Autoeficacia

➤ En Huehuetenango se comentó sobre la importancia de la autoestima como detonante a una mayor capacidad para expresar sus necesidades de atención médica (Schooley et al., 2009)

INDIVIDUAL: SOCIAL

-Apoyo social

➤ En hogares multigeneracionales, los padres y suegros influyen en las decisiones de la embarazada (especialmente entre las mujeres más jóvenes), según sus propias experiencias, sea sobre el parto, visitas a clínicas y uso de métodos de planificación familiar. Sus decisiones a menudo minimizan la necesidad de buscar atención médica por razones de costos, dificultad en el transporte o malas experiencias de familiares mayores. El tamaño de la red social de las mujeres también incide y con frecuencia las redes más grandes (>5 personas) están asociadas a partos en casa (Dürr, 2019; Morales et al., 2013; Schooley et al., 2009)

-Abogacía personal

➤ La participación en grupos que apoyan la autoestima y autonomía incide en una mayor búsqueda de atención. Hay una experiencia exitosa en Huehuetenango en la que se promovió el parto hospitalario a las embarazadas y a sus parejas, enseñándoles a ellas técnicas de negociación e insistir que “los patrones tradicionales” (machismo) tendían a poner en riesgo la salud de la mujer y de su hijo (Schooley et al., 2009)

HOGAR

- Madre, cuidadora

-Padre, pareja

➤ En un contexto de machismo tenaz, las decisiones del esposo pueden poner en peligro la salud de la embarazada. Varios estudios señalan casos en que el esposo se negó a permitir que la esposa diera a luz en el hospital o solo llegó a autorizarlo hasta que figuras de autoridad ejercieron mucha presión para que lo permitiera (Becker et al., 2006; Colom & Colom, 2018; Morales et al., 2013; Ruiz et al., 2013; Schooley et al., 2009)

-Suegra, abuelas

-Comunicación familiar

-Toma de decisiones

➤ Una auxiliar de enfermería en la Casa Materna en Huehuetenango explicaba:

Los hombres no dejan que las mujeres salgan de sus hogares. Tuve un caso en el que el marido no dejó salir a la mujer; la comadrona estaba allí, pero nadie fue capaz de convencer al marido. Cuando al fin llegaron al centro de salud más cercano ya fue solo para morir. El niño estaba en posición transversa.(Ruiz et al., 2013)

➤ En Quetzaltenango las comadronas relataban que ellas instaban a los padres a guardar fondos en caso de alguna emergencia, haciéndoles ver que ellos eran los responsables para cubrir los gastos del traslado. No obstante, los maridos raramente hacían caso (García & Kilanowski, 2020)

➤ En San Miguel Acatán el esposo es quien toma las decisiones en el hogar, incluyendo dónde acudir a la atención prenatal. En una complicación durante el parto, se observó que la suegra fue quien le sugirió al hijo la decisión sobre lo que se debía hacer: trasladar de la señora a un centro de salud o llamar al curandero. En otra ocasión, al ofrecerles atención una señora dijo: *“no, mi esposo se puede enojar conmigo, pues me puede regañar. Él dice que no les haga caso a ustedes. Solo deme medicina para dolor de cabeza y me voy”* (Maero & de León Alvarado, 2013)

➤ La madre y suegra de la embarazada ejercen una gran influencia sobre el lugar del parto y sus opiniones tienden a menospreciar la atención en los servicios de salud. Las embarazadas, sobre todo si son jóvenes, rurales y con poca escolaridad, tienen poco poder de decisión y sus familias deciden por ellas. Muchas veces las suegras deciden incluso qué comadrona va a atenderla (Becker et al., 2006; Chaudhry et al., 2018; IMSALUD, 2011; Morales et al., 2013; Nichols & Farias, 2018; Ruiz et al., 2013).

➤ La suegra se torna muy preocupada y, como tiene la nuera a su cargo, decide trasladarla al centro de salud. Nos solicita apoyo para llamar a los bomberos, quienes llegan en media hora y trasladan a la señora, acompañada de su suegra y esposo, al centro de salud del municipio. Las costumbres y tradiciones se interrumpen y se espera familia el regreso de la madre ya con bebé (Yat Coy de Morales et al., 2012)

➤ En Huehuetenango, la educación dirigida a la pareja resultó una técnica eficaz para lograr un cambio de comportamiento y actitud entre hombres y mujeres (Schooley et al., 2009)

➤ En el Altiplano las mujeres tienen poco poder de decisión. Aquellas que ejercen más poder de decisión tendían a tener un plan de emergencia (Becker et al., 2006)

➤ En la toma de decisiones sobre cómo responder a las emergencias durante el parto influye el costo del transporte y el valor que se le asigna a la mujer. El marido decide asumir el riesgo de que la mujer muera durante el parto, porque el elevado costo del transporte a un hospital pone a la familia en una posición difícil. Las demoras no se deben solo a las barreras físicas de acceso, sino también porque la decisión de buscar atención no siempre es de la embarazada. Hay que señalar la persistencia del machismo como un elemento perjudicial en la salud de las mujeres (Colom & Colom, 2018).

➤ En Huehuetenango muchas personas participan en las decisiones sobre el lugar del parto y por lo general la parturienta no toma la decisión final. En este proceso participa la comadrona, quien resultó ser una gran partidaria de la Casa Materna, motivando a que las mujeres tuvieran sus partos allí. El esposo usualmente desempeña un papel central. En algunos entornos, los maridos apoyan a su esposa en su decisión de utilizar la

Casa Materna, mientras que en otros el marido se opone dado el machismo imperante. En otros entornos, el marido desempeñó un papel más neutral y dejó que otra persona decidiera, a menudo su propia madre (Perry et al., 2016)

-Distribución de tareas

- Bajo la coordinación de la comadrona, en Chimaltenango la familia se prepara para cubrir las necesidades que surgen ante el parto: quién va a cuidar, quién va a cocinar y todo lo que se va a requerir en los cuidados postnatales (IMSALUD, 2011).
- Según las comadronas, las hemorragias durante el puerperio también se presentan por las duras tareas que realiza la mujer en el campo. *“Una mi paciente sintió que se le bajó la matriz y luego me fueron a llamar, porque ya se le vino la hemorragia otra vez. Entonces yo le calenté y le hice yo un puro tamalito con hojas de higo [...] y le eché las brasas con ceniza y la envolví en un trapo. Después le eché balsámico y entonces allí la fajé otra vez. A los 15 días la veo otra vez, porque tiene que reposar, sino la misma cosa le va a dar”* (Mosquera Saravia, 2002)

-Normas sociales

- Un parto exitoso fortalece los lazos de obligación entre la madre y su familia afín a través de su participación en el proceso del parto. Este proporciona una oportunidad para que cada miembro ocupe sus roles dentro de la unidad familiar, así como un momento en el que la embarazada puede mostrar su fuerza física y espiritual, así como deferencia a su suegra. Cuando surgen problemas durante el trabajo de parto, estos problemas no son vistos como instancias biomédicas de naturaleza patológica, sino más bien como evidencia de conflictos familiares. Por lo tanto, para la embarazada, su pareja y la familia de su pareja, hay mucho en juego en la capacidad de tener un parto exitoso en casa (Nichols & Farias, 2018).
- Otras formas de control sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres es la prohibición para planificar la familia, e incluso a consultar en los servicios médicos. Es por ello que aun cuando se ofrecen los servicios para el examen de Papanicolaou, por ejemplo, la respuesta es muy baja por parte de las mujeres, dado que tienen vedado el cuidado de sí mismas (Maero & de León, 2013)

-Violencia

-Apoyo y recursos

- Las mujeres nunca llegan solas al hospital y los acompañantes, familiares o amigos, estuvieron tan involucrados en la negociación de la atención del paciente como ella misma. La soledad es un estado casi insoportable para muchos mayas que están constantemente rodeados de amigos y familiares, particularmente durante el nacimiento. Dejar a una mujer sola en el parto o en el posparto, necesitada y sin apoyo social, es impensablemente cruel. Al mismo tiempo, muchas familias no confían en los doctores y las enfermeras para responder a las necesidades de las pacientes, sean estas de naturaleza médica u otra. Por lo tanto, las familias a menudo asignan a alguien para que acompañe a la paciente durante la duración de la visita (Berry, 2010).
- Entre las mujeres solteras en Huehuetenango, una de las motivaciones más importantes para planificar un parto institucional fue el no contar con una red de apoyo. Su situación se agudiza porque no buscan apoyo de su familia por el miedo de ser rechazadas (Morales et al., 2013).
- En Sacatepéquez, cuando hay un mortinato, la madre puede culpar a la dieta o a antojos insatisfechos, mientras que la familia tenderá a culpar a la madre por no controlar sus emociones y provocar el mortinato (Chaudhry et al., 2018).

