

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL PUERPERIO INMEDIATO
CON PERTINENCIA INTERCULTURAL”**

Estudio cualitativo sobre los factores que influyen en la aplicación de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural en personal médico y paramédico, comadronas y usuarias del Centro de Urgencias Médicas –CUM-, del municipio de Tecpán, departamento de Chimaltenango

abril-mayo 2017

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Carlos Humberto Mazariegos Letran
Laura D. Friesen

Médico y Cirujano

Guatemala, julio de 2017

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Los estudiantes:

Carlos Humberto Mazariegos Letran 201110349 2132251070101
Laura D. Friesen 201180018 P0186520

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

**"ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL PUERPERIO INMEDIATO
CON PERTINENCIA INTERCULTURAL"**

Estudio cualitativo sobre los factores que influyen en la aplicación de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural en personal médico y paramédico, comadronas y usuarios del Centro de Urgencias Médicas -CUM-, del municipio de Tecpán, departamento de Chimaltenango

abril-mayo 2017

Trabajo asesorado por la Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez y revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el diez de julio del dos mil diecisiete

DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Carlos Humberto Mazariegos Letran	201110349	2132251070101
Laura D. Friesen	201180018	P0186520

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**"ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL PUERPERIO INMEDIATO
CON PERTINENCIA INTERCULTURAL"**

Estudio cualitativo sobre los factores que influyen en la aplicación de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural en personal médico y paramédico, comadronas y usuarias del Centro de Urgencias Médicas -CUM- del municipio de Tecpán, departamento de Chimaltenango

abril-mayo 2017

El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se le autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el diez de julio del dos mil diecisiete.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950

Dr. C. César Oswaldo García García

Coordinador

USAC
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 10 de julio del 2017

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

Carlos Humberto Mazariegos Letran

Laura D. Friesen



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

**"ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL PUERPERIO INMEDIATO
CON PERTINENCIA INTERCULTURAL"**

Estudio cualitativo sobre los factores que influyen en la aplicación de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural en personal médico y paramédico, comadronas y usuarios del Centro de Urgencias Médicas -CUM-, del municipio de Tecpán, departamento de Chimaltenango.

abril-mayo 2017

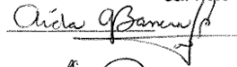
Del cual la asesora y revisora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Firmas y sellos

Revisora: Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez
Registro de personal 20030843

Asesora: Dra. Ada Beatriz Reyes Juárez

Aída G. Barrera P.
MSc en Alimentación y Nutrición
Col. 11598



Ada Beatriz Reyes Juárez
MÉDICO Y CIRUJANO
Col. 11,602

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Explorar los factores que influyen en la aplicación de la interculturalidad con respecto a la atención del parto y puerperio inmediato en personal médico y paramédico, comadronas y usuarias del servicio en el CUM (Centro de Urgencias Médicas) de Tecpán, Chimaltenango, abril-mayo, 2017. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio cualitativo con diseño etnográfico. Se realizó un total de 13 entrevistas en profundidad a personal médico y paramédico y diez a usuarias, además de tres grupos focales con comadronas, aplicando un muestreo por informante clave. Se evaluó la infraestructura de la sala de partos culturalmente adecuada y salas de posparto a través de una lista de cotejo. **RESULTADOS:** Se evidenciaron saberes limitados sobre las prácticas con pertinencia cultural incluidas dentro de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural en el personal de salud. Las prácticas implementadas son aceptadas por el personal de salud debido a que generan confianza y empatía con el paciente. Se contó con el 65% de los elementos de infraestructura y equipo de la sala de partos culturalmente adecuada y se espera la autorización del Área de Salud para promocionarla públicamente. Las comadronas percibieron una atención deficiente, y refirieron poco interés y capacitación del personal del servicio de salud. Las usuarias opinaron que existe una buena relación con el personal de salud. Sin embargo, no se les brindó una atención con adecuación cultural. **CONCLUSIONES:** Los factores que influyen en la implementación de las prácticas interculturales son de índole económica principalmente, además de aspectos estructurales, organizacionales y socio-culturales. La reciente iniciativa del CUM en la aceptación de la interculturalidad como prioridad en la atención, ha facilitado el proceso de implementación de estas prácticas.

