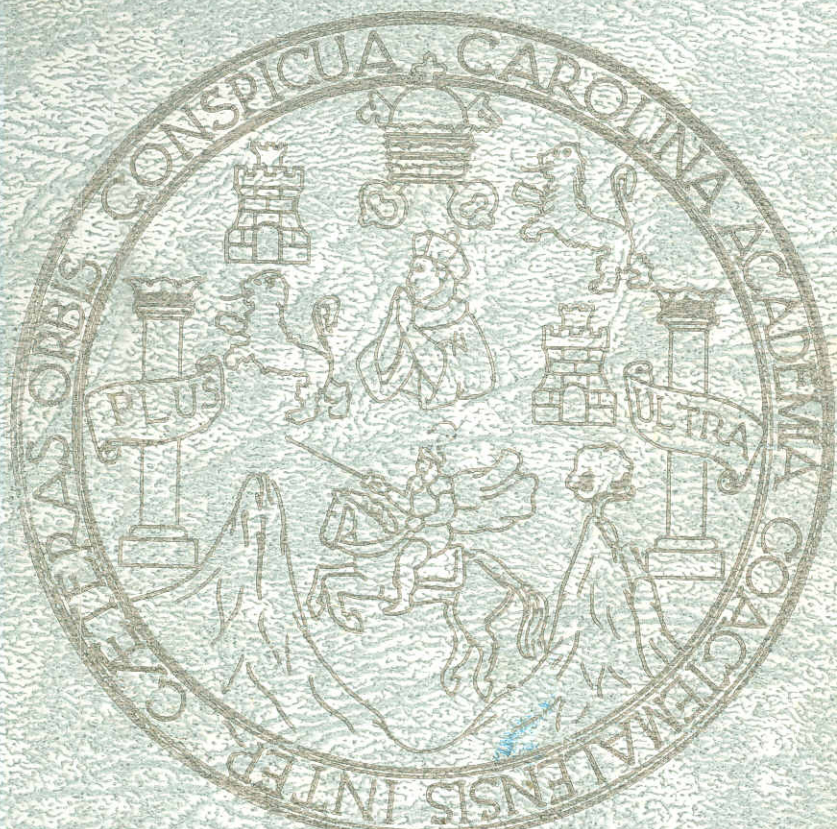


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DESEMPEÑO DE LAS COMADRONAS TRADICIONAL
CAPACITADAS POR ASECSA CHIMALTENANGO
DURANTE 1998 Y SU INTERACCION CON LOS
SERVICIOS ESTATALES DE SALUD



RUTH ANABELLA BATRES MARROQUIN

MEDICA Y CIRUJANA

INDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	6
VI. MATERIALES Y MÉTODOS	15
VII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	22
VIII. CONCLUSIONES	45
IX. RECOMENDACIONES	46
X. RESUMEN	47
XI. BIBLIOGRAFÍA	48
XII. ANEXOS	50

I. INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, las capacitaciones a comadronas tradicionales se han popularizado en el país, por iniciativas de diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que, han visto en ellas una posible alternativa para ayudar a solventar la difícil situación en salud materno infantil del país.

No obstante, pese a los grandes esfuerzos, madres y niños siguen falleciendo por problemas generalmente evitables, con una intervención adecuada y a tiempo, la cual, hoy en día es responsabilidad de comadronas y personal de los servicios estatales de salud principalmente.

Es por ello que en el segundo semestre de 1998 se realizó este estudio, donde participaron comadronas tradicionales capacitadas, personal de los centros de salud de Chimaltenango y San Miguel Pochuta, junto a médicos del Hospital Nacional de la Región con el objetivo de determinar como es la interacción entre las personas que alcanzan mayor cobertura en la atención materno - infantil.

En el estudio se describen las características generales de las comadronas, así como la relación entre capacitaciones recibidas y los problemas más frecuentes que encuentran tanto en las distintas etapas obstétricas como al momento de referir a sus pacientes. El personal de los servicios en estudio emitió su opinión respecto al trabajo que las CTC realizan por lo que se logró determinar que la interacción de ambos grupos es inadecuada debido principalmente a múltiples factores socioculturales.

Las comadronas viven y actúan en un contexto de precariedad general haciendo su práctica accesible y aceptada a nivel comunitario; por esta razón, entre otras, la capacitación a comadronas tradicionales aunque no es una solución se hace necesaria y sigue siendo justificada, lo que no implica que las autoridades facultadas por el Estado sigan descargando en ellas esta gran responsabilidad.

II. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El Estado tiene la obligación de cubrir las necesidades de salud de la población, pero hasta la fecha los servicios son escasos, con personal e insumos insuficientes, en algunos casos, capacidad técnica limitada y difícil acceso, por lo que no han logrado su cometido.

Guatemala continúa con deficientes indicadores de salud, ocupando el cuarto lugar entre los países con mayor mortalidad materna e infantil, únicamente superado por Bolivia, Perú y Brasil respectivamente. (17).

En Guatemala, desde tiempos inmemoriales, la atención a la mujer en el momento de dar a luz ha sido encomendada, según creencias y tradición, a mujeres que reciben en su mayoría, a través de un designio divino, el mandato de acompañar a otras mujeres en ese proceso. Las Comadronas, como la mayoría de la población, con sus costumbres y tradiciones arraigadas, hacen que el proceso biológico del embarazo, parto y puerperio se desarrollen bajo un marco más humanizado, constituyéndose el único apoyo en salud para el 70%-80% de embarazadas en todo el país. (12).

La labor que las comadronas prestan en el país, actualmente es insustituible, y se refleja en la preferencia que tiene la población hacia su servicio impregnado de humanismo, costumbres y tradiciones que por siglos han venido desarrollando y perfeccionando.

Diferentes instituciones, incluyendo estatales y privadas realizan programas de entrenamiento para trabajadores/as comunitarios en salud. Los criterios para la estructuración de estos programas son diversos y comúnmente parten de la visión occidental de atención en salud y de las estadísticas generales de morbi-mortalidad materno-infantil. ASECSA no es la excepción y desde hace 10 años capacita comadronas tradicionales (CT) con énfasis en Alto Riesgo Obstétrico, y aunque se toma en cuenta la cultura y el idioma de las mismas el objetivo principal es detectar los casos de riesgo, implementar medidas de emergencia adecuadas y referirlos a centros de atención especializada. A pesar de los múltiples recursos invertidos, no se han efectuado estudios apropiados (no hay información accesible o publicada al respecto) sobre el impacto de este trabajo.

Es evidente que la capacitación a CT no debe considerarse como una solución permanente para resolver las necesidades de asistencia sanitaria de las madres y los niños y que estos programas no deben aspirar a modelar la práctica de las mismas inspirándose en el modelo médico, más bien, se deberían reforzar los vínculos entre las CT y los servicios modernos de Salud (5), con bases en el respeto y el intercambio de experiencias, rescatando valores indiscutibles de la medicina tradicional.

Es por ello, que en el presente estudio se pretende describir parte del que hacer de las CT con relación al contenido de sus capacitaciones (alto riesgo obstétrico), y cómo interactúan con el personal médico institucional para resolver sus problemas más frecuentes.

III. JUSTIFICACIÓN

La capacitación de comadronas tradicionales no puede utilizarse como método único para mejorar la atención materno infantil, y no se puede esperar que éstas por sí solas reduzcan las tasas globales de mortalidad y morbilidad si no se abordan los problemas de pobreza, analfabetismo y discriminación que constituyen las causas subyacentes (5) y donde las comadronas constituyen el ejemplo más vívido.

Sin embargo, en países como el nuestro, donde las comadronas atienden el 55% del total de partos anuales (90% en algunas regiones), donde los servicios de salud estatales no pueden responder a la demanda de la población, donde la mortalidad materna asciende a 190 muertes por 100,000 N.V. sin contar el subregistro, y donde las diferencias socioeconómicas se hacen cada vez más grandes; (1) la capacitación a comadronas tradicionales ofrece una alternativa posible de reducir la mortalidad y morbilidad de madres y niños. (5).

Con el presente trabajo, se pretende caracterizar la actual relación entre los pilares principales de la salud materno - infantil en Guatemala: Comadronas y personal de instituciones estatales, ya que de su adecuada interacción depende gran parte de la calidad de atención que madres y niños/as reciben principalmente en las áreas rurales del país.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Describir la práctica de la de la Comadrona tradicional capacitada en relación al Alto Riesgo Obstétrico y su interacción con el personal técnico de los servicios estatales de salud.

ESPECÍFICOS:

- Determinar las características generales de la muestra a estudiar.
- Describir el contenido de los talleres de capacitación a comadronas tradicionales.
- Enumerar los problemas más comunes encontrados por las comadronas durante las distintas etapas obstétricas.
- Listar las principales barreras con que se encuentran las comadronas para referir a sus pacientes a los servicios estatales de salud.
- Describir como percibe el personal técnico institucional el trabajo que realizan las comadronas tradicionales capacitadas.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

A. CONTEXTO:

La mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud en el ámbito mundial. La OMS estima en 500,000 el número de mujeres que fallecen anualmente por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Se ha reconocido además que la gran mayoría de esas muertes son evitables con intervenciones relativamente sencillas, eficaces y de bajo costo. La mortalidad materna es un indicador que expresa el daño extremo que sufre la mujer durante su vida reproductiva, la baja disponibilidad y calidad de los servicios de salud, las condiciones sociales inapropiadas, alimentación deficiente y las consecuencias de marginación que vive. (1).

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995 (ENSMI) la tasa de mortalidad materna asciende a 190 por 100,000 nacidos vivos, con un subregistro aproximado de 50%. Respecto a las causas de dicha mortalidad, no hay reportes más actuales que de la ENSMI 87 donde la Hemorragia ocupa el primer lugar con 39%, seguida de Complicaciones por Aborto 24%, Sepsis 18% y Toxemia 14% y que según el MSPAS siguen siendo las mismas. (12).