-Estimación de costos

➤ Ir al hospital por lo general supone gastos que solo el esposo puede cubrir. Ellos calculan los costos, el tiempo que la esposa estaría fuera de casa y lejos de los demás hijos y el riesgo de llegar al hospital a tiempo. La escolaridad del esposo está relacionada al parto hospitalario, posiblemente porque los hombres más instruidos valoran la atención biomédica y pueden costearla (Colom & Colom, 2018).

➤ En un inicio el monto que se pagaba a la comadrona dependía de la voluntad de la familia; actualmente, en Santa Apolonia la comadrona cobra hasta Q400.00 por parto. Además, la familia entrega a la comadrona una canasta con víveres y le ofrece alimento (IMSALUD, 2011).

Servicios de WASH

COMUNIDAD

-Líderes

➤ En algunas comunidades el Cocode se organiza para poder trasladar al paciente que lo necesite hasta el hospital de Chimaltenango (IMSALUD, 2011).

-Participación comunitaria

-Organizaciones

➤ Los terapeutas tradicionales son los más utilizados en las comunidades rurales dada su ubicuidad y la creencia que algunas dolencias solo pueden ser curadas por ellos (Kragel et al., 2018).

➤ Tanto hombres como mujeres consideraron que las actividades de divulgación eran muy eficaces cuando las parejas dedicaban tiempo a asesorar y educar a otras parejas, muchas de ellas buscando servir como “agentes de cambio” (Schooley et al., 2009)

➤ El facilitador comunitario había recomendado que por cualquier complicación se buscara los servicios de salud. Dadas las complicaciones, ya no buscaron al curandero para la atención del parto y el esposo decide llevar a su esposa al centro de salud, tal y como se lo había recomendado el facilitador comunitario (Yat Coy de Morales et al., 2012)

-Capital social

➤ En algunas comunidades quienes fueron o son migrantes ejercen un papel de difusor de actitudes más afines al uso de servicios de salud. Son canales de comunicación y agentes de cambio confiables dentro de sus comunidades (Lindstrom & Muñoz-Franco, 2006)

➤ Las comunidades a menudo se dividen a lo largo de líneas religiosas o políticas, lo que impide el cultivo de la confianza y la solidaridad comunitaria en la que se basa el Proyecto. Muchas comunidades mostraron una profunda desconfianza hacia los forasteros, exacerbada durante la guerra civil, lo cual a menudo condujo a una resistencia preliminar y al rechazo de las actividades del Proyecto por parte de los líderes comunitarios y las familias. Se debe dedicar tiempo para generar una base de confianza, lo cual retrasa la implementación de las intervenciones, pero una vez que se establece confianza, se convierte en una fuerza poderosa para generar el impulso de implementación (Perry et al., 2016)

-Acceso a recursos

-Normas sociales

- Más allá de la falta de acceso geográfico y económico a las unidades de salud hay razones de larga data que ayudan a explicar por qué las jóvenes indígenas prefieren la cercanía cultural de las comadronas y los partos en el hogar. Además de desconfiar de médicos ladinos, quienes a menudo se perciben como insensibles e insultantes, sus esposos y familias pueden preferir que no acuda a ellos dados los valores prevaletentes de modestia (Figuerola et al., 2006)
- En una revisión de la literatura a nivel nacional se encontró que 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. De esta forma, tomar decisiones profundamente personales con respecto a la propia salud resulta más complicado en una sociedad donde las mujeres generalmente no están empoderadas (Marra & Espinosa, 2020)
- En Chicamán los roles de género están claramente definidos: los hombres son el “sostén de la familia” y las mujeres “crían a los hijos”. Hay una cultura machista y una distribución desigual de recursos y oportunidades. Estas dinámicas de género tienden a debilitar el poder de decisión de la mujer (Durr 2019)

-Violencia

-Eficacia colectiva

SERVICIOS

-Proveedores

- En el altiplano el sector popular parece ser el más utilizado. Esto podría deberse a la proximidad de los curanderos y comadronas o a la creencia de que muchas enfermedades solo pueden ser tratadas por este sector (Kragel et al., 2018).
- En opinión de las comadronas de Quiché, el personal de servicios no tiene paciencia con las parturientas, no les ponen la debida atención, subestiman su dolor y tienden a menospreciar a las señoras que vienen del área rural si no hablan español (Saenz de Tejada et al., 2018).
- En Chimaltenango las participantes opinaron que en el hospital deberían aprender de las comadronas acerca de cómo tratar a las pacientes: *“las visitas de la comadrona son constantes, brinda compañía a la mujer durante el parto, está disponible en cualquier horario, respeta la opinión de la mujer, solicita las medicinas que son necesarias y cumple con un horario”*. Ellas tienen un papel fundamental en convencer o disuadir sobre el uso de los servicios de salud. Muchas embarazadas que reciben atención prenatal, también van con una comadrona (Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), 2011; P. K. Ishida et al., 2013; Mosquera Saravia, 2002; Schooley et al., 2009)
- Las comadronas son muy respetadas y la atención que ofrecen se considera más delicada que la biomédica, pues no provoca dolor y no causa vergüenza. Se cree que ellas han recibido un don divino, lo que representa grandes disparidades entre las habilidades de cada comadrona. Si bien tienden a ser la referencia de la atención respetuosa, algunas señoras se quejaron de maltrato de parte de ellas, mostrándose impacientes, rehusando a dar explicaciones y que algunas a veces llegaban a sus casas después de haber ingerido bebidas alcohólicas (Chaudhry et al., 2018; Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD), 2011; Mosquera Saravia, 2002; Peca & Sandberg, 2018; Saenz de Tejada et al., 2018; Yat Coy de Morales et al., 2012)

-Suministros

- En Huehuetenango, la mayoría de los nacimientos (70%) ocurren sin el apoyo de la comadrona, sino más bien bajo su supervisión (Little et al., 2019)
- En los hospitales de Quiché, los proveedores y administradores entrevistados tienden a considerar que raramente se da un tratamiento irrespetuoso en sus hospitales. Dijeron que si ocurre es porque tienen exceso de trabajo, dado que el personal resulta insuficiente para la carga de pacientes. Otros mencionaban problemas con usuarias rurales que no conocían las rutinas hospitalarias y que tampoco hablaban el español. El personal se siente poco valorado y señalaron que trabajan en un sistema que da pocos incentivos (verbales, monetarios o simbólicos), ningún tipo de reconocimientos al personal y nulas posibilidades de crecimiento laboral, independiente del tipo de contrato (Saenz de Tejada et al., 2018)
- En los hospitales de Quiché se encontró que la tercera parte del personal consultado en las maternidades consideró que no hay que pedir permiso a las mujeres antes de hacer el examen vaginal y la cuarta parte dijo respondió que hay que controlar a las mujeres físicamente (Saenz de Tejada et al., 2018)
- Las comadronas siguen desempeñando un papel importante en la atención de la maternidad y apoyan el uso de la Casa Materna por cuatro razones: (i) no pierden ningún ingreso, (ii) continúan desempeñando un papel importante de apoyo a la madre y su familia y durante el parto, (iii) no corren el riesgo de ser culpadas por cualquier complicación que pueda surgir y (iv) están empezando a darse cuenta de que el parto en una Casa Materna es en el mejor interés de la madre y su hijo (Perry et al., 2016)
- En un caso, la señora se sentía mal y llamaron a un curandero, un hombre joven que al examinarla explicó que no eran dolores de parto. La familia aceptó la inyección que ofreció, sin poner en duda su proceder (Yat Coy de Morales et al., 2012)
- El desabastecimiento de medicamentos en los hospitales del MSPAS es tal que las familias deben adquirirlos. Estos pueden tener costos muy elevados (Berry, 2010).
- En Chimaltenango, las señoras consideran una ventaja que se les provea de vitaminas en el servicio (IMSALUD, 2011)
- Según el personal de las Casas Maternas (en Cuilco y en Huehuetenango), a las pacientes se les pide donaciones en efectivo o de alimentos para poder funcionar (Ruiz et al., 2013).
- Las comadronas también tienen problemas con los suministros. En Sololá se encontró que solo el 30% tenía el equipo completo. Pocas contaban con guantes (Juárez de León, 2018)