PALABRAS CLAVE: interculturalidad, pertinencia cultural, parto, puerperio inmediato

.

DEDICATORIA

“Porque el Señor da la sabiduría; de sus labios brotan conocimiento e inteligencia.” Prov 2:6

- A Dios:** Mi Creador, mi Redentor, mi Padre y Fuente de la Vida.
- A Daddy:** El mejor papá que Dios me hubiera podido regalar, quien me amó, me enseñó y me animó hasta su último momento.
- A mi madre:** A pesar de la distancia física, nunca dejó de apoyarme y creer en mí.
- A mi familia:** Por sacrificarse para ayudarme a alcanzar este logro.
- A las familias:** Que me acogieron cuando mi familia biológica estaba lejos.
- A mis compañeros:** Se volvieron mis amigos y mi familia y compartimos los gozos y sufrimientos de esta carrera y de la vida.
- A mi compañero de tesis:** Por las horas de trabajo y porque nuestro esfuerzo tuvo recompensa.
- A mis profesores:** Por compartir sus conocimientos y sabiduría conmigo durante mi carrera. Gracias por exigir excelencia académica, sin olvidarse del lado humano de la medicina.

Laura D. Friesen

DEDICATORIA

- A Dios:** Por regalarme una vida llena de bendiciones.
- A mi bisabuelita:** Rosa Elena Molina (+), su santa memoria lo hizo posible.
- A mi abuelita:** Tomasa Valdéz, por enseñarme el poder de la fe en Dios.
- A mi madre:** Iliana Letrán, quien con su amor y apoyo incondicional, me conduce a alcanzar mis más grandes sueños. Gracias mami.
- A mi familia:** Mis tíos, primos y abuelos, en especial a mi tío Miguel Letrán, por creer en mí y ser parte especial de mis logros.
- A mis amigos:** Con quienes he compartido experiencias inolvidables y me enseñaron a perseverar durante mi carrera.
- A mi compañera de tesis:** Laura Friesen, lo logramos.
- A mis docentes:** Por ser parte de mi formación académica y profesional.

Carlos Humberto Mazariegos Letran

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	OBJETIVOS	3
3.	MARCO TEÓRICO	5
3.1.	Etnografía	5
3.1.1.	El proceso etnográfico	6
3.1.2.	Triangulación de datos.....	6
3.2.	Antropología de la salud	7
3.3.	Cosmovisión Maya.....	8
3.4.	Antropología del parto.....	9
3.5.	Pertinencia cultural en salud	10
3.6.	Accesibilidad e interculturalidad en salud.....	12
3.7.	Normas de Atención con Pertinencia Cultural	13
3.7.1.	Atención del parto.....	13
3.7.1.1.	Recurso humano	13
3.7.1.2.	Infraestructura	14
3.7.1.3.	Equipo y medicamentos	14
3.7.1.4.	Modalidades de posición en la atención del parto.....	15
3.7.2.	Puerperio inmediato.....	17
3.7.2.1.	Alimentación.....	17
3.7.2.2.	Disposición de la placenta	17
3.8.	Marco legal y políticas de salud	18
3.8.1.	Políticas Públicas Internacionales.....	18
3.8.2.	Constitución Política de la República de Guatemala (1993).....	19
3.8.3.	Acuerdos de Paz (1996)	19
3.8.4.	Ley de Idiomas. Decreto 19-2003	20
3.8.5.	Acuerdo Ministerial 1632-2009	20
3.8.6.	Acuerdo Ministerial 8-2010	20
3.8.7.	Ley para la Maternidad Saludable. Decreto 32-2010	21
3.8.8.	Política Nacional de Comadronas (2015-2025).....	21
3.9.	Red de servicios de salud en Chimaltenango	22
3.9.1.	Centro de Urgencias Médicas en Tecpán	22