La mortalidad neonatal fue reportada en 1994 como de 265 por 100,000 N.V., la cual en nuestros países está relacionada fundamentalmente con 2 factores. El primero, es el bajo peso al nacer debido al parto pretérmino como al retraso del crecimiento intrauterino. El segundo, a la calidad de atención del parto y del recién nacido, sobre todo cuando se trata de casos de alto riesgo. (15).

La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto constituyen factores estrechamente ligados a las condiciones de salud materno infantil, tanto por nivel de cobertura que se alcance, como por el recurso que brinda dicha atención. Para 1995 el 72% de la atención prenatal fue brindada por médico/a, quedando un 32% a las Comadronas. (1,3).

El lugar de ocurrencia del parto refleja el acceso y la aceptación de los servicios de salud por parte de la población. A mayor número de nacimientos, menor el porcentaje de mujeres que demanda atención de los servicios de salud, pero por el contrario aumenta el porcentaje de mujeres que su parto es

atendido en el ámbito domiciliario, lo cual implica mayores riesgos para la madre y para el recién nacido. (1)

La capacidad de los servicios de salud en nuestro país resulta insuficiente para satisfacer la creciente demanda de la población en el área materno infantil, por lo que el Plan Nacional de Desarrollo, PLADES 1996-2000, plantea destinar el 65% del presupuesto de salud a la atención preventiva y el 35% a la curativa. Fijándose como metas, el reducir la mortalidad infantil en 35% y la tasa de mortalidad materna en un 140 por ciento. (1,3). Para ello se pretende descentralizar los servicios y promover la organización de sistemas locales.

Mientras esto ocurre, la población tiene que palear la situación en que se ve forzada vivir, y donde la comadrona juega un papel trascendental. Se considera que en Guatemala existen alrededor de 18,000 comadronas tradicionales (11), las cuales actualmente atienden el 55% del total de partos (en el nor-occidente llega incluso al 90%), por lo que continúa siendo el principal recurso humano para la atención del embarazo y del parto en el área rural y para el grupo indígena. En contraste encontramos que el 45% de los partos atendidos por médico/a se encuentran en el área urbana, en el grupo ladino y en la región metropolitana, donde el 93% de los partos es fundamentalmente atendido en los servicios estatales y privados de salud por personal médico calificado. La atención por comadrona es de mayor importancia en el área rural, en las regiones nor-occidente, sur-oriente y a nivel de departamento, en Quiché, Chimaltenango, y Huehuetenango. Según grupo étnico, casi tres de cada cuatro mujeres del grupo indígena han recibido atención del parto por comadrona, comparado con el 43% para el grupo ladino. (1,3,7).

Diversos estudios antropológicos y médicos, evidencian la importancia de la práctica de la CT en las actuales condiciones del país, lo que también ha sido reconocido por instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Estas han desarrollado programas de capacitación y adiestramiento para comadronas empíricas, pero con énfasis en las técnicas de la medicina moderna, los que además generalmente no contemplan prácticas evaluativas, el idioma y la cultura de las mismas. (20).

B. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES:

El parto a lo largo de la historia siempre ha sido considerado un hecho entre mujeres. El oficio de la comadrona y el de la trabajadora sexual son los oficios femeninos más antiguos de la historia y se remonta a 6000 años antes de Cristo.

Ante la necesidad de asistir a otra mujer, la comadrona era también curandera, médica, conocedora de las plantas que mezclaba con prácticas mágicas en favor de la conservación de la salud y utilizando en su práctica baños, masajes y algunos instrumentos fruto del desarrollo de la caza. Muchas veces prevalecía su rol de apoyo emocional al rol de la técnica. (18).

Guatemala, se caracteriza por poseer y conservar gran cantidad de conocimientos populares, fruto de la cultura maya, una de las más florecientes de la antigüedad.

La medicina tradicional es secuela importante de esa herencia, que se ha transmitido de generación en generación, principalmente en las comunidades rurales e indígenas. Muchos son los agentes de los que se vale la medicina tradicional para poder sobrevivir a través de los siglos, entre los que se mencionan: curanderos/as, hueseros/as, brujos/as, hierberos/as, masajistas y a las comadronas; cada uno/a con funciones específicas. La mayor parte de los mismos aprende su oficio por transmisión de conocimientos y observación de prácticas específicas. (19).

La existencia de las "parteras", como también se les reconoce en algunos lugares, se describe desde el periodo prehispánico, donde a Ixchel, diosa de la luna, del parto y la fecundidad se le imploraba para ayudar a las mujeres parir y para curar la esterilidad. Las parteras gozaban de muchas distinciones ya que junto a los chilanes auxiliaban a los dioses mayas; éstas son descritas como mujeres de edad avanzada que gozaban de mucho prestigio por sus conocimientos. (19).

Las comadronas, con sus manos expertas, en base a masajes, hierbas medicinales, consejos sobre el cuidado de la dieta, la higiene y la actividad de la mujer antes, durante y después del parto (15- 20 días).

Actualmente, cambiando poco o nada su práctica, las comadronas continúan siendo reconocidas por sus amplios conocimientos obstétrico-pediátricos, los cuales están inmersos en un contexto socio-cultural compartido por los miembros de su comunidad.

La comadrona tradicional o empírica, se caracteriza por ser una líder natural que es respetada y valorada en sus comunidades por el servicio que presta para la salud de las mujeres embarazadas y niños que atiende. En regiones como la Nor-occidental del país aún su trabajo es determinado por su día de nacimiento en el calendario maya. Deberá ser preparada para este trabajo, así como por revelaciones o sueños que son consultados a los sacerdotes mayas, quienes les orientan para recibir los conocimientos necesarios. En otras regiones del país este trabajo es heredado de abuelas, madres y nietas (11,8,2,13).

Como una necesidad urgente, por no haber en el país personal de salud suficiente para atender a la población, en 1935 se autorizó la práctica de las comadronas, por acuerdo gubernativo del 26 de abril, creándose posteriormente los programas de adiestramiento a las mismas, de ahí que se manejan los conceptos siguientes: a) Comadrona Tradicional es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras comadronas tradicionales; b) Comadrona Tradicional Capacitada: es la comadrona tradicional que asiste a un programa de adiestramiento en centros modernos de asistencia sanitaria para mejorar su competencia. (5).

En la actualidad, como producto de un proceso de capacitación con enfoque metodológico étnico-participativo, 25 grupos de comadronas se encuentran constituidas por comités locales, las que representadas en un Comité Nacional, pretenden incidir más directamente en aspectos organizativos, seguimiento a las capacitaciones y la disminución de la mortalidad materno infantil a través de la atención directa del embarazo, parto y puerperio, rescatando la cosmovisión maya y verificando el cumplimiento de los acuerdos de salud posterior a la firma de los acuerdos de paz. (11).

C. ANTECEDENTES SOBRE LA CAPACITACIÓN A COMADRONAS TRADICIONALES EN ASECSA:

Fundada en 1978, la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud ASECSA, como organización civil, de carácter no gubernamental, de interés social y no lucrativa, que a través de la Atención Primaria en Salud dirige sus esfuerzos en función de mejorar la calidad de vida de la población. (9).

La Asociación alberga a 71 organizaciones y programas socios que orientan su trabajo en la Atención Primaria de Salud, los cuales desarrollan diversas actividades en Nutrición, Saneamiento ambiental, Proyectos Agropecuarios, Artesanales, de Educación Formal y no formal. (9).

El interés de trabajar con comadronas tradicionales surge como necesidad de los programas de salud asociados, y luego de varios intentos, en 1988 se inicia la capacitación a las mismas, con el objetivo directo de satisfacer dichas necesidades que concretamente eran la alta morbi-mortalidad de las mujeres y niños que eran abatidos en sus comunidades por causas principalmente asociadas al embarazo, parto, puerperio y desnutrición. (10).

Pese a los años de trabajo en el ramo, ASECSA basa su trabajo en la experiencia no sistematizada que ha venido realizando. Basándose en la metodología de la Educación Participativa, y haciéndolo en tres momentos específicos: a) se pretende rescatar y valorar el conocimiento acumulado de las comadronas, b) luego viene la etapa de la teorización y c) se finaliza en un tercer momento que es la formulación de la práctica mejorada, la cual se pretende llegue a las comunidades donde laboran las participantes, lográndose de esta manera favorecer a los más olvidados por el sistema de salud, madres y niños/as. (16).

El objetivo principal de las capacitaciones es intercambiar experiencias entre el grupo de comadronas participantes, pretendiéndose que al finalizar el año, las participantes reconozcan los casos de alto riesgo, tomen las medidas adecuadas según el caso y las refieran a un centro asistencial, donde la madre y el niño tendrán más posibilidades de sobrevivencia.

ASECSA brinda capacitación en cuatro regiones del país siendo éstas: Chimaltenango, Alta Verapaz, Rabinal y Petén; dando cobertura a 18 departamentos. (9). En la región Chimaltenango se capacitan comadronas en

dos centros de capacitación, uno en la cabecera departamental y otro en San Miguel Pochuta, donde anualmente se asisten alrededor de 40 CT.