-Acceso

- Hay tres barreras principales para la búsqueda de atención en los servicios públicos: la geografía, el costo y la disponibilidad de tiempo. En las comunidades más remotas y sin servicios de salud hay menos consultas de atención prenatal (Kragel et al., 2018; Little et al., 2019; Tasnim et al., 2020).
- El MSPAS cubre alrededor de una quinta parte 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 baja utilización de los servicios de salud, especialmente por parte de las mujeres en las zonas rurales, pone de relieve la importancia de fortalecer el papel crítico de las comadronas hasta que se puedan establecer más soluciones institucionales. Para mejorar la salud materna es crucial abordar todos los factores que causan demora; las demoras de la Fase III [en la recepción de atención en los servicios de salud] son quizás los más importantes (Dürr, 2019).

- Ir al hospital de Chimaltenango desde Santa Apolonia supone altos gastos de transporte, así como la posibilidad de que el parto pueda ocurrir en el camino. Sin embargo, las mujeres aseguraron que en caso de emergencia lo ideal es ser atendidas en el CAP o en el hospital, dada su mayor capacidad resolutive (IMSALUD, 2011).
- En las áreas de cobertura del proyecto ha habido un incremento constante en el uso de las Casas Maternas. En varias comunidades, como Calhuitz y Santo Domingo, casi la mitad de los partos se dan en estas Casas. Es un resultado impresionante dado que en Huehuetenango solo el 21% de los nacimientos son institucionales (Perry et al., 2016)
- Desde el punto de vista de las madres en SP Carchá, las demoras se deben a lo siguiente: no tienen dinero, viven lejos, confían plenamente en la comadrona, en los hospitales no se brinda atención suficiente a la embarazada, tienen temor a salir de su comunidad, no les gusta ir al centro de salud, el esposo no deja que salga de la vivienda, actitud fatalista pensando que van a morir, no tienen acompañamiento, el marido y su familia la dejan morir a propósito porque ya tienen otra mujer, el esposo cree que no va a pasar nada, por miedo y vergüenza no va al centro de salud, prefieren la casa porque les dan agua y lo que necesita, y porque quienes atienden en el centro de salud no saben, porque son practicantes (Yat Coy de Morales et al., 2012)
- Según las comadronas consultadas, *“solo las ladinas van al hospital por su propia gana”*. Las demás lo hacen *“por pura necesidad”*, porque tienen alguna complicación obstétrica o porque son primigestas y se les insta a tener el primer parto en el hospital. No obstante, se encontró que en los tres municipios de Quiché muchas mujeres acostumbran tener sus partos en el hospital, con ligeras variaciones en cada municipio. En Nebaj no hay claras tendencias, aunque en la comunidad periurbana el parto hospitalario es lo usual. En Uspantán parecería haber una mayor tendencia hacia el parto institucional, en tanto que, en las dos comunidades en S Cruz, el parto hospitalario se ha convertido en la norma, en especial en la comunidad periurbana. En S Cruz pareciera haber una mayor conciencia sobre los riesgos que puede suponer atender una complicación obstétrica en casa, en tanto en Uspantán una razón citada para ir al hospital es la confianza que se le tiene a la tecnología médica que ofrece (Saenz de Tejada et al., 2018).
- Ignorar las diferencias lingüísticas y culturales dificulta 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 (Colom & Colom, 2018; Hernández Monzón, 2018; K. Ishida et al., 2012).
- En un hospital en Quiché se dijo que, dado que a algunas señoras no les gusta desvestirse, si ella así lo desea, se le permite usar el corte debajo de la bata, hasta el momento de la expulsión, aunque sí se les quita el huipil. Considera que si se les explica las razones de estas normas las señoras tienden a seguirlas (Saenz de Tejada et al., 2018).
- En Sololá no se les explica a las pacientes el régimen de alimentación: ellas sufren al ver que a algunas se les restringe la alimentación y a otras no. Encuentran inaceptable esta falta de información (Berry, 2010).
- Una barrera en la atención en las Casas Maternas en Huehuetenango es su modelo de atención biomédico, bajo el cual no se les ofrece a las pacientes seguir algunas de las prácticas inocuas que siguen en sus hogares, tales como tomar infusiones herbales o los masajes. En una de ellas no se les permitía conservar su ropa ni tener acompañantes. Además, no había personal que hablara los idiomas locales (Ruiz et al., 2013).
- Juárez (2018) encontró que las comadronas en Sololá tenían pocas destrezas en su comunicación con las pacientes: no las incentiva a hacer preguntas ni les indican el

proceso a seguir; quien hace las preguntas y obtiene las respuestas tiende a ser el esposo. Dos terceras partes dijo no dar apoyo emocional a las parturientas y la misma proporción dijo no dar recomendaciones sobre higiene, alimentación y cuidado de mamas durante el puerperio.

➤ En los tres hospitales en Quiché la atención irrespetuosa se centra en el abuso verbal, el cual pareciera basarse en la condición de género, según la cual las mujeres deben ser sumisas y acatar las indicaciones recibidas. Varias mujeres señalaron que, si quejaban de dolor o cansancio, lejos de recibir ánimos, los proveedores las acusaban de falta de cooperación y que ellas mismas ponían en riesgo la vida de sus hijos. La mayoría de entrevistadas consideró que para recibir un buen trato en el hospital era necesario seguir las instrucciones del personal y no quejarse, pues se piensa que las mujeres que se quejan son blanco de maltrato. También dicen que es necesario seguir normas de cortesía en su interacción con los proveedores y seguir las normas del hospital para evitar problemas con el personal. Otras recomiendan tomar una actitud sumisa, aceptando calladamente cualquier tipo de trato, a modo de evitar represalias. Evitar hacer preguntas o solicitar cualquier tipo de ayuda al personal es otra estrategia, pues se considera que cualquier interacción que parta de la paciente tiene altas probabilidades de terminar mal. Hay ciertas diferencias en las estrategias mencionadas por ubicación: las señoras rurales tienden a mencionar más el obedecer y ser sumisa, en tanto las periurbanas mencionan más hablar con amabilidad (Saenz de Tejada et al., 2018).

-Destrezas técnicas

➤ En el estudio sobre destrezas de comadronas en tres municipios de Sololá se encontró una serie de deficiencias en sus conocimientos técnicos, especialmente con relación a su interpretación del desprendimiento, riesgos del parto vaginal en cesárea anterior y la protección del periné (Juárez de León, 2018).

➤ La estrategia de brindar capacitación a las comadronas para realizar partos limpios y seguros mucho antes de que empezaran a funcionar las Casas Maternas las preparó para su integración una vez éstas entraron a operar. Se acostumbraron a trabajar con el personal de salud, se les ayudó a aceptar los beneficios que ofrecían, se les proporcionó las habilidades necesarias para trabajar con el equipo de salud y se les dio una mejor comprensión de los límites de sus habilidades (Perry et al., 2016)

➤ Las señoras consideran que el mal trato puede provenir de cualquier tipo de proveedor, aunque muchas señalaron al personal de enfermería como menos respetuoso. “Los practicantes” gozan de aún menos aprecio y muchas se quejaron de sus pocas destrezas en comunicación interpersonal y su torpeza al efectuar algunos exámenes (Saenz de Tejada et al., 2018).