4.	POBLACIÓN Y MÉTODOS	23
4.1.	Tipo de estudio y diseño metodológico	23
4.2.	Población y muestra	23
4.2.1.	Población	23
4.2.2.	Muestreo	23
4.3.	Selección de los sujetos a estudio	23
4.4.	Indicador del tamaño de la muestra	24
4.5.	Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	25
4.6.	Procesamiento y análisis de datos	27
4.6.1.	Reducción de los datos	27
4.6.2.	Disposición y transformación de los datos	29
4.6.3.	Obtención de resultados y verificación de conclusiones	29
4.7.	Alcances y límites de la investigación	30
4.8.	Aspectos éticos de la investigación	30
5.	RESULTADOS	33
6.	DISCUSIÓN	65
7.	CONCLUSIONES	75
8.	RECOMENDACIONES	77
9.	APORTES	79
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
11.	ANEXOS	89

1. INTRODUCCIÓN

Guatemala es uno de los países latinoamericanos con los peores indicadores en salud, debido en gran parte a la inequidad de quienes viven en situación de pobreza y marginalidad social.¹ En Guatemala, menos de la mitad de la población tiene acceso a los servicios de salud, lo que conduce a escasa utilización de los servicios públicos. Según las estadísticas del INE del 2012, 49.2% de la población de Chimaltenango vive en áreas rurales y un 78.4% se identifica como indígena.²

La población guatemalteca es portadora de derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales, entre los que se encuentra el privilegio de integralidad en la atención en salud. Desde el año 2009, el MSPAS (Ministerio de Salud y Asistencia Social) inició con el diseño e implementación de políticas públicas que fortalecieran el enfoque para la salud de pueblos indígenas y la interculturalidad a través del Acuerdo Ministerial 1632-2009, el cual garantiza la atención en salud tomando en cuenta el contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe del país.³

La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de “derecho a la diferencia” y quiere decir “adecuado a la cultura”; busca que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas.⁴ La complejidad étnica y cultural de Guatemala obliga a que se aborden los problemas de acceso a los servicios de salud mediante la implementación de estrategias interculturales, que permitan contribuir a resolver las dificultades observadas entre el nivel institucional de salud y la población demandante de los servicios.

En el año 2010, se generaron las Normas de Atención con Pertinencia Cultural, las cuales responden a la implementación de las políticas priorizadas por el Ministerio de Salud, en cuanto al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de Guatemala⁵. Ese mismo año, fue publicado el estudio cualitativo sobre “Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural”, el cual demostró cambios positivos en las prácticas de interculturalidad dentro de los servicios de salud de los departamentos de San Marcos, Alta y Baja Verapaz, Huehuetenango, Sololá, Quiché, Jutiapa y Chiquimula.¹

En la actualidad existe una gran cantidad de programas segmentados, casi sin presencia en las distintas comunidades indígenas, creando barreras por la marginación de cultura, idioma y pertinencia étnica. En ocasiones esta realidad se traduce en situaciones de “racismo” o “discriminación” social, institucional y de salud. De esta forma, las barreras culturales plantean el reto más complejo, ya que hay poca comprensión de los factores sociales y culturales que derivan del conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con la salud de la población indígena.

En Chimaltenango, existe una deficiencia de información sobre el nivel de avance y adecuación intercultural según lo determinado en las Normas de Atención con Pertinencia Cultural, por lo cual se partió de la pregunta principal: ¿cuáles son los factores que influyen en la aplicación de interculturalidad según las Normas de Atención con Pertinencia Cultural con respecto a la atención del parto y puerperio inmediato por parte del personal médico y paramédico, comadronas y usuarias del servicio en el CUM de Tecpán?

Con la intención de responder a esta interrogante, se realizó este estudio cualitativo con diseño etnográfico, para evaluar el conocimiento y percepciones de los grupos sociales e institucionales y determinar los factores que influyen en el proceso de implementación de las prácticas de interculturalidad en el servicio de salud. Por medio de 13 entrevistas dirigidas a personal médico y paramédico, la formación de tres grupos focales a comadronas y diez entrevistas a usuarias, se logró recolectar la información que posteriormente sirvió para aplicar el método de triangulación de datos con análisis colectivo y generar las conclusiones pertinentes. Finalmente, se utilizó una lista de cotejo para evaluar los elementos de infraestructura y equipo de las salas de parto culturalmente adecuada y valorar el porcentaje de cumplimiento.

2. OBJETIVOS

2.1. General

Explorar los factores que influyen en la aplicación de la interculturalidad con respecto a la atención del parto y puerperio inmediato en personal médico y paramédico, comadronas y usuarias del servicio en el CUM de Tecpán, Chimaltenango, durante los meses de abril a mayo del 2017.