D. CONTENIDO DEL CURSO: (14,9)

Se imparte un ciclo de 6 talleres al año de tres días cada uno, así:

- TALLER No. 1:
 - La comadrona tradicional y su papel en la comunidad
 - Órganos reproductivos
 - Reproducción humana
- TALLER No. 2:
 - Embarazo
 - Control Prenatal
 - Molestias más comunes en el embarazo
 - Complicaciones en el embarazo (Hemorragias, ITU, Vaginitis, Situación fetal inadecuada).
- TALLER No. 3:
 - Parto normal
 - Complicaciones durante el parto (Placenta previa, Mala presentación, Retención de hombros, Prolapso del cordón, Presencia de Meconio).
 - Atención del Recién Nacido (Normal y Pretérmino)
 - Cuidados del Post parto.
 - Complicaciones más comunes.
 - Infecciones en el Recién Nacido
 - Inmunizaciones
- TALLER No. 4:
 - Lactancia materna
 - Enfermedades de las mamas
 - Problemas ginecológicos más comunes
 - Enfermedades de transmisión sexual (incluye SIDA)
 - Precauciones universales
- TALLER No. 5:
 - Medicina tradicional

- TALLER No. 6:
 - Educación Sexual
 - Salud reproductiva
 - Autoestima
 - Maternidad y paternidad Responsable
 - Riesgo Reproductivo
 - Espaciamiento de los Embarazos.

E. OTROS ASPECTOS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN:

Una vez culminado el ciclo de 6 talleres, la Asociación proporciona a las mismas un diploma y un carnet que las acredita como Comadronas Tradicionales Capacitadas, y un botiquín que contiene el equipo mínimo de atención de partos (una toalla, tijera con punta redondeada, una olla, una perilla, jabonera con jabón, guantes estériles, cinta de castilla y una báscula) en el ámbito domiciliario, el que se espera sea utilizado por las comadronas de conformidad con las técnicas y procedimientos aprendidos durante el periodo de adiestramiento. (9,10,14).

F. LIMITACIONES DE LOS PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN A COMADRONAS TRADICIONALES:

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los programas de capacitación a comadronas tradicionales dejan mucho que desear en cuanto a su impacto y eficacia cuando se amplían a escala nacional, a menos que se mantenga rigurosamente el apoyo técnico necesario.

La misma OMS afirma que el analfabetismo, los costos elevados de la capacitación, el escaso recurso comunitario y la competencia con la comadrona no capacitada son las principales limitaciones de los programas de capacitación y concluye que los gastos que entraña dicha capacitación sólo estarán justificados cuando se cuente con un sistema adecuado de apoyo y supervisión para respaldar el programa. (5).

Por otro lado, muchos programas de capacitación tratan de despojar a la CT de su visión y concepción mitica-religiosa y tratan de colmarla de conocimientos técnicos del sistema médico oficial, olvidando que la actividad que ella realiza no se limita al cuidado biológico de la mujer, sino que su práctica incluye actividades de apoyo y bienestar psicológico a la madre, el padre y la familia. (20).

G. PERSPECTIVAS FUTURAS SOBRE LA CAPACITACIÓN A COMADRONAS TRADICIONALES:

Según la OMS, una integración total de las CT con el personal de salud es imposible. Lo que importa es que las capacitaciones le ayuden a éstas a desempeñar con menos riesgo las funciones que ya tenían a su cargo previamente.

Experiencias en países como Cuba, donde la mortalidad materna e infantil ascendía en 1995 a 33 por 100,000 NV y 7.9 por 1,000 NV respectivamente, (4), no existen la figura de la comadrona tradicional, pero sí, una atención sectorizada por especialidades básicas (médicos/as familiares) establecida en 1979, donde la profilaxis del riesgo materno perinatal es esencial y ha evidenciado sus frutos en la disminución de los indicadores de mortalidad. (21).

La crítica situación de salud materno infantil en Guatemala es una muestra feaciente de que la tecnificación del personal comunitario en salud, en este caso específico a las CT es únicamente una medida paliativa, y que para lograr cambios sustanciales en este rubro deberían hacerse cambios estructurales profundos en el actual sistema de salud que nos rige, priorizando la profilaxis, y basándose en el respeto a la diversidad cultural.

Experiencias muy positivas al respecto tenemos a nivel de las maternidades cantonales, específicamente la Clínica Periférica Primero de Julio, donde, los partos son atendidos por Comadronas Tecnificadas, que cuentan además del local, con el equipo necesario y posibilidad de cumplir con las técnicas de asepsia y antisepsia correspondiente. El apoyo médico va desde visitas periódicas, hasta el acompañamiento directo en la resolución del parto si es necesario, con lo cual, según, estudios de tesis de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala disminuye notablemente la morbi-mortalidad materna y neonatal.

La misma OMS reconoce que, en países como el nuestro, siempre será necesario preservar lo mejor que ofrece la asistencia de las CT: la dedicación abnegada, el sentimiento humanitario y la respuesta a las necesidades culturales y espirituales. Incluso cuando las mujeres tengan acceso a la asistencia sanitaria moderna y a los servicios de comadronas profesionales o

médicos/as, es probable que sigan recurriendo durante mucho tiempo a curanderos/as y CT en busca de consejos y asistencia complementaria en espera de que el nuevo sistema asistencial llegue a atender todas sus necesidades.

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

A. Tipo de Estudio:

Descriptivo transversal.

B. Objeto de Estudio:

Comadronas que recibieron capacitación por ASECSA durante 1998 y médicos y paramédicos de los Centros de Salud de la cabecera departamental de Chimaltenango y el municipio de San Miguel Pochuta así como personal del área gineco-obstétrica del Hospital Nacional de Chimaltenango.

C. Población a Estudiar:

40 comadronas tradicionales capacitadas en Chimaltenango y San Miguel Pochuta, y al personal técnico de los servicios de salud del área de Chimaltenango.

D. Criterios de Inclusión y Exclusión:

Se incluyeron en el estudio a todas las comadronas tradicionales que asistieron a los talleres impartidos por ASECSA durante 1998 en San Miguel Pochuta y Chimaltenango.

Personal médico y paramédico del área de gineco-obstetricia del Hospital Nacional de Chimaltenango y personal técnico de los Centros de Salud del área en estudio.

Se excluirá del estudio a toda aquella comadrona y personal de los servicios estatales de salud, que no desee participar en el mismo.

E. Definición de Variables:

- 1. Edad:**
 - a) Definición: tiempo que una persona ha vivido, a contar desde que nació.
 - b) Escala de medición: ordinal, se tomarán años cumplidos lo que refiera la comadrona al momento de la entrevista.
- 2. Idioma:**
 - a) Definición: modo particular de hablar de un grupo de personas.
 - b) Escala de medición: nominal, se tomará en cuenta lo referido por la comadrona.
- 3. Escolaridad:**
 - a) Definición: Estudios que haya realizado en escuelas, institutos o centros de alfabetización.
 - b) Escala de medición: nominal, se tomará en cuenta lo referido por la entrevistada.
- 4. Tiempo de ejercer:**
 - a) Definición: duración determinada desde el inicio de su trabajo hasta la fecha.
 - b) Escala de medición: ordinal, se tomará en años.
- 5. Étnia:**
 - a) Definición: agrupación natural de individuos de la misma cultura.
 - c) Escala de medición: nominal, la referida de acuerdo a su identidad Ladina o Indígena.
- 5. Capacitaciones recibidas:**
 - a) Definición: formación, acción y efecto de prepararse para realizar algo.
 - b) Escala de medición: nominal, MSPAS, ONG, OTROS.
- 6. Remuneración:**
 - a) Definición: precio o pago de un trabajo.
 - b) Escala de medición: ordinal, se tomará en quetzales lo que refiera la comadrona.
- 7. Motivo por el que se inició en el trabajo:**
 - a) Definición: causas que la llevaron a tomar el trabajo de comadrona.
 - b) Escala de medición: nominal, tradición familiar, nombrada por la comunidad, necesidad, otros.
- 8. Problemas comunes encontrados:**
 - a) Definición: patologías más frecuentes encontradas en las pacientes atendidas.
 - b) Escala de medición: nominal, se listarán en orden de frecuencia, tomando en cuenta las distintas etapas obstétricas (embarazo, parto y puerperio).
- 9. Referencias a los servicios de salud:**
 - a) Definición: acto de trasladar a una paciente a un nivel de atención superior.
 - b) Escala de medición: nominal, sí, no.
- 10. Causas comunes de referencia:**
 - a) Definición: razón por la cual la comadrona traslada a una paciente a un servicio de salud.
 - b) Escala de medición: nominal, se listará lo referido, en orden de frecuencia.
- 11. Problemas encontrados durante la referencia:**
 - a) Definición: obstáculos que se presentan al consultar a un servicio estatal de salud.
 - c) Escala de medición: nominal, antes de llegar y en los servicios.

12. Conocimiento del trabajo de las comadronas:

a) Definición: noción de las actividades realizadas por las comadronas por parte del personal de salud estatal.

b) Escala de medición: nominal, sí, no.

13. Percepción del trabajo de las comadronas tradicionales capacitadas:

a) Definición: apreciación del desempeño de la comadrona tradicional capacitada en la comunidad.

b) Escala de medición: nominal, bueno, malo, regular.

14. Clasificación de la interacción del personal de salud estatal y las comadronas.

a) Definición: se entiende como la influencia recíproca entre dos grupos

b) Escala de medición: nominal, bueno, regular, malo.

15. Casos de alto riesgo obstétrico:

a) Definición: condición que pone en riesgo la vida de la madre y el feto durante el embarazo y el parto.

b) Escala de medición: nominal, sí, no.

16. Condición de la paciente a su llegada al servicio de salud:

a) Definición: Se entiende como el estado de salud de la paciente al momento de su llegada al servicio estatal de salud.

b) Escala de medición: nominal, grave, estable, feto muerto.

17. Atribución respecto a la condición de salud de la paciente:

a) Definición: se entiende como el señalamiento de la causa por la cual la paciente llegó en una condición de salud determinada.

b) Escala de medición: nominal, desconocimiento de alto riesgo obstétrico, mala práctica, acceso difícil al servicio de salud, otros.