-Calidad

➤ 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 pacientes, a fin de retenerlas, así como mejorar la utilización de los servicios entre las mujeres de mayor paridad. Además de las barreras del idioma, muchos proveedores tienen actitudes discriminatorias y las pacientes les tienen miedo y desconfianza, actitudes bien documentadas en la literatura y que exacerban las demoras (Colombara et al., 2016; Dürr, 2019; Festa & Shirazian, 2018; Marra & Espinosa, 2020; Peca & Sandberg, 2018).

➤ Desde la perspectiva de las mujeres, hay tres barreras principales para dar una atención respetuosa a todas las pacientes. La primera es la actitud de algunos proveedores: algunos abusan de su autoridad y las discriminan, principalmente por no hablar español, aunque algunas también dijeron que por ser indígenas. La segunda barrera es la falta de vocación de algunos proveedores, quienes no muestran ninguna empatía ante el dolor de las usuarias. La tercera barrera es un sistema hospitalario permisivo,

que tolera el abuso y que no es capaz de ofrecer una supervisión efectiva del personal. Algunas mujeres también consideraron que las condiciones de trabajo de los proveedores, con turnos largos, baja remuneración y escasez de recursos causa frustración y cansancio (Saenz de Tejada et al., 2018).

➤ En la región ixil muchas mujeres del área rural irían al hospital en caso de una emergencia obstétrica. La satisfacción con la atención recibida en el último parto refuerza la intención de regresar al mismo lugar; y como era de esperar, las mujeres que denunciaron experiencias de falta de respeto y abuso durante su último parto hospitalario tenían pocas intenciones de regresar. Ante tanto maltrato, muchas no lo recomiendan. Además, el parto en hospitalario se considera más caro que el parto en casa y para algunas mujeres el acceso físico al hospital es todo un desafío (Peca & Sandberg, 2018).

➤ En Huehuetenango, un componente clave del programa Curamericas que alentó el uso de las Casas Maternas fue visitar todos los hogares para promover prácticas saludables y la utilización adecuada de los servicios de salud. Quizás aún más importante, los procesos de participación comunitaria establecidos para la operación de las Casas Maternas (construcción y gestión de la unidad) han contribuido a hacer de la comunidad una parte interesada y han alentado su uso. Otro factor que ha contribuido al éxito del programa ha sido la percepción de la alta calidad de los servicios, en los cuales las mujeres son tratadas con respeto, que la atención es apropiada, tanto en términos médicos como culturales. Además, las comadronas jugaron un papel importante al promover su uso (Perry et al., 2016)

➤ Las mujeres que dijeron que las Casas Maternas dan atención de alta calidad se sintieron más cómodas al dar a luz en una Casa Materna. Tanto los líderes comunitarios y como las comadronas también dijeron sentirse cómodos trabajando con el personal de Casa Materna debido a la calidad de la atención que brindan. El personal de la Casa Materna aseguró que la participación de las comadronas fue útil y contribuyó a los buenos resultados. Todas las personas consultadas señalaron que las Casas Maternas brindan una buena calidad de atención, a menudo citando la limpieza de las instalaciones (Perry et al., 2016)

➤ El factor principal de la percepción de calidad es ser tratada con respeto. La falta de respeto que las mujeres reciben en los hospitales ha sido bien documentada (Berry, 2010; Colombara et al., 2016; Saenz de Tejada et al., 2018).

Yo he escuchado muchas cosas. Dicen que hay doctores muy agresivos, con vocabulario grosero. Le dicen a uno que no grite, que por qué abrió las piernas y que ahora se aguanten. Son cosas muy vulgares y viniendo de un doctor, como que no. Así me han contado. También hay enfermeras abusivas, que gritan. Pero solo me han contado, a mí no me ha pasado, gracias a Dios. Mi prima me contó que el doctor que estaba a cargo le gritaba: 'sufra al tener a su hijo, ya que es buena para abrir las piernas' le decía. 'Usted tiene que pujar, ya que cuando lo estaba haciendo no decía eso, no decía que ya no aguanta.' Eso sí ya es falta de respeto. (Saenz de Tejada et al., 2018)

➤ En varias partes del país las señoras dijeron que “en un hospital nos regañan mucho, por eso no nos gusta. A veces se tardan mucho en atendernos. Nos mandan a bañar con agua fría. El doctor solo dice que espere, en cambio la comadrona está todo el tiempo con uno” (IMSALUD, 2011; Ruiz et al., 2013. Yat et al 2012).

➤ Pocas de las entrevistadas consideran que la atención prenatal sea igual para todas las usuarias y consideran que se atiende mejor y más rápido a las amigas y parientes del personal de salud. Casi todas las señoras dijeron que quienes que no hablan español son sujeto de burlas y malos trato. También se percibe que se atiende mejor, con más paciencia, a las primigestas “porque ellas no saben qué les va a pasar”, en tanto las mujeres de más edad y grandes multíparas se les tiende a regañar. También aclaran que

no todo el personal hace ese tipo de diferencias y que algunos son amables con todas las usuarias (Saenz de Tejada et al., 2018).

➤ En Quiché, el personal hospitalario encuestado mencionó barreras para la entrega de atención de calidad: poca supervisión, capacitación, suministros y medicamentos insuficientes, el horario de trabajo, infraestructura adecuada, poco transporte para emergencias, y el acceso colegas para hacer consultas como impedimentos para la buena atención (Saenz de Tejada et al., 2018).

➤ Lo que más se comenta son las “historias de horror”, las cuales generalmente incluyen humillación y burla de parte de algunos proveedores, así como una buena dosis de indiferencia hacia el sufrimiento de las usuarias. Estas experiencias de terceros impactan la opinión que se tenga del hospital y lo identifica como un lugar intimidante, donde el maltrato es frecuente y “solo las que tienen suerte” logran evitarlo. En este contexto, la paciente llega con la ansiedad que puede causarle el parto y con la incerteza de cómo va a ser atendida (Saenz de Tejada et al., 2018).

➤ La mayor parte de los eventos de maltrato se refieren a dos acciones: la forma poco amable en que los proveedores le hablan a las usuarias y la demora en ser atendida. Las señoras se sienten avergonzadas por la falta de privacidad que ofrecen las salas de trabajo de parto: se sienten expuestas y observadas libremente por el personal de los servicios, otras parturientas y sus familias. A las señoras les duele esta falta de empatía, la cual es considerada por muchas como una forma de maltrato (Saenz de Tejada et al., 2018)

-Productos,
tecnologías

ESTRUCTURAL

-Pobreza

➤ Los resultados del análisis de la ENSMI 2008 y de otras encuestas indican que la pobreza está fuertemente asociado al bajo uso de los servicios de salud de las mujeres indígenas. La disparidad étnica en la atención institucional del parto fue mayor entre las mujeres más pobres, en áreas rurales y en comunidades más remotas (Colombara et al., 2016; P. K. Ishida et al., 2013; Lindstrom & Muñoz-Franco, 2006).

-Transporte

➤ Quiché es un departamento con carreteras en gran parte inaccesibles y desplazarse desde las aldeas a los servicios de salud tiende a ser una empresa larga y precaria. Una mujer que vive en Sobre Sacá, por ejemplo, tiene que caminar 60 minutos sólo para llegar a la carretera (Dürr, 2019).

-Empleo

-Geografía

➤ El acceso a los servicios puede ser una barrera significativa, dependiendo de la ubicación geográfica. En algunas instancias es la barrera más prominente (Kragel et al., 2018).

-Educación,
edad

➤ Según la ENSMI 2008, el 66% de las embarazadas indígenas sin escolaridad recibieron atención prenatal, en comparación con el 98% de indígenas embarazadas con secundaria completa. En la regresión múltiple, la educación y el quintil de riqueza se asociaron con la probabilidad de usar servicios institucionales de atención prenatal (Ishida et al., 2013).