2.2. Específicos

- 2.2.1** Determinar los saberes por parte de los principales actores de la salud (personal médico y paramédico) sobre la aplicación de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural.
- 2.2.2** Profundizar sobre las prácticas implementadas para lograr la adecuación intercultural y la percepción de estas por el personal de salud.
- 2.2.3** Describir las características de la infraestructura en salas de parto y posparto y las razones por las cuales se ha implementado o no espacios con pertinencia cultural según lo determinado en las Normas de Atención con Pertinencia Cultural.
- 2.2.4** Analizar la percepción de las comadronas con respecto al proceso de atención del parto y puerperio inmediato.
- 2.2.5** Describir la opinión de las usuarias del servicio de salud con respecto a la atención del parto y recomendaciones recibidas durante el puerperio por parte del personal de salud.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Etnografía

Etimológicamente, el término proviene del griego “*ethnos*” (tribu, pueblo) y de “*grapho*” (descripción o estudio de grupos humanos) y se utiliza para referirse a la “descripción del modo de vida de un grupo de individuos”. Se define como el método de investigación por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta.⁶

Este método fue desarrollado por antropólogos y sociólogos, siendo el estudio directo de personas o grupos durante un cierto periodo, utilizando la observación participante o las entrevistas para conocer su comportamiento social. Mauss, que fue uno de los antecesores y propulsores de la misma, la entendía como “una observación profunda, lo más completa y avanzada posible, sin olvidar nada de una tribu”. Su origen se remonta al siglo XIX y principios del siglo XX, donde aparecen vinculadas dos tradiciones: la antropología cultural y los estudios de la escuela de Chicago (entre 1910 y 1940) caracterizados por el uso de métodos cualitativos como la observación participante y la entrevista en profundidad.⁷

La finalidad de la etnografía consiste en la descripción de una cultura, delimitarla y caracterizarla, la interpretación de la misma para llegar a su comprensión, descubrir sus valores, sus formas de organización, los roles que cumplen sus integrantes, cuáles son sus problemas y qué los motiva.⁸ Otra finalidad de la etnografía es la transformación del investigador, tanto de sus ideas como concepciones previas de una cultura.⁶

Las características de la etnografía engloban tres aspectos principales:

- La participación prolongada en el contexto a estudiar o la necesidad de convivir con el grupo a estudio durante periodos de tiempo para comprender las interacciones entre sus miembros.⁶
- La observación participante por parte del investigador.⁶
- Es holística y naturalista, es decir, relaciona a los individuos con su entorno socio-económico, físico y simbólico desde un punto de vista interno (de los miembros del grupo) y una perspectiva externa (interpretación del investigador).⁷

3.1.1. El proceso etnográfico

El proceso etnográfico no es un proceso lineal, sino circular, en el que se pueden identificar diferentes momentos, que en la práctica pueden darse de manera simultánea. Estos momentos son: la negociación y el acceso al campo, el trabajo de campo, el análisis de los datos y la elaboración del informe etnográfico.⁶

- Negociación y acceso al campo: consiste en abrirse puertas al campo de estudio, lo cual puede determinar el curso de la investigación. Una vez “negociada” la entrada, se procede a acceder a un campo, es decir, penetrar en las culturas así como invadir determinados espacios habitados por otros.⁶
- Trabajo de campo: en esta etapa se recoge la información con la que se trabajará posteriormente, realizando los pertinentes análisis. Dentro de las técnicas de recolección de información en etnografía se encuentran: la observación participante (técnica por excelencia), la entrevista y el análisis documental; el fin de estas técnicas deben contribuir a un objetivo básico: la triangulación de perspectivas.⁶
- Análisis de datos: dada la cantidad de información con la que se trabaja, es preciso reducir los datos más relevantes para el estudio. Una vez seleccionados los datos, es preciso organizarlos en categorías explicativas en las que se agrupan los significados más importantes recogidos.⁶