F. Recursos:

1. Humano:

- Comadronas tradicionales de la región Chimaltenango.
- Médico asesor del trabajo de tesis.
- Médico revisor del trabajo de tesis.

2. Materiales:

- Instalaciones del Centro de Capacitación de ASECSA Chimaltenango.
- Instalaciones del Centro de Educación y Recuperación Nutricional "Emmanuel" de San Miguel Pochuta.
- Biblioteca de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Biblioteca de la Oficina Panamericana de la Salud OPS.
- Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Centro de Documentación ASECSA, Chimaltenango.
- Computadora.
- Impresora.
- Material de escritorio y papelería.
- Guías de entrevistas.

3. Económicos:

- Fotocopias	Q. 100.00
- Impresión	Q. 1,000.00
- Materiales de Computación	Q. 250.00
- Transporte y movilización	Q. 100.00
- Total calculado	Q. 1450.00

F. Proceso de recolección de la información:

La recolección de la información se llevó a cabo a través de un instrumento especialmente diseñado para dos grupos distintos (comadronas y personal médico y paramédico de los servicios estatales de salud).

La recolección de información de las comadronas se realizó en 2 etapas: a las participantes en los talleres de Chimaltenango, se efectuaron entrevistas individuales durante la ejecución de los mismos. Mientras que a las comadronas de San Miguel Pochuta hubo que citarlas específicamente para ello, lográndose su participación total y consciente en el estudio.

La información acerca de las comadronas que proporcionó el personal técnico de los servicios estatales de salud se recolectó visitando sus respectivas áreas de trabajo

Ética de la Investigación:

Para el presente estudio se elaboraron dos guías de entrevistas dirigidas a comadronas tradicionales capacitadas y al personal de los servicios estatales de salud, que contienen las preguntas necesarias para determinar la interacción entre los mismos; no se incluyeron nombres para evitar que ello afectara la sinceridad de las respuestas.

Los resultados de esta información fueron manejados con discreción y servirán para reorientar si es necesario los contenidos de las capacitaciones.

Plan de análisis:

Una vez recolectada la información, cada uno de los grupos en estudio se analizó por separado, y luego se determinó la interacción entre éstos actores en lo que a la atención al grupo materno-infantil respecta, enumerando las causas que favorecen o entorpecen dicha interacción; así también se confrontaron las sugerencias aportadas por ambos grupos para superar los problemas existentes.

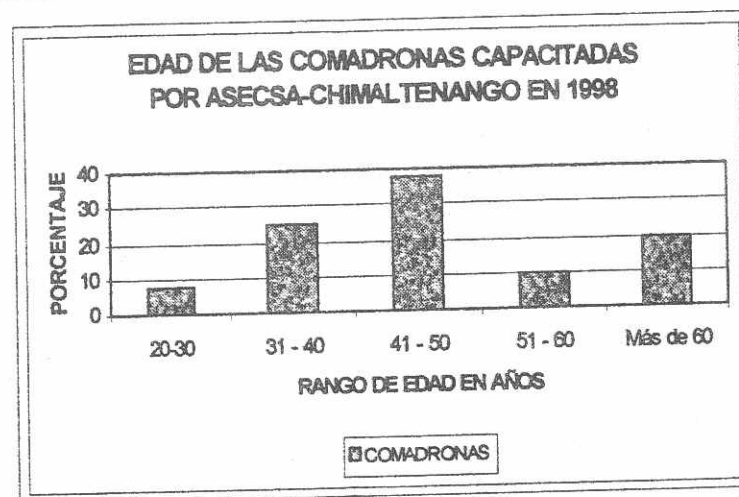
La información relevante se presentó en gráficas y cuadros, utilizando para esto la estadística descriptiva.

FASE I INFORMACIÓN OBTENIDA DE LAS COMADRONAS

Se recolectó la información de las 40 comadronas tradicionales capacitadas por ASECSA - Chimaltenango en 1998 que equivale al 100% de la muestra en estudio.

DATOS GENERALES

GRAFICA No. 1



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

La mayoría de las comadronas son mujeres en edad mediana o avanzada, aunque se evidencia que la población joven suma un porcentaje considerable (33%) lo que puede estar relacionado con que la práctica en la profesión se inicia a edades relativamente tempranas.

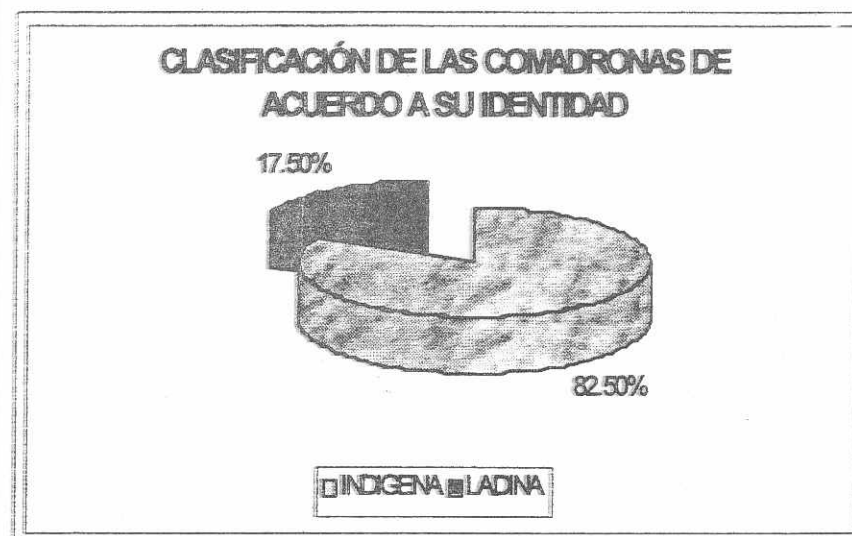
Cuadro No. 1 Nivel de escolaridad encontrado entre las comadronas capacitadas por ASECSA-Chimaltenango en 1998.

Nivel de escolaridad	Porcentaje	total
1ero y 2do. primaria	10	4
3ero y 4to. primaria	12.5	5
5to y 6to. Primaria	5	2
Más de 6to.	5	2
No estudió	67.5	27
total	100	40

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

La mayoría de las CTC no poseen ningún grado de escolaridad (67.5%), y el resto ni siquiera ha completado la primaria, lo que implica un mayor esfuerzo para hacer efectivo el proceso de enseñanza aprendizaje.

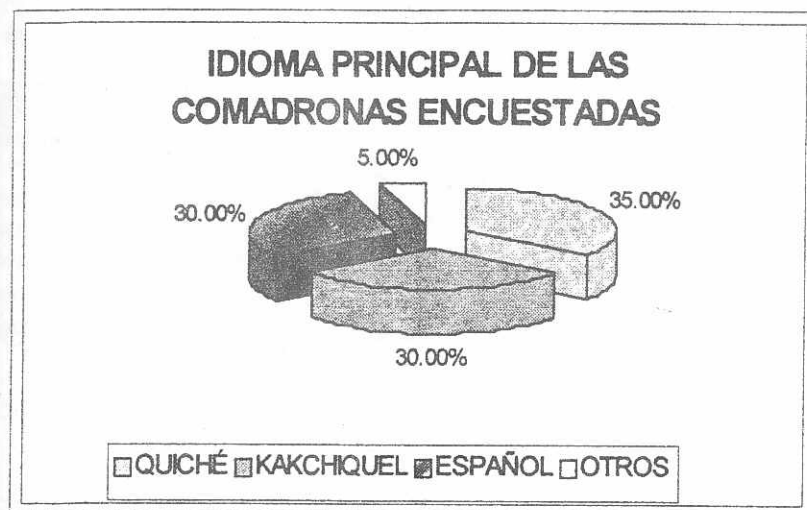
GRAFICA No. 2



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

La población que ASECSA atiende es principalmente indigena y es evidente en el actual estudio, donde el 82.5% (33 comadronas) de la muestra se identificó como indigena.

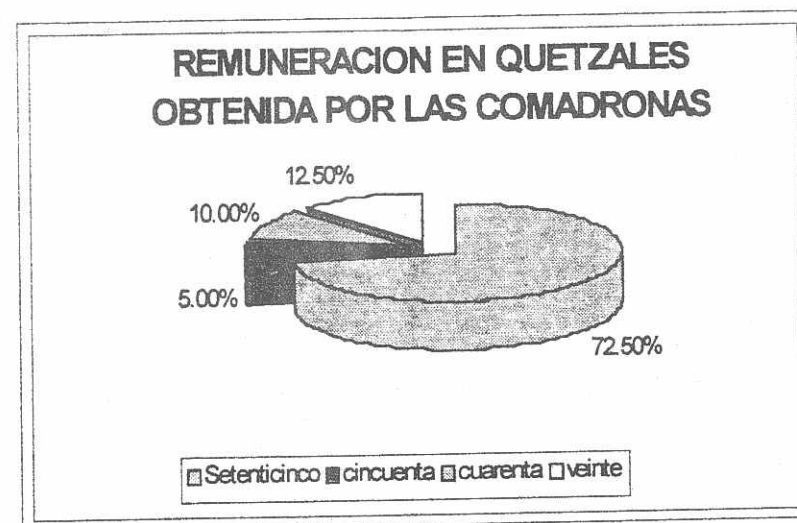
GRAFICA No. 3



FUENTE: Boleta de recolección de recolección de datos

La mayoría de las comadronas (97.5%) entiende el español, pero sólo un 30% se expresa en este idioma, el resto prefiere hacerlo en su idioma maya, siendo el quiché y el kakchiquel respectivamente los mayoritarios. Lo anterior favorece su relación con la comunidad y resulta siendo una limitante en la interacción con los servicios estatales.