-Etnicidad

- Entre las variables sociodemográficas analizadas en la encuesta de cuatro departamentos en 1995, la educación, el origen étnico, la edad y la paridad fueron significativas, incluso después de añadir otros recursos al modelo. La escolaridad tiene una fuerte relación positiva con el uso de la atención prenatal. Las mujeres con más de 6 años de estudios tienen cerca de cuatro veces más probabilidades de utilizar la atención prenatal que las mujeres sin escolaridad. Incluso 4-6 de estudio aumenta casi en un 60% la probabilidad de recibir APN (Lindstrom & Muñoz-Franco, 2006).
- La diferencia más grande en cuanto al poder de decisión de la mujer en el hogar está relacionado a su escolaridad (Becker et al., 2006).
- Tener control prenatal está asociado con la edad de las mujeres. Ninguna de las mujeres de mayor edad lo recibió, mientras que en mujeres más jóvenes cerca del 80% lo tuvo. También está relacionado a la paridad, siendo las primigestas quienes más consultan (94%), en tanto que han tenido más de cinco hijos lo hacen menos (29%) (Chavarría Culebro, 2018).
- Cuando la paciente no habla español y requiere de un traductor, en lugar de usar un traductor capacitado, muchos proveedores le piden a otro miembro de la familia, otra paciente o incluso al guardia de seguridad que le ayude con la traducción. Uno puede imaginar los problemas de privacidad que pueden surgir al pedirle a un paciente que revele información confidencial a una tercera persona y cómo esto puede inhibir a algunas mujeres de revelar sus problemas o preguntas de salud (Festa & Shirazian, 2018)
- La discriminación hacia las pacientes indígenas es frecuente entre los médicos (Colom & Colom, 2018).
- Las diferencias étnicas en la atención prenatal son muy significativas, incluso controlando por educación. Las mujeres mayas que hablan español tienen aproximadamente dos tercios de probabilidad de utilizar la atención prenatal que las ladinas, en tanto las mujeres mayas que no hablan español tienen solo un tercio de probabilidad. La barrera del idioma y la ausencia de personal bilingüe en los servicios también ha sido bien señalada (Colom & Colom, 2018; Colombara et al., 2016; Ishida et al., 2013; Lindstrom & Muñoz-Franco, 2006; Peca & Sandberg, 2018)
- La mayoría de las entrevistadas considera que existe un trato diferenciado y que en el hospital no se trata a todas las usuarias de la misma manera, situación que las molesta. Dicen que reciben mejor atención principalmente las amigas y parientes del personal de servicios y que hay cierta discriminación étnica, pues las ladinas tienden a ser atendidas mejor. Se piensa que las que reciben peor atención son quienes no hablan español y las que se quejan o gritan del dolor. También hubo alguna mención de discriminación por edad [se regaña a las mujeres mayores y por pobreza. Según las entrevistadas, además de la indiferencia hacia las mujeres más pobres, el personal teme denuncias de maltrato de parte de mujeres con mayores recursos económicos y por eso evitan situaciones que podría llevar a una denuncia (Saenz de Tejada et al., 2018).
- No hay suficiente personal bilingüe. La queja que más se escuchó entre las usuarias fue que la falta de un idioma común se utiliza para humillarlas. Es más, en los tres hospitales de Quiché, las usuarias reportaron que algunos de los proveedores indígenas “se creían ladinos” y rehusaban atenderlas en los idiomas regionales. Es de hacer notar que la discriminación que denunciaron muchas de las usuarias no se debía a su condición de indígenas sino a su inhabilidad de expresarse en español (Saenz de Tejada et al., 2018).

-Normas sociales

-Medios masivos

-Infraestructura de WASH

-Migración

➤ En la encuesta de cuatro departamentos en 1995 se observó que la migración urbana e incluso tener parientes en las áreas urbanas estaba asociada a una mayor probabilidad de parto institucional, al igual que el tener acceso a remesas internacionales. Las mujeres que han vivido en zonas urbanas cuando son adultas son más conscientes de los beneficios de la atención prenatal que las mujeres que siempre han vivido en zonas rurales. El impacto de la experiencia urbana adquirida de manera indirecta en la búsqueda de atención es igualmente importante (Lindstrom & Muñoz-Franco, 2006).

-Seguridad

-Agricultura

-Seguridad alimentaria

-Sistemas de salud

➤ En Quiché, la tercera demora [en la recepción de atención en los servicios de salud] es quizás la más importante. Es necesario invertir y priorizar políticas para que las mejoras en la atención obstétrica surtan efecto. Los proyectos de educación familiar y comunitaria, mejoras en los sistemas de referencia con las comadronas y de las vías de acceso, tendrán un impacto limitado si las mujeres que llegan a los servicios son atendidas con demora (Dürr, 2019).

➤ El seguimiento que se les da a las quejas de las usuarias por maltrato varía: en algunos hospitales dicen dar seguimiento a cada una de las quejas y se hace una mediación con los usuarios. En otros, las quejas se manejan de manera más burocrática y no se sabe si llega a haber alguna sanción. Se dijo que con frecuencia el personal señalado de maltrato no sufre ninguna consecuencia. Es más, en uno de los hospitales hay dos médicos bajo proceso judicial, señalados por violencia sexual; ambos siguen trabajando, pues no pueden despedirlos mientras no haya sentencia (Saenz de Tejada et al., 2018).

➤ Debido a la falta de coordinación, las referencias entre centros de salud y hospitales son débiles o inexistentes. Las usuarias tienen consultas en diferentes lugares, lo que dificulta el acceso a la atención médica para aquellas que necesitan viajar grandes distancias para buscar atención (Nichols & Farias, 2018).

➤ Hay muy pocos programas para adolescentes. Sólo dos organizaciones no gubernamentales, APROFAM y AGES (Asociación Guatemalteca de Educación Sexual), proporcionan servicios de salud reproductiva adaptados a los adolescentes; el MSAPS cuenta con sólo cuatro clínicas orientadas a los adolescentes. Esta atención especializada o, como mínimo, la capacitación de los proveedores sobre cómo ofrecer servicios a los adolescentes, es esencial en un país donde el estigma asociado con las relaciones sexuales fuera del matrimonio hace que los adolescentes sean especialmente reacios a ir a clínicas orientadas a adultos o comprar anticonceptivos en las farmacias. El miedo a ser tratados de mala manera aumenta la probabilidad de las adolescentes a tener relaciones sexuales sin protección (Figuerola et al., 2006)

➤ Para las entrevistadas, las causas relacionadas al maltrato en los servicios tienen que ver tanto con características de los hospitales (infraestructura insuficiente, falta de

-Gobernanza

personal, turnos muy largos), como por personal sin vocación y con poca supervisión. Algunas mencionaron abuso de poder y atención diferenciada, la cual obedece las jerarquías étnicas y económicas del país (Saenz de Tejada et al., 2018).

➤ Muchas mujeres indígenas evitan la atención biomédica dada la continua discriminación de los ladinos. Esa discriminación se puso de manifiesto en el trato, a menudo brutal, que los indígenas recibieron a manos de las tropas gubernamentales durante los 30 años de guerra civil (1960 a 1996), cuando se aniquilaron cientos de aldeas indígenas. El número desproporcionadamente grande de víctimas indígenas refleja una discriminación étnica muy arraigada en el país. Aunque la guerra civil terminó, la desconfianza de los indígenas hacia el gobierno ladino puede hacerlos dudar a la hora de buscar servicios de salud, particularmente de los programas gubernamentales de planificación familiar, que muchos perciben como parte de un “complot” ladino para disminuir la población indígena (Ishida et al., 2012; Ishida et al., 2013).

➤ El componente adolescente del Programa de Salud Reproductiva ordena a las entidades del sector público (MSPAS e IGSS) a brindar servicios separados y especializados para adolescentes, incluidos servicios para espaciar embarazos, atención prenatal y de parto, y servicios para la prevención y el tratamiento de las ITS; además, la ley exige educación sexual “en todos los centros educativos del país y en todos los niveles” y establece que las adolescentes no pueden ser expulsadas de las instituciones educativas debido al embarazo (Figuerola et al., 2006)

INTERVENCIONES

-Enfoque

➤ En 2012 TulaSalud implementó un proyecto de salud móvil en Alta Verapaz, un departamento con una de las tasas de mortalidad materna más altas del país. La iniciativa se basa en la provisión de un teléfono celular a facilitadores comunitarios (CF), voluntarios que reciben capacitación básica en prevención, promoción y atención de la salud. Los CF recibieron teléfonos celulares para poder consultar con médicos durante las consultas, enviar informes epidemiológicos completos e información clínica, así como recibir capacitación continua y realizar actividades para la prevención y promoción de la salud comunitaria en q’eqchí y poqomchi’ (Martínez-Fernández et al., 2015)

➤ Dado que las comadronas en Chimaltenango tienen poco apoyo formal y a menudo encuentran una resistencia significativa de sus pacientes y sus familias cuando necesitan ser referidas, preparamos [en Maya Health Alliance] una sencilla aplicación de teléfono celular para guiar a las comadronas a través de listas de verificación y conectarlas, las 24 horas del día, a un equipo médico para ayudarlas a tomar decisiones de emergencia (Juarez et al., 2019).