3.1.2. Triangulación de datos

La triangulación es la estrategia de validación de datos más empleada y conocida en etnografías. Se entiende como la relación de las aportaciones de diferentes agentes en la investigación, incluyendo el punto de vista del investigador.⁶ Campbell y Fiske son conocidos como los primeros que aplicaron en 1959 la triangulación de investigación.⁹

Existen cuatro tipos:

- Triangulación de métodos: se contrasta la información obtenida a través de una técnica con otras.⁶

- Triangulación teórica: uso de múltiples perspectivas en relación con el mismo objeto a estudio.⁹
- Triangulación de datos: se aplica la técnica de recolección de datos en diferentes tiempos, espacios y personas, y se verifica si la información es consistente. El análisis de personas se divide a su vez en agregado, interactivo y colectivo.⁹
- Triangulación de expertos: diferentes investigadores que se encuentran en el mismo campo ponen en común sus observaciones del tema a estudio.⁶

3.2. Antropología de la salud

La medicina se ha desarrollado a través de los siglos para ayudar a la adaptación del hombre a la naturaleza y satisfacer sus necesidades. En la historia del pensamiento humano sobre salud-enfermedad se identifican tres periodos: el pensamiento mágico-religioso, el pensamiento filosófico y el pensamiento científico. Estas formas de pensar se relacionan y se contradicen entre sí. El pensamiento médico mágico, mítico y religioso considera que las enfermedades son de origen sobrenatural: castigo divino por pecado, posesión de malos espíritus o demonios, maleficio de los brujos hacia personas o animales, influencia maléfica del mal aire y miasmas.¹⁰ A partir del siglo XVIII la medicina occidental entra en la era científica en base a los conocimientos de la medicina racional adquiridos en el curso de las épocas y como producto directo de los descubrimientos en anatomía y fisiología.¹⁰ Este desarrollo obliga a la confrontación entre las culturas que participan en las diferentes corrientes de pensamiento.

La antropología sociocultural estudia las culturas, “la manera de vivir del hombre en conformidad con su medio ambiente” y estudia las organizaciones en referencia a la cultura a la que pertenece.¹⁰ La antropología de la salud propone el estudio de todos los elementos relacionados con las formas diferentes “de comprender, vivir y elaborar soluciones frente al proceso salud-enfermedad-atención”¹¹.

Se reconoce al ser humano no solo como un simple ser biológico sino como una unidad biopsicosocial con un componente psíquico con ideas, creencias, actitudes y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad. Es importante considerar los patrones culturales que influyen en este componente psíquico para practicar una medicina efectiva y culturalmente aceptada.¹²

Desde el punto de vista antropológico, el hombre tiene necesidades clasificadas en biológicas, psico-sociales y de orden psíquico-superior, las cuales el hombre trata de satisfacer modificando la naturaleza. Estos esfuerzos forman un patrón de pensamientos y acciones que evolucionan para formar la cultura.¹² Las necesidades biológicas implican el instinto de conservación de la vida en cuanto a alimentación, ropa, y defensa del peligro. Las necesidades psico-sociales se originan del instinto sexual para la procreación y continuación de la especie; la familia es creada como la institución base de la sociedad y se desarrolla la religión. Las necesidades psíquicas superiores requieren ideales conocidos como valores a los que aspiran los individuos. Estos valores difieren de cultura a cultura pero son universales ya que se manifiestan en todas las culturas y son parte integral de la percepción de salud y enfermedad.¹⁰

Los valores y prácticas culturales forman un sistema médico integrado y coherente, una red compleja de creencias. Se describen tres componentes principales: ideas o filosofías sobre el proceso de salud-enfermedad, roles sociales de terapeutas, y material o equipo requerido.¹³ Tomando en cuenta estos tres componentes, el estudio de la antropología de la salud es un requerimiento que debe realizarse antes y durante todo programa de salud. Este estudio proporciona conocimiento integral sobre la comunidad, sus problemas de salud, y los recursos humanos para finalmente conocer el concepto local de salud y enfermedad, lo que es indispensable para crear aceptación de los servicios de salud por la población.¹⁰

Conocer las prácticas médicas tradicionales aumenta la influencia de los servicios de salud para modificar, de una manera favorable, los hábitos y costumbres relacionados a la salud. Tomando en cuenta estos aspectos, la salud pública evoluciona de un agente de salud, a un agente de transformación cultural.¹²