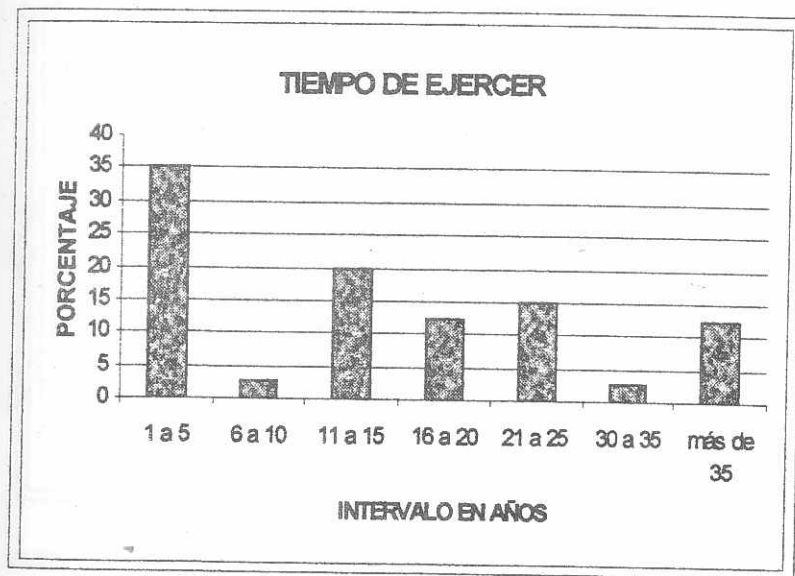
GRAFICA No. 4



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Si bien, la mayoría de las comadronas tradicionales (72.5%) cobran Q75.00 por su servicio, el resto cobra menos. El precio incluye el control prenatal, la atención del parto y los cuidados puerperales, y puede hacerse a plazos y a veces en especie (maíz, café, gallinas, etc.). Lo anterior evidencia la sostenibilidad económica y la accesibilidad de su servicio en las comunidades.

GRAFICA No. 5

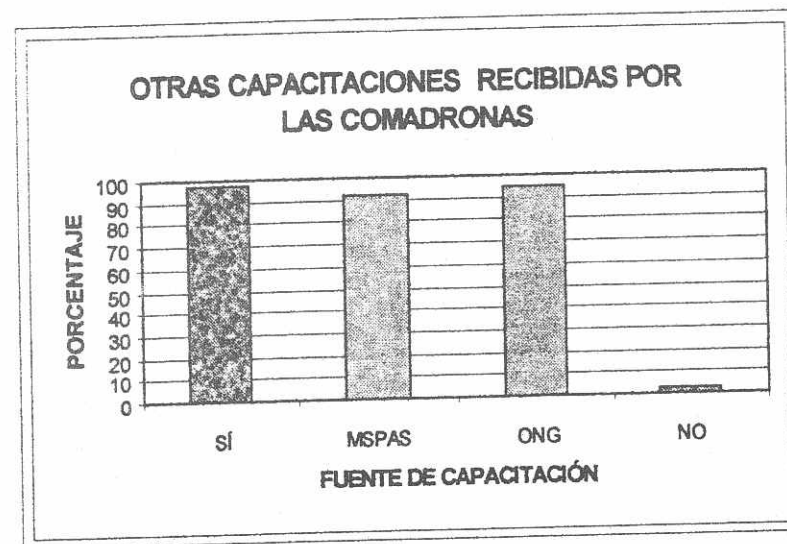


FUENTE: Boleta de recolección de datos.

14 comadronas (35%) de las que asisten a las capacitaciones tienen relativamente poca experiencia laboral (entre 1 y 5 años), lo que puede estar relacionado con que a mayor experiencia, la demanda por sus servicios aumenta y es más difícil salir de sus comunidades a capacitarse. También es una muestra de que su labor inicia a temprana edad.

TRABAJO Y CAPACITACIÓN

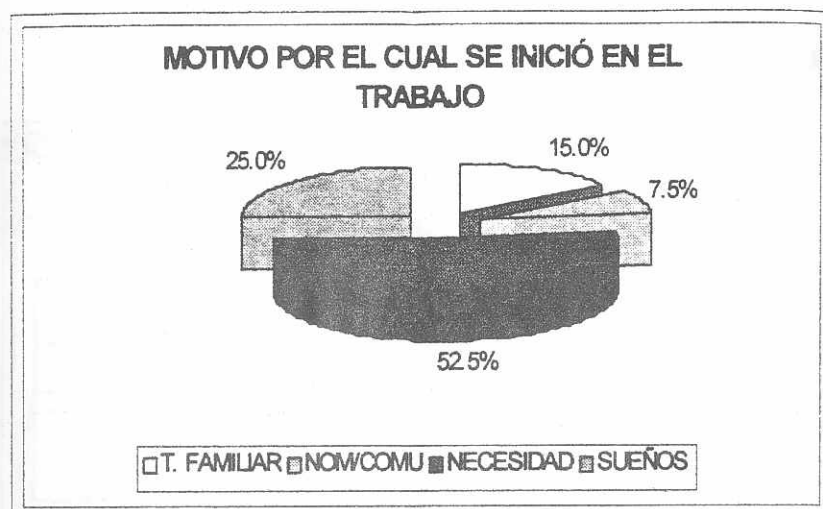
GRAFICA No. 6



FUENTE: Boleta de recolección de datos

Puede verse que 39 comadronas (97.5%) han recibido otras capacitaciones diferentes a las proporcionadas por ASECSA, de las cuales, al 95% las ha capacitado una ONG y al 91% el MSPAS. Esto evidencia una clara descoordinación entre los responsables del proceso y que debe tomarse muy en cuenta para evitar la duplicidad de esfuerzos y optimizar los resultados esperados.

GRAFICA No. 7



FUENTE: Boleta de recolección datos.

Es evidente acá, que el motivo principal por el cual la mayoría de comadronas (21) se inician en el trabajo es la necesidad determinada por la baja cobertura de los servicios de salud. El misticismo rodea la práctica tradicional, lo que se corrobora con el hecho de que 10 comadronas (25%) afirmaron que sueños revelatorios o enfermedades subyacentes les condujeron a optar por ese trabajo, (casi el 50% de las que se iniciaron por necesidad también refirieron haber tenido sueños con anterioridad).

Independientemente del motivo inicial, a todas las entrevistadas les gusta su trabajo y lo consideran sagrado; lo que constituye una diferencia trascendental entre comadronas tradicionales capacitadas y el personal oficial prestador del servicio. (Cuadro No. 2).

CUADRO No. 2 Información a cerca de la satisfacción de las comadronas por el trabajo que realizan.

LE GUSTA EL TRABAJO QUE REALIZA?	CANTIDA D	PORCENTAJE
SI	40	100
NO	0	0
TOTAL	40	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos

CUADRO 3. Problemas más comunes encontrados por las comadronas durante el embarazo

PROBLEMA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Hemorragia	14	26.92
Mala situación	7	13.46
ITU	3	5.77
Flujo vaginal	2	3.85
Preeclampsia	1	1.92
RPMO	1	1.92
Desnutrición materna	1	1.92
Cesárea previa	1	1.92
Dolores antes del parto	1	1.92
Ninguno	21	40.39
Total	52	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos

A muchas CTC no les gusta hablar de los problemas con que se encuentran en su práctica cotidiana debido a la resistencia cultural histórica establecida y al temor a represalias futuras, de ahí que un alto porcentaje de ellas reportó no haber tenido problemas. Sin embargo, en lo referente al embarazo identifican la hemorragia, la mala situación e ITU como las causas más frecuentes de morbilidad.

Cuadro 4. Problemas más comunes encontrados por las comadronas durante el trabajo de parto

PROBLEMA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Mala presentación	14	22.22
Retención placentaria	11	17.46
Parto gemelar	5	7.94
Feto muerto	5	7.94
Malformaciones	3	4.77
Prolapso del cordón	2	3.17
Placenta previa	2	3.17
Hemorragia	2	3.17
Ninguno	14	22.22
Otros	5	7.94
Total	63	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Es el parto la etapa más difícil y que más riesgo representa para las CTC, siendo la mala presentación junto a la retención placentaria los nombrados con mayor frecuencia. Cabe resaltar que la presentación en transversa es la única que refieren al Hospital, debido a que las podálicas las atienden en casa sin problemas, según lo afirmaron.

El estudio evidenció que la etapa que menos dificultades representa es el postparto, pues más del 66% de las comadronas afirmaron no haber tenido problemas; esto puede explicarse por dos premisas: el temor subyacente, o adecuada higiene. (Cuadro No. 5).

Cuadro 5. Problemas más comunes presentados en el puerperio inmediato encontrados por las comadronas.

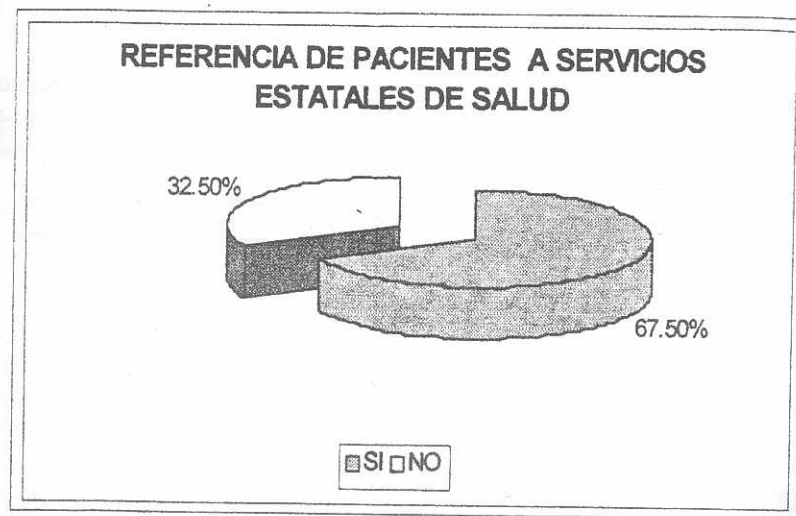
PROBLEMAS	CANTIDAD	PORCENTAJE
Fiebre	5	11.91
ITU	4	9.52
Anemia	3	7.14
Hemorragia	2	4.76
Ninguno	28	66.67
Total	42	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Cabe decir además, que los problemas enumerados por las comadronas en las diferentes etapas obstétricas forman parte de los contenidos que ASECSA imparte en sus capacitaciones.