➤ La estrategia de Curamericas fue redefinir el papel de la comadrona, ofreciéndoles capacitación e integrándolas a las Casas Maternas. La mayoría de ellas comprendió y aceptó su nuevo rol en el sistema de salud rural y su integración en el funcionamiento de las Casas Maternas. Además de continuar con el seguimiento de las embarazadas y púerperas a cambio de su modesta tarifa habitual, ahora también promueven el parto en la Casa Materna, acompañando a la parturienta y asistiendo al personal de Casa Materna durante el parto. Se sienten aceptadas por el personal de Casa Materna como miembros valiosos de un equipo y son cruciales para alentar a las mujeres a dar a luz en estas casas (Perry et al., 2016)

-Resultados

- Como resultado de la iniciativa de telemedicina, las áreas de intervención mostraron indicadores de mortalidad materna e infantil significativamente más bajos que las áreas de control. El impacto se hizo notable dos años después del inicio de la intervención, mostrando la dificultad de obtener impacto a corto plazo (Martínez-Fernández et al., 2015).
- En 2012, el MSPAS describió 80 casos de mujeres embarazadas como “vidas salvadas” gracias al modelo de telemedicina de TulaSalud. Un 37,5% de esos 80 casos estaban relacionados con una posición transversa, el 16,5% con retención de la placenta, el 10% eran abortos incompletos y el 6,5% casos de eclampsia y preeclampsia. Los 57 casos pediátricos también fueron vidas salvadas, ya que todos requirieron cesárea. Todos los casos fueron trasladados al Hospital de Cobán, el cual se coordinó utilizando los sistemas de telecomunicaciones (Martínez-Fernández et al., 2015).
- La literatura global muestra que los ensayos de mensajería directa por teléfonos móviles dirigidos a la búsqueda de atención a través de la educación han reportado efectos positivos. La revisión realizada incluyó un total de 96 artículos, tres de ellos relacionados con Guatemala. El sistema es útil para fortalecer el rendimiento de los promotores durante las visitas domiciliarias de rutina a embarazadas y madres de lactantes (Mildon & Sellen, 2019).
- Esta investigación en torno a las ITS en Sololá demuestra que las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres no se están satisfaciendo (Tasnim et al., 2020).
- La mortalidad materna bajo de 524/100,000 nv a 221, gracias al mayor acceso que ofrecen las Casas Maternas y a las 82 referencias por complicaciones obstétricas. Desafortunadamente, en el último año del proyecto hubo un aumento en mortalidad neonatal, por razones aún poco claras. Podría deberse a un mejor registro de muerte neonatal que anteriormente se consideraban mortinatos y también por la clausura del PEC y sus servicios de salud preventiva (Perry et al., 2016)
- Al final del proyecto, la hemorragia posparto representó el 82% de las muertes maternas y la asfixia al nacer representó el 52% de las muertes neonatales. El 94% de las muertes maternas y el 95% de las muertes neonatales se asociaron con partos domiciliarios. La neumonía fue la principal causa de muerte entre los niños menores de 5 años (41%); el 85% de todas las muertes de menores de 5 años ocurrieron en el hogar. Estas cifras reflejan una renuencia o dificultad persistente a consultar en las unidades de salud para recibir tratamiento oportuno, sea por la distancia, el costo, la preferencia por las prácticas tradicionales o el temor a la falta de respeto o la mala calidad técnica del tratamiento en las clínicas MSPAS (Perry et al., 2016)
- Los resultados de la encuesta de línea final demuestran un aumento significativo en los resultados clave de salud materna, neonatal e infantil. Los resultados también indican que el suministro gubernamental de inmunizaciones, vitamina A, hierro/folato y planificación familiar son importantes para mejorar de varios resultados clave. El cierre del PEC en el último año del Proyecto es la razón más probable de la disminución observada en la cobertura de suplementación con vitamina A e inmunizaciones. El Proyecto podría haber podido lograr mayor utilización de los servicios de planificación familiar si el PEC no se hubiera interrumpido. Donde el Proyecto pudo satisfacer la demanda que creó, como con las prácticas al seno de los hogares y con sus Casas Maternas para el cuidado materno / neonatal, fue más exitoso (Perry et al., 2016)
- Las autopsias verbales, realizadas para las 34 muertes maternas que ocurrieron durante el transcurso del proyecto, proporcionan información sobre la causa de la muerte. El 94% ocurrieron a mujeres que dieron a luz en el hogar y de éstas, el 62% ocurrió en el hogar. Al parecer, no hubo tiempo para transportarla al servicio de salud o la familia no pudo o no quiso transportarla. Un porcentaje importante de estas muertes (26%)

ocurrieron en el camino a un centro de salud y todas, menos una, murieron después de dar a luz en casa. La causa principal de muerte fue hemorragia posparto (82%), seguida de la preeclampsia/ eclampsia (9%), sepsis (6%) y complicaciones de la cesárea (3%, n = 1) (Perry et al., 2016)

➤ La segunda demora (reconocer el peligro, pero no buscar atención o buscar atención demasiado tarde) representó el 29% (n = 10) de la mortalidad materna; la razón más frecuentemente citada para no buscar atención o para un retraso en la búsqueda de atención fue la falta de dinero para el transporte. Un porcentaje igualmente grande de muertes se asoció con la tercera demora (la lejanía del centro de referencia), 29% (n = 10), lo que se correlaciona casi exactamente con el alto porcentaje que murió en el camino a un centro de salud. Sólo el 12% de las muertes maternas (n = 4) se debieron a la cuarta demora (demoras en ser atendidas en el centro de referencia o por tratamiento inadecuado). Esto demuestra que pocas mujeres que dan a luz en casa y que sufren con complicaciones logran llegar a un centro de salud de referencia (Perry et al., 2016)

➤ El estudio de caso [en 2016] encontró que el alto de uso de las Casas Maternas en el área de estudio se podía deber a las siguientes razones: (i) la buena calidad de los servicios, (ii) la cercanía de estos servicios a las familias, (iii) el rol de las comadronas en la atención de la maternidad y en el apoyo al uso de la Casa Materna, (iv) la visita a los hogares para promover comportamientos saludables y la utilización de las instalaciones de salud, y (v) el compromiso y participación de la comunidad que la han convertido en una parte interesada y han alentado la utilización (Perry et al., 2016).

➤ Las mujeres utilizarán los hospitales para dar a luz en la medida que estos les resulten eficientes, seguros y confiables. La atención debe estar basada en la comunicación interpersonal efectiva, pilar en la percepción de la calidad de atención y del trato respetuoso. Todas las mujeres que asisten a los hospitales merecen comprensión y apoyo, pero muchas de las personas que llegan al servicio no tienen la confianza para hacer las preguntas que quisieran. Para lograr una comunicación respetuosa para todas las usuarias es esencial los proveedores de salud sepan comunicarse con las usuarias y así para poder aliviar la ansiedad, obtener una mayor cooperación durante el tratamiento y así lograr una mayor satisfacción de las usuarias (Dürr, 2019; Peca & Sandberg, 2018).