Un dato relevante es que la mayoría de las comadronas tradicionales capacitadas (67.5%) cumplen con recomendar a sus pacientes la asistencia a un servicio estatal cuando es requerido, sin embargo, el resto afirman no haber tenido necesidad aún de referir a nadie, pero que lo harán cuando el caso se presente. (Gráfica No. 8).

GRAFICA No. 8



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 6 Causas de referencia de pacientes a los Servicios de Salud Estatales por parte de las comadronas.

CAUSA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Retención placentaria	11	18.6
Estrechez pélvica	10	16.9
Mala presentación	7	11.8
Prolapso del cordón	3	5.08
Hemorragias	3	5.08
Placenta previa	2	3.38
Parto gemelar	2	3.38
Otros	9	15.25
Ninguna	12	20.3
Total	59	100.0

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Los casos referidos por las CTC son efectivamente de alto riesgo, lo que se evidencia en el cuadro anterior, esto refleja en alguna medida su adecuado aprendizaje, ya sea en las capacitaciones recibidas o la experiencia adquirida durante los años de trabajo.

CUADRO No. 7 Problemas encontrados por las comadronas con las pacientes al referirlas a los Servicios Estatales de Salud.

PROBLEMA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Económico	23	33.8
Falta de transporte	20	29.4
Renuencia del paciente	8	11.7
Vías inadecuadas	4	5.8
Ninguno	13	19.1
Total	68	100.0

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Pese a que las CTC identifican los casos de alto riesgo obstétrico y hacen la referencia, son varias las barreras que se deben salvar para que éstas se hagan efectivas (Cuadro No. 7); entre las mencionadas con mayor frecuencia están la precariedad económica (23 comadronas), la escasez de transporte y las vías de acceso inadecuadas; no menos importante es la renuencia de la paciente a ser sacada de su entorno hacia un medio considerado por ella como hostil. Lo anterior debe tomarse en cuenta antes de hacer un juicio apresurado respecto a su proceder.

CUADRO No. 8 Problemas encontrados por las comadronas en los Servicios Estatales de Salud al referir pacientes.

PROBLEMA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Miedo	11	24.45
Mala atención	8	17.78
Vergüenza	6	13.33
Idioma	5	11.11
Ninguno	15	33.33
Total	45	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Si logran vencer las barreras mencionadas con anterioridad, ya en el servicio estatal de salud, las CTC refirieron que muy raramente acompañan a sus pacientes hasta allí por temor a las reprimendas de que son objeto. Sin embargo hicieron referencia a las razones principales por las cuales sus pacientes muchas veces hacen caso omiso a sus recomendaciones, siendo el miedo a los procedimientos el mencionado con mayor frecuencia, la mala atención (las regañan, las hacen esperar, no las atienden porque se acabaron los números etc.), el pudor es violentado (las obligan a desnudarse) y muchas veces porque son monolingües. Lo anterior es parte de la deshumanización del servicio, otra diferencia garrafal entre la atención de las CTC y las instituciones estatales.

CUADRO No. 9 Razones por las que las comadronas capacitadas por ASECSA-Chimaltenango en 1998, consideran que las capacitaciones recibidas les han ayudado en su trabajo.

RAZON	CANTIDAD	PORCENTAJE
Aprende cosas nuevas	11	27.5
Ayuda mejor a sus pacientes	6	15.0
Mejora capacidad de resolver problemas	6	15.0
Mejora su trabajo	5	12.5
Aprende cuándo referir pacientes	4	10.0
Dan valor	3	7.5
Examina mejor a sus pacientes	3	7.5
Aprende a tener más precauciones	2	7.5
Total	40	100.0

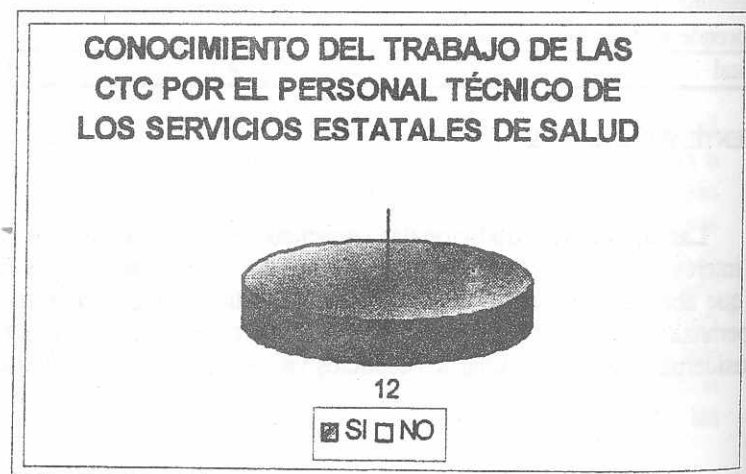
FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Las comadronas tradicionales capacitadas evidencian con sus respuestas su interés por aprender cosas nuevas para poder ayudar mejor a sus pacientes, lo que abre las puertas a las capacitaciones futuras y representa además una esperanza para quienes dependen exclusivamente de ellas. Esto debería ser considerado y así aprovechar los espacios ya conseguidos y no violentarlos.

FASE II INFORMACIÓN OBTENIDA DEL PERSONAL TÉCNICO DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD SOBRE EL TRABAJO DE LAS COMADRONAS TRDICIONALES CAPACITATAS POR ASECSA - CHIMALTENANGO EN 1998

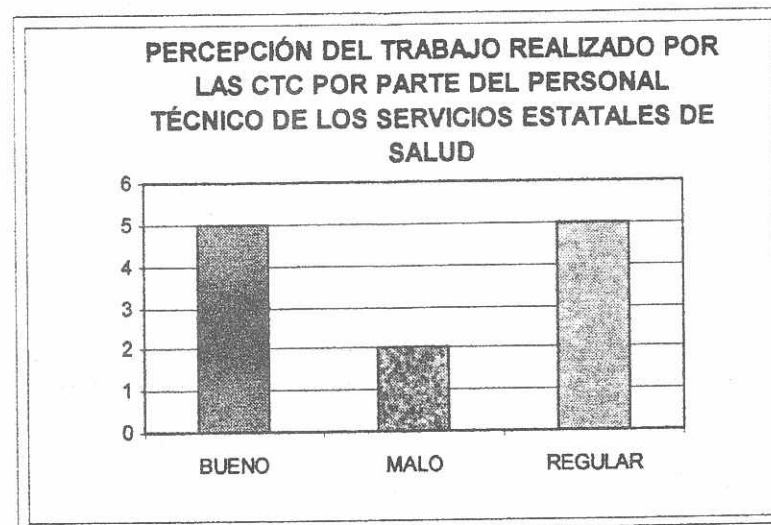
Se entrevistó a 12 trabajadores/as de los servicios estatales de salud quienes debían estar en contacto con CTC, (Gráfica No. 9) el estudio incluyó a dos gineco-obstetras, un médico general, tres médicos turnistas, un técnico de salud rural y 5 enfermeras, que conformaron la totalidad de la muestra estudiada.

GRAFICA No. 9



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

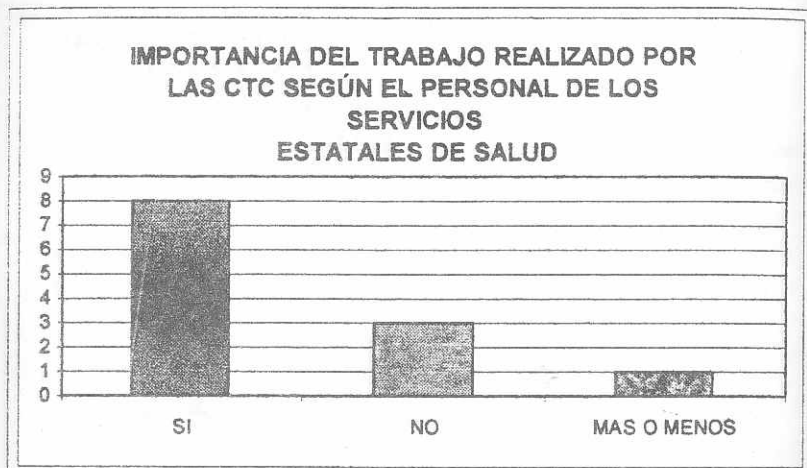
GRAFICA No. 10



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

La calidad del trabajo de las CTC es percibido por la mayoría de los técnicos entre malo y regular, aduciendo que no hacen lo que se les enseña en las capacitaciones y a veces provocan la muerte de las pacientes. Sin embargo, 5 de ellos opinaron que generalmente hacen bien su trabajo y que además atienden muchos partos. Es necesario aclarar que el personal femenino tienen una opinión más benévola en este aspecto a diferencia del masculino, lo cual podría describirse como identificación genérica.

GRAFICA No. 11

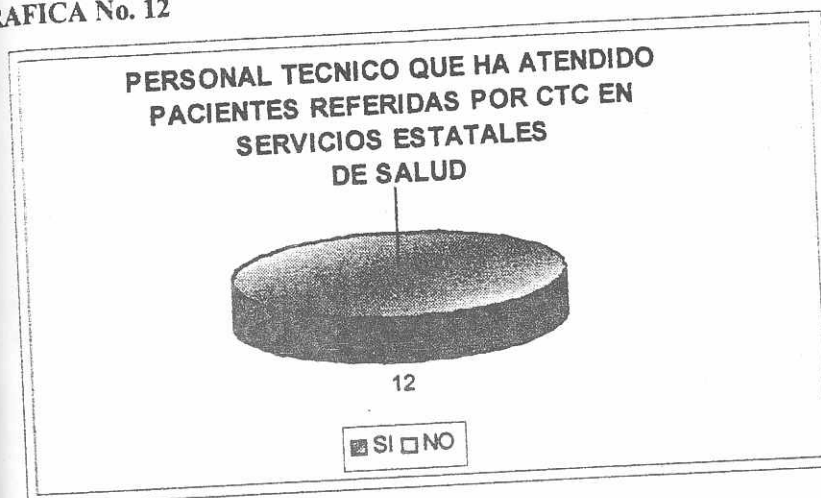


FUENTE: Boleta de recolección de datos.

La mayoría del personal (8) estuvo de acuerdo con que pase a los errores que cometen, las CTC atienden muchos partos y que por las limitantes físicas de los servicios estatales no podrían ser atendidos a ese nivel.

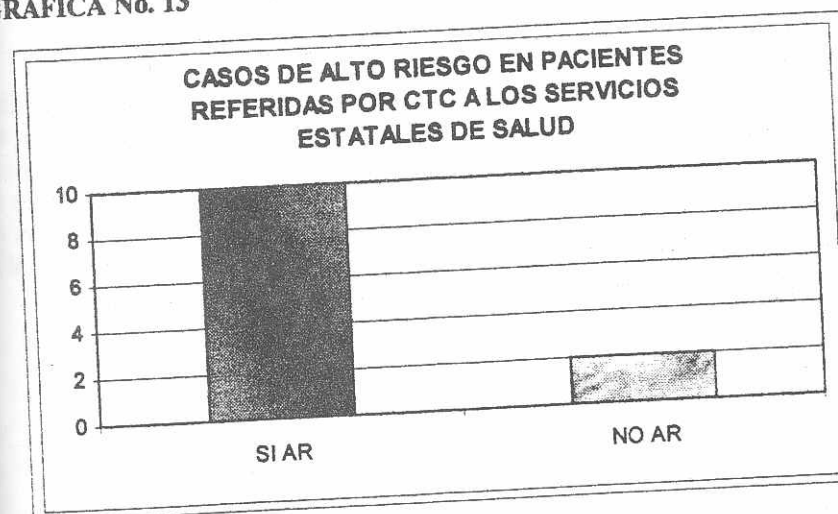
Todos los encuestados afirmaron haber atendido en alguna oportunidad a pacientes referidos por CTC (Ver Gráfica No. 12) de cuyos casos la gran mayoría (10) fueron considerados como alto riesgo (Ver Gráfica No. 13). Esto evidencia que las CTC los reconocen y cumplen con hacer las referencias cuando se encuentra con ellos.

GRAFICA No. 12



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No. 13



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

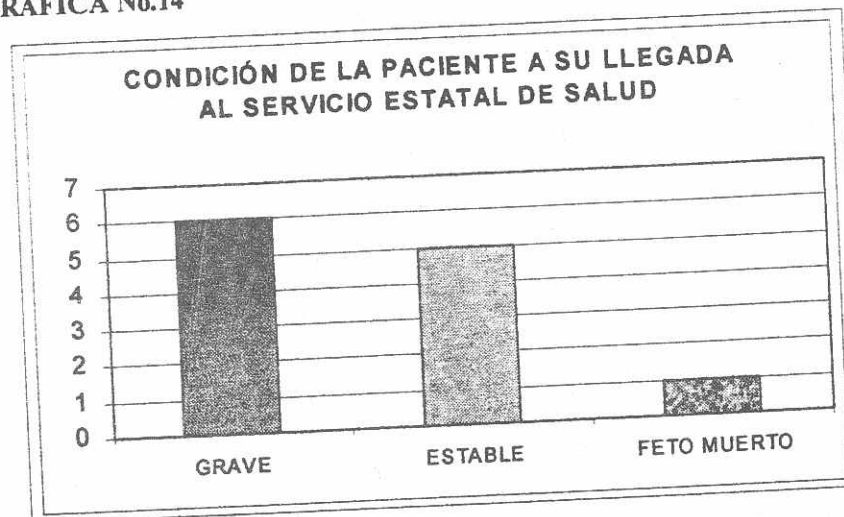
CUADRO No. 10 Casos más frecuentes referidos a Servicios Estatales de Salud, por las comadronas tradicionales capacitadas.

MOTIVO DE REFERENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Presentación transversa	6	23.08
Retención placentaria	4	15.38
Sepsis	3	11.54
Ruptura uterina	2	7.69
Prolapso del cordón	2	7.69
Placenta previa	2	7.69
Hemorragias	2	7.69
Otros	5	19.24
Total	26	100.00

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

Aunque en diferente orden, los casos atendidos por el personal técnico coinciden con los referidos por las CTC (Cuadro No. 10). El problema se manifiesta cuando al ingreso al servicio de salud, la condición de las pacientes se ha deteriorado (Gráfica No. 14) en más de la mitad de los casos e incluso el producto de la gestación ha fallecido. La gran responsable de ello, según el personal estatal es la CTC que por mala práctica o desconocimiento sobre alto riesgo obstétrico no refiere a tiempo a sus pacientes (Ver cuadro No. 11).

GRAFICA No.14



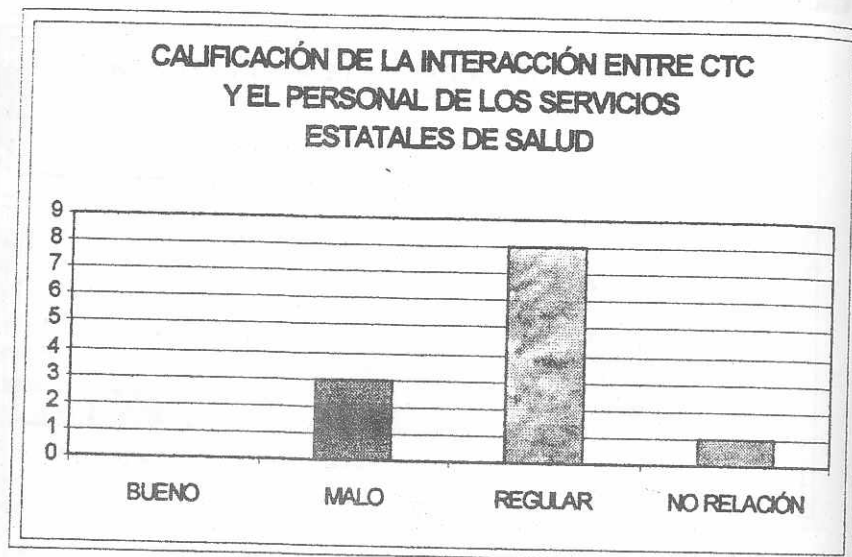
FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO No. 11 Atribución de la condición de la paciente a su llegada a los Servicios Estatales de salud según el personal técnico.

CAUSA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Mala práctica	5	25
Desc. de las CTC sobre Arobstétrico	3	15
No se atienden emergencias	3	15
CTC esperan último momento	3	15
Difícil acceso a servicios de salud	2	10
No son casos de AR obstétrico	2	10
Otros	2	10
Total	20	100

FUENTE: Boleta de recolección de datos.

GRAFICA No.15



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

En relación a su interacción con las CTC, el personal el personal de salud la calificó de regular a mala, lo que básicamente se explica por las diferencias socioculturales evidenciadas a lo largo de este estudio.

Lo anterior se refuerza al comparar las sugerencias de ambos grupos en estudio para mejorar su interacción (Ver Anexos 3 y 4), donde, mientras el personal técnico exige cumplimiento a lo aprendido en las capacitaciones, las CTC anteponen a todo el mejoramiento de las relaciones humanas de dicho personal (no regaños, no maltratos, no enojos, que expliquen mejor, etc.) y la atención que prestan dichos servicios.

Ambos grupos coinciden en que para mejorar su interacción debe principalmente mejorarse las capacitaciones, mejorar la atención en salud institucional y coordinar las capacitaciones ONG – MSPAS, lo cual debe ser analizado y tomado en cuenta por las instituciones que se dedican a ello.

VIII. CONCLUSIONES

1. La capacitación a comadronas tradicionales no puede considerarse desde ningún punto de vista como la solución a la problemática en Salud Materno-Infantil.
2. La capacitación a comadronas tradicionales sigue siendo un paliativo necesario y justificado por las limitaciones socioeconómicas de nuestro país.
3. Los contenidos de la capacitación que ASECSA imparte en sus talleres, tiene estrecha relación con los problemas más frecuentes encontrados por las comadronas en sus comunidades.
4. La interacción entre comadronas tradicionales capacitadas y el personal técnico de los servicios estatales de salud es socioculturalmente inadecuada.
5. Las CTC saben identificar casos de alto riesgo obstétrico, pero las condiciones de pobreza e infraestructura inadecuada e inaccesible en sus comunidades es una limitante para referir a sus pacientes con prontitud.
6. El mejoramiento en la calidad de atención en los servicios estatales de salud tendría efectos positivos en la interacción del personal contratado y las comadronas tradicionales capacitadas.

IX. RECOMENDACIONES

1. Es fundamental que las capacitaciones a CT se diseñen tomando en cuenta la concepción mítica – religiosa que éstas poseen en relación al trabajo que desempeñan.
2. Continuar y dar seguimiento a las capacitaciones a CT de forma descentralizada de modo que el intercambio de experiencias sea más real y efectivo.
3. Coordinar las capacitaciones ONG'S – MSPAS para evitar la duplicidad de esfuerzos y las confrontaciones innecesarias.
4. Formalizar la tecnificación de comadronas tradicionales a través de instancias facultadas como el MSPAS o la USAC.