➤ La recomendación más frecuente fue mejorar la calidad de la atención, tomando en consideración los estándares internacionales, pero especialmente la satisfacción de las usuarias y su percepción de calidad. Entre los aspectos de calidad se encuentra contratar más personal bilingüe o, como mínimo, contratar traductores profesionales (Colom & Colom, 2018; Colombara et al., 2016; Dürr, 2019; Figueroa et al., 2006; K. Ishida et al., 2012; P. K. Ishida et al., 2013; Peca & Sandberg, 2018; Yat Coy de Morales et al., 2012). Otras recomendaciones enfocadas hacia la provisión de servicios incluyen:

- Encuestas de salida para evaluar la satisfacción de las usuarias, con seguimiento estricto a las experiencias negativas;
- Mejorar las destrezas de los proveedores, incluyendo la comunicación interpersonal, así mejor supervisión;
- Mejoras a la infraestructura, incluyendo el suministro de agua y el mantenimiento de los edificios, y hacer los ajustes necesarios a modo permitir la compañía de una persona a elección de la paciente durante el parto;
- Mejorar el abastecimiento de materiales, equipo y medicamentos;
- Aumentar la capacidad para atención de partos y reducir el número de cesáreas innecesarias, logrando un uso más efectivo de los recursos y la reducción de temor entre las usuarias;

- Promoción del plan de emergencia;
- Dirigir la promoción de los servicios hacia los esposos, dado que ellos son quienes toman las decisiones;
- Mejorar el sistema de referencia entre comadronas, centros de salud y hospitales;
- Integrar la oferta de salud reproductiva para ayudar a las usuarias a utilizar todos los servicios (atención prenatal, parto y planificación familiar) y mejorar la eficiencia logística y financiera de la prestación de servicios;
- Apoyarse en personal comunitario para promover el uso de las unidades de salud, especialmente en las comunidades más aisladas;

➤ La falta de servicios de salud pública accesibles y culturalmente aceptables, junto con una geografía montañosa, pobreza endémica y falta de transporte asequible, contribuye a la mortalidad materna e infantil y fortalece el caso de las Casas Maternas, el manejo comunitario de casos de neumonía, el suministro de misoprostol para las mujeres con parto en casa y el desarrollo de redes de transporte de emergencia y planes de seguro. Dada la alta mortalidad (80%) materna por hemorragia entre las mujeres con parto en casa, vemos la necesidad de poner a prueba la recomendación de la OMS y proporcionar misoprostol a todas las mujeres que tienen parto en su domicilio, sea a través de las comadronas o promotores. Esto requeriría la aprobación del MSPAS, ya que el uso de misoprostol está actualmente prohibido en Guatemala debido a los temores de su uso ocasional para inducir abortos (Perry et al., 2016)

➤ Es necesario no sólo hacer que los servicios y la información sean accesibles a toda la población, sino también asegurarse de que se ofrezcan de manera que fomenten la autonomía y permitan a las usuarias su comprensión y así poder aprovechar las oportunidades. Además de aumentar el número de unidades de salud y de personal debidamente capacitado se debe hacer esfuerzos para que el personal mejore su comprensión y aceptación de las prácticas tradicionales de las usuarias. Si bien se debe respetar estas prácticas, se debe ser crítico con las barreras que continúan limitando la toma de decisiones en los diferentes niveles individuales, familiares, comunitarios y públicos más amplios (Colom & Colom, 2018).

➤ El MSPAS depende de las comadronas para referir a mujeres con riesgos obstétricos, lo cual requiere que las comadronas estén capacitadas para evaluar los riesgos y puedan garantizar su rápida resolución. En ausencia de capacitaciones eficaces, el MPAS podría apoyarse de las comadronas como recurso para aumentar la aceptación de las referencias a las unidades de salud (Ishida et al., 2012).

DATOS, COMPORTAMIENTOS

➤ Según la última ENSMI (2015), las mujeres indígenas tienen más partos en casa que las ladinas (49,7% versus 17,9%), y la proporción también fue mayor en las zonas rurales en comparación con las urbanas (44,3% frente a 16,6%). La misma tendencia puede observarse en la ENSMI 2008 en el uso de atención prenatal y demanda satisfecha de anticonceptivos modernos (49% vs. 72%) (Colom & Colom, 2018; Ishida et al., 2012).

➤ La lógica en la búsqueda de atención durante el embarazo es similar en las seis comunidades de Quiché, sin diferencias por municipio o ubicación (periurbana o rural). Casi todas consultan con un proveedor biomédico (más frecuente en la consulta externa del hospital que en el puesto de salud de su propia aldea) y con la comadrona. La consulta

en los servicios de salud tiende a ser mensual, en tanto la visita de la comadrona es quincenal o semanal. Para muchas, la consulta con proveedores biomédicos es para asegurar que “el niño venga bien” (los ultrasonidos son muy apreciados), en tanto las consultas con las comadronas son para asegurar que la madre esté bien. Las comadronas dan masajes hasta una vez por semana, pues “ellas tienen que estar pendientes de nosotras” (Saenz de Tejada et al., 2018).

➤ El 58% de las embarazadas tuvieron la primera consulta prenatal durante el segundo trimestre y el 65% no estaba tomando ningún anticonceptivo. La mayoría (86%) recibió la primera consulta con las enfermeras de Madres Sanas y el 33% tenía cesárea previa. El 41% de los nacimientos fue por cesárea, el 68% fue por personal de salud y el 87% tuvo un bebé que pesó al menos 2500g. (Harrison et al 2020).

➤ En general, el 70% de las mujeres de 15-24 años reciben alguna atención prenatal en los servicios de salud. La proporción sube a 80% entre las mujeres con más escolaridad y entre las ladinas, pero es de cerca de 40% entre las que tienen menos escolaridad y entre las jóvenes indígenas. De la misma manera, el 25% de las jóvenes con menos educación y el 23% de las jóvenes indígenas tienen parto institucional. Es decir, las jóvenes más vulnerables y quienes tienen mayor probabilidad de estar embarazadas son quienes tienen menor acceso a la atención médica (Figueroa et al., 2006)

➤ Los resultados de esta investigación muestran que únicamente la mitad de las entrevistadas están anuentes a regresar al hospital en caso hubiese otro embarazo; la otra mitad lo haría solo en caso de complicaciones obstétricas debido a haber experimentado maltrato de parte del personal. Si los hospitales están realmente interesados en aumentar el parto institucional y en disminuir la mortalidad materna es imperativo que las mujeres que se acercan a ellos para dar a luz tengan experiencias satisfactorias que las inviten a regresar. La medida es especialmente necesaria cuando se considera que una alta proporción de los partos atendidos provienen de primigestas (Saenz de Tejada et al., 2018).

INVESTIGACIÓN

-Brechas

➤ Sería de interés identificar una jerarquía de barreras a modo de enfocar las intervenciones en las más importantes y así maximizar su efectividad (Kragel et al., 2018).



REFERENCIAS

Becker, S., Fonseca-Becker, F., & Schenck-Yglesias, C. (2006). Husbands' and wives' reports of women's decision-making power in Western Guatemala and their effects on preventive health behaviors. *Social Science and Medicine*, 62(9), 2313–2326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.006>

Berry, N. S. (2010). *Unsafe motherhood : Mayan maternal mortality and subjectivity in post-war Guatemala*. In *Unsafe Motherhood: Mayan Maternal Mortality and Subjectivity in Post-War Guatemala*. Berghahn Books.

Chaudhry, S., Oliveira, J., & Shirazian, T. (2018). The emerging role of the Comadrona as a broker between ancient cultural beliefs and modern biomedicalization to improve maternal health care in Guatemala. In D. A. Schwartz (Ed.), *Maternal death and pregnancy-related morbidity among indigenous women of Mexico and Central America: An anthropological, epidemiological, and biomedical approach* (pp. 599–616). Springer International.