X. RESUMEN

Actualmente en Guatemala, la atención en salud Materno – infantil descansa en dos pilares esenciales: las comadronas y el personal de los servicios estatales de salud.

Por lo anterior, gran parte de la calidad de atención que recibe la madre y el recién nacido depende de la adecuada interacción entre estos actores, y es lo que motivó este estudio.

Se logró determinar en el mismo que la capacitación a comadronas tradicionales sigue siendo un paliativo necesario y justificado por las limitaciones socioeconómicas de nuestro país, pero que no puede considerarse como la única solución a la problemática.

Las medidas a tomar deberán ser entonces más agresivas, tomando en cuenta las necesidades específicas de la población. La coordinación de esfuerzos entre entidades responsables e interesadas en contribuir a la solución del problema es indispensable, pero mientras tanto, mejorar la interacción entre comadronas y personal institucional representa una alternativa para optimizar el actual recurso y mejorar la atención que madres y niños/as requieren.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. INE-MSPAS-USAID-UNICEF-DHS. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1995. Octubre 1996.
2. Villatoro, Elba. La Comadrona A Través De La Historia En Las Prácticas Obstétrico Pediátricas: Una Experiencia En El Área Ixil, Quiché. Centro de Estudios Folklóricos. USAC. No.97/1994.
3. OPS-OMS. Situación de salud en Guatemala. Indicadores Básicos 1995.
4. OPS-OMS. Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 1997.
5. OMS. Parteras Tradicionales. Declaración Conjunta OMS/FNUAP/UNICEF. Ginebra 1993.
6. OPS. Evaluación para el Planteamiento de Programas de Educación para la Salud. Serie Paltex No. 18, 1990.
7. OPS-OMS. Condiciones de salud en Guatemala 1994. Guatemala mayo 1994.
8. Hurtado, Elena. Desde la Comunidad. Percepción de las Complicaciones Maternas y Perinatales y Búsqueda de Atención. Guatemala 1996.
9. ASECSA. Planeación Estratégica 1997 – 2000. Chimaltenango 1996
10. ASECSA. Informe General sobre Encuentro de Factibilidad, Proyecto Materno Infantil. Chimaltenango, abril 1987.
11. Comité Nacional de Comadronas Tradicionales de Guatemala. Memoria del IX Encuentro Nacional de Comadronas Tradicionales. Alta Verapaz, Cobán, octubre, 1997.
12. MotherCare-USAID-MSPAS-DGSS. Intervención Materno Perinatal. Guatemala, Febrero-Agosto 1996.
13. Villatoro, Elba. Tradiciones de Guatemala. Centro de Estudios Folklóricos USAC. 1996.
14. ASECSA. Plan Operativo anual 1998. Sucinta del Proyecto de Comadronas. Chimaltenango 1997, 1998.
15. MSPAS. Boletín Epidemiológico Nacional. No. 13, Agosto VII-VIII, 1996.
16. Werner & Bower. Aprendiendo a Promover la Salud. 2da Edición Reimpresa 1993. Fundación Hesperian. Palo Alto California.
17. ONU. Guatemala: Los Contrastes del Desarrollo Humano. Edición 1998.
18. Ara, Ana. El Parto a través de la Historia. Colectivo de Mujeres de Matagalpa, Nicaragua 1995.
19. MSPAS. Proyecto de Valoración y Superación de la Comadrona Tradicional en la República de Guatemala. 1989.
20. Villatoro, Elba. La Comadrona Tradicional y Adiestrada en el desempeño de las prácticas Obstétrico Pediátricas del Área Ixil, El Quiché. Guatemala, marzo 1994.
21. Lugones Botell & Alacán Moreira. Revista Cubana de Medicina General Integral. Editorial Ciencias Médicas, Marzo, 1991.

Anexo No.1

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE TESIS

“DESEMPEÑO DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES
CAPACITADAS POR ASECSA CHIMALTENANGO DURANTE 1998
Y SU INTERACCIÓN CON LOS SERVICIOS ESTATALES DE
SALUD”

GUÍA PARA COMADRONAS
DATOS GENERALES:

Número de Boleta: _____

- | | |
|-----------------------|-----------------------------|
| 1. Edad: _____ | 4. Idioma/s: _____ |
| 2. Escolaridad: _____ | 5. Remuneración: _____ |
| 3. Étnia: _____ | 6. Tiempo de Ejercer: _____ |

TRABAJO Y CAPACITACIÓN:

7. Ha recibido otras capacitaciones: SI: _____ NO: _____
Con Quién: MSPAS _____
ONG _____
OTROS _____

8. Motivo por el cual se inició en el trabajo:
- a. Tradición familiar
 - b. Nombrada por la comunidad
 - c. Por necesidad
 - d. Otros _____

9. Le gusta el trabajo que hace? SI: _____ NO: _____

10. Durante los años de práctica, cuáles son los problemas más comunes con los que se ha encontrado?

Embarazo:

- a. Preeclampsia
- b. Ruptura Prematura de Membrana Ovular
- c. Hemorragia
- d. Otros _____

Parto:

- a. Hemorragia
- b. Retención Placentaria
- c. Mala Presentación
- d. Feto Muerto
- e. Otros _____

Puerperio:

- a. Fiebre
- b. Hemorragia
- c. Anemia (debilidad)
- d. Otros _____

11. Ha referido pacientes a los servicios estatales de salud? SI: ____ NO: ____

12. Causas más comunes de referencia (mencione 3):

13. Qué problemas ha encontrado cuando tiene que referir sus pacientes a los servicios estatales de salud?

Antes de llegar:

- a. Económico
- b. Vías de comunicación inadecuadas
- c. Falta de Transporte.
- D. Otros _____

En los Servicios de Salud:

- a. Idioma
- b. Vergüenza
- c. Miedo
- d. Otros _____

14. Cree Usted que las capacitaciones recibidas le han ayudado en su trabajo?

SI: ____ NO: ____

Por Qué: _____

15. Sugerencias para mejorar la interacción entre Ud. (Comadrona) y los Servicios Estatales de Salud:

Anexo No. 2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS

“DESEMPEÑO DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES
CAPACITADAS EN ASECSA CHIMALTENANGO DURANTE 1998 Y
SU INTERACCIÓN CON LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD”

GUÍA PARA EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS ESTATALES:

1. Conoce Ud. el trabajo de las Comadronas Tradicionales Capacitadas de su región: SI: ____ NO: ____

2. Cómo percibe el trabajo que la comadrona tradicional Capacitada realiza:

- a. Bueno
- b. Malo
- c. Regular
- d. Desconoce

Por Qué: _____

3. Cree Ud. que el trabajo que las CTC realizan es importante?

SI: ____ NO: ____

Por Qué: _____

4. Ha atendido Ud. alguna paciente referida por CTC? SI: ____ NO: ____

5. Era caso de Alto Riesgo Obstétrico? SI: ____ NO: ____

Especifique: _____

6.Cuál era la condición de la paciente a su llegada al Servicio de Salud?

- a. Grave
- b. Estable
- c. Feto muerto

7. A qué atribuye Ud. el estado de salud de la paciente a su llegada al servicio de salud?

- a. Desconocimiento de la CTC sobre Alto Riesgo Obstétrico
- b. Mala práctica
- c. Dificil acceso al Servicio de Salud
- d. Otros: _____

8. Cómo clasifica la interacción entre el personal de salud estatal y las CTC?

- a. Bueno
- b. regular
- c. Malo
- d. No se Relacionan

9. Qué sugiere para mejorar la relación entre el personal técnico de los servicios estatales de salud y las CTC?

Anexo No. 4

SUGERENCIAS DE LAS COMADRONAS TRADICIONALES PARA MEJORAR LA INTERACCIÓN CON EL PERSONAL DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

- 1) Mejorar las relaciones humanas del personal técnico estatal (no regaños, no maltratos, no enojos, dar mejores explicaciones, etc.).
- 2) Mejorar la atención en los centros de salud y hospital (emergencias, atención todos los días, no dar números, atender bien a las pacientes.
- 3) Recibir más orientación y capacitación para brindar un mejor servicio.
- 4) No subestimar nuestro trabajo.
- 5) Implementar el equipo necesario, ambulancias y más centros de salud.
- 6) Coordinar las capacitaciones con las ONG.
- 7) No vender el equipo y materiales de trabajo (cinta de castilla, alcohol etc.).
- 8) Respetar la cultura (de comadronas y pacientes).
- 9) Compartir los conocimientos.
- 10) Dar charlas de salud comunitaria.
- 11) Realizar control prenatal con los doctores en las comunidades.

Anexo No. 4

SUGERENCIAS DEL PERSONAL TÉCNICO DE LOS SERVICIOS ESTATALES DE SALUD PARA MEJORAR SU INTERACCIÓN CON LAS COMADRONAS TRADICIONALES CAPACITADAS

- 1) Exigir que realicen mejor su trabajo conforme a las capacitaciones que reciben.
- 2) Mejorar y dar seguimiento a las capacitaciones que se les proporcionan.
- 3) Supervisar el trabajo que realizan las comadronas.
- 4) Implementar hojas de referencia y contra referencia.
- 5) Mejorar la atención hospitalaria.
- 6) Coordinar las capacitaciones con las ONG.
- 7) Que las comadronas observen como se atienden los partos en el hospital.
- 8) No rechazar a las pacientes referidas por las comadronas.
- 9) Alfabetizar a las comadronas.
- 10) Conocerlas mejor.
- 11) Proporcionarles un carnet para que puedan acompañar a sus pacientes en la institución.