- Chavarría Culebro, J. A. (2018). Conocimientos, actitudes y prácticas en la población de Quetzaltenango, sobre señales de peligro en embarazo [Universidad de San Carlos de Guatemala]. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8550.pdf
- Colom, A., & Colom, M. (2018). Poverty, local perceptions, and access to services: Understanding obstetric choices for rural and indigenous women in Guatemala in the twenty-first century. In David A. Schwartz (Ed.), *Maternal death and pregnancy-related morbidity among indigenous women of Mexico and Central America: An anthropological, epidemiological, and biomedical approach* (pp. 617–633). Springer International. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-319-71538-4>
- Colombara, D. V., Hernández, B., Schaefer, A., Zyzniwski, N., Bryant, M. F., Desai, S. S., Gagnier, M. C., Johanns, C. K., McNellan, C. R., Palmisano, E. B., Ríos-Zertuche, D., Zúñiga-Brenes, P., Iriarte, E., & Mokdad, A. H. (2016). Institutional delivery and satisfaction among indigenous and poor women in Guatemala, Mexico, and Panama. *PLoS ONE*, 11(4), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154388>
- Dürr, H. A. (2019). *Maternal health and the Three Delays Model in rural Guatemala: Examining factors affecting maternal health-seeking behaviors and health services utilization in Quiché* (Issue May). Lund University.
- Festa, J., & Shirazian, T. (2018). Family planning methods among Mayan women in Guatemala and the challenges facing the indigenous population. In D. Schwartz (Ed.), *Maternal death and pregnancy-related morbidity among indigenous women of Mexico and Central America: An anthropological, epidemiological, and biomedical approach* (pp. 635–650). Springer International.
- Figueroa, W., Lopez, F., Remez, L., Prada, E., & Drescher, J. (2006). Early childbearing in Guatemala: a continuing challenge. In *In brief* (No. 5; 2006, Issue 5).
- García, K. S., & Kilanowski, J. F. (2020). Señales de Peligo: Guatemalan Lay Midwives' Perceptions of Responding to Obstetrical Complications. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(6), 547–553. <https://doi.org/10.1177/1043659619889114>
- Hautecoeur, M., Zunzunegui, M. V., & Vissandjee, B. (2007). Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Publica de Mexico*, 49(2), 86–93. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342007000200003>
- Hernández Monzón, J. R. (2018). *Conocimientos y prácticas sobre lactancia materna en madres de niños menores de 2 años*. Universidad de Rafael Landívar.
- Instituto Multidisciplinario para la Salud (IMSALUD). (2011). *Determinantes del Acceso a Servicios de Salud Reproductiva en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango*. In *Determinantes del Acceso a Servicios de Salud Reproductiva en el municipio de Santa Apolonia Chimaltenango*. [http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/Acceso a servicios de salud Reproductiva - Sta Apolonia Chimaltenango.pdf](http://www.unfpa.org.gt/sites/default/files/Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20reproductiva%20-%20Sta%20Apolonia%20Chimaltenango.pdf)
- Ishida, K., Stupp, P., Turcios-Ruiz, R., William, D. B., & Espinoza, E. (2012). Ethnic inequality in Guatemalan women's use of modern reproductive health care. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(2), 99–108. <https://doi.org/10.1363/3809912>
- Ishida, P. K., Stupp, P., Turcios-Ruiz, R., William, D. B., & Espinoza, E. (2013). Desigualdades por grupo étnico en el uso de servicios modernos de salud reproductiva en Guatemala. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, SPEC. ISSUE, 14–24. <https://doi.org/10.1363/SP01413>
- Juárez de León, T. V. (2018). *Conocimientos, actitudes, prácticas en comadronas adiestradas sobre la detección temprana de señales de peligro en pacientes embarazadas, en las comunidades de San Pedro, San Juan, San Pablo y Santiago La Laguna Departamento de Sololá de enero a mayo 2016*. Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.
- Juarez, M., Austad, K., & Rohloff, P. (2019). Stories from the field lay midwives: On the front lines of the fight against maternal mortality in rural Guatemala. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 100(2), 237–238. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.18-0518>
- Keller, J. de. (n.d.). *Síndromes culturales: Nervios y susto en Guatemala*. 1–13. http://mysite.verizon.net/res7qdgcsitebuildercontent/sitebuilderfiles/activity_3.nervios_susto.doc
- Kragel, E. A., Beyer, L. N., & Boyd, D. L. (2018). Barrier to healthcare access faced by indigenous women in the Guatemalan highland. *International Journal of Indigenous Health*, 13(1), 104–121. <https://doi.org/10.32799/ijih.v13i1.30303>
- Lindstrom, D. P., & Muñoz-Franco, E. (2006). Migration and maternal health services utilization in rural Guatemala. *Social Science and Medicine*, 63(3), 706–721. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.007>
- Little, E. E., Polanco, M. A., Baldizon, S. R., Wagner, P., & Shakya, H. (2019). Breastfeeding knowledge and health behavior among Mayan women in rural Guatemala. *Social Science and Medicine*, 242(August), 112565. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112565>
- Maero, G., & de León Alvarado, C. Y. (2013). *Ser mujer en San Miguel Acatán Entre violencias y procesos de justicia*. CEDFOG.
- Marra, K., & Espinosa, I. (2020). Bottlenecks and barriers to effective coverage of early childhood health and development interventions in Guatemala: A scoping review. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*.

- Martínez-Fernández, A., Lobos-Medina, I., Díaz-Molina, C. A., Chen-Cruz, M. F., & Prieto-Egido, I. (2015). TulaSalud: An m-health system for maternal and infant mortality reduction in Guatemala. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 21(5), 283–291. <https://doi.org/10.1177/1357633X15575830>
- Mildon, A., & Sellen, D. (2019). Use of mobile phones for behavior change communication to improve maternal, newborn and child health: A scoping review. *Journal of Global Health*, 9(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.09.020425>
- Morales, N., Algeria-Flores, K., Fanandez, D., Rodriguez, G., Saenz de Tejada, S., & Kolodin, S. (2013). Asuntos de familia: Un estudio cualitativo sobre las redes sociales de apoyo durante el embarazo y parto en Guatemala.
- Mosquera Saravia, M. T. de J. (2002). La articulación de saberes populares y bio-médicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala. *Universitata Rovira i Virgili*.
- Nichols, B., & Farias, L. (2018). Maternal care in Guatemala: Problematizing discourses of development, transnational advocacy, and indigeneity. In D. A. Schwartz (Ed.), *Maternal death and pregnancy-related morbidity among indigenous women of Mexico and Central America: An anthropological, epidemiological, and biomedical approach* (pp. 553–566). Springer International.
- Paniagua Solorzano, W. O. (2016). Percepciones y prácticas en torno a los síndromes culturales que afectan a neonatos y lactantes del grupo etnolingüístico q'eqchi'. *Estudios Interétnicos*, 27(1), 7–24.
- Peca, E., & Sandberg, J. (2018). Modeling the relationship between women's perceptions and future intention to use institutional maternity care in the Western Highlands of Guatemala Prof. Suellen Miller. *Reproductive Health*, 15(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0448-5>
- 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.”
- Ruiz, M. J., van Dijk, M. G., Berdichevsky, K., Munguía, A., Burks, C., & García, S. G. (2013). Barriers to the use of maternity waiting homes in indigenous regions of Guatemala: A study of users' and community members' perceptions. *Culture, Health and Sexuality*, 15(2), 205–218. <https://doi.org/10.1080/13691058.2012.751128>
- Saenz de Tejada, S., Palmieri, M., & Sethi, R. (2018). Investigación formativa sobre atención respetuosa durante el parto. Experiencias en tres hospitales en Quiché, Guatemala.
- Schooley, J., Mundt, C., Wagner, P., Fullerton, J., & O'Donnell, M. (2009). Factors influencing health care-seeking behaviours among Mayan women in Guatemala. *Midwifery*, 25(4), 411–421. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.011>
- Sperling, J. M. (2006). The influence of poverty and violence on the therapeutic landscapes of the Kaqchikel. *University of Waterloo*.
- Tasnim, N., Heneine, E. M., MacDermid, C. M., Perez, M. L., & Boyd, D. L. (2020). Assessment of Maya women's knowledge, attitudes, and beliefs on sexually transmitted infections in Guatemala: A qualitative pilot study. *BMC Women's Health*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00925-7>
- Tiul Caal, E. (2014). Conocimientos que poseen las mujeres en periodo gestacional en relación a señales de peligro [Universidad de San Carlos de Guatemala]. http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8550.pdf
- Torres Armas, S. G. (2015). Conocimientos de signos de peligro durante el embarazo, parto, y puerperio en mujeres en edad fértil y personal de salud. *Universidad Rafael Landívar*.
- Yat Coy de Morales, B. I., Juárez Cabnal, E. S., & Rojas, J. Á. (2012). Implicaciones culturales en el embarazo parto y post parto Q'Eqchi'. <http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/informes/informes2012/INF-2012-32.pdf>