3.3. Cosmovisión Maya

Por cosmovisión maya se entiende un pensamiento holístico, en donde el ser humano comparte una íntima relación con el cosmos, las diferentes formas de vida, la energía del pensamiento y la energía que emana del espíritu de los vivos y los muertos.¹⁴ La forma de interpretar el mundo es diferente en cada una de las culturas, por lo cual existen diferentes filosofías de la humanidad. En el caso de la cultura indígena de Guatemala, predominan dos grandes postulados: el pensamiento holístico y el equilibrio del universo; ambos regulados por la espiritualidad.¹⁴⁻¹⁵

Para los terapeutas tradicionales, el principio de equilibrio se manifiesta en la dualidad salud-enfermedad, en donde la armonía entre estos contrarios da como resultado un estado de salud y bienestar. En el proceso de salud-enfermedad-atención existen dos principios que rigen la salud de las personas: el equilibrio entre lo frío y caliente, y el equilibrio mecánico del cuerpo (cuando los órganos se desplazan de su lugar normal). Estos dos principios son los pilares para entender las prácticas culturales y terapias utilizadas por los grupos de terapeutas tradicionales del país.¹⁵ Otro concepto importante en algunos grupos indígenas es que la sangre es sagrada; se considera como la fuerza de vida de la fisiología humana y adquiere propiedades de calor y frialdad, lo que influye en la enfermedad.¹²

La religión maya forma la base de muchas de las prácticas y creencias que se toman en cuenta para diagnosticar y curar enfermedades. Posee un sistema de símbolos, conceptos y ritos bastante integrados.¹⁰ La espiritualidad, como reguladora de los procesos en la concepción de salud y enfermedad, se manifiesta en la forma de seleccionar a las y los terapeutas que son dotados por un “don”. Las y los terapeutas indígenas reconocen su misión a través de sufrimientos, señales y sueños, y de esta manera forman parte del conglomerado encargado de la atención a la salud. La espiritualidad es entonces el elemento que equilibra el estado físico, espiritual, psicológico, emocional y social.¹⁴

3.4. Antropología del parto

La antropología se ha preocupado por el “estudio del proceso del embarazo, parto y puerperio” en vista de su influencia transcendental en cada cultura.^{11, 16} Se reconoce el parto, no únicamente como un proceso biológico, sino un proceso fisiológico modelado por la cultura y las relaciones sociales.^{11, 17}

Las condiciones políticas, materiales y socioculturales conllevan al desarrollo de un modelo de atención basado en la cosmovisión de la sociedad que da una significancia particular a los diferentes componentes y procesos del embarazo, parto y puerperio.¹⁸ La importancia del embarazo, parto y puerperio es reconocida en las culturas por su función en la propagación de la raza y las decisiones en estos momentos son reflejos de las actitudes de la sociedad y el rol de la mujer en la cultura como un todo.¹⁹

Las prácticas del parto y el poder de la mujer en este momento, generalmente son bastante homogéneas dentro de una cultura y sociedad, transmitidas de generación en generación. Sin embargo, difieren significativamente entre diferentes culturas y regiones por lo cual se resalta la necesidad de estudiar cada sociedad desde un punto de vista intercultural.¹⁸⁻²⁰

En los pueblos indígenas, el embarazo, parto y puerperio se consideran procesos naturales y no guardan mayores cuidados. El embarazo se asocia con el acto sexual y solo es permitido dentro del matrimonio, lo cual preferentemente es con una pareja autóctona.¹⁰

El embarazo se considera un estado “caliente” por lo que la mujer debe tomar precauciones para no “enfriarse”, y así evitar la enfermedad. La persona embarazada puede transmitir su energía a otras personas y alterar su equilibrio. Se considera un estado especial y de riesgo por lo cual se les da instrucciones de cómo mantener el equilibrio físico y emocional con ejercicio, dieta, cuidar del frío y el sol y no levantar cosas pesadas. El parto tiene significancia social y espiritual, aparte de ser un proceso biológico.¹⁴

La comadrona tiene el oficio de atender a la mujer generalmente a partir de que contrae matrimonio, en el momento de su primer embarazo para el diagnóstico, pronóstico, atención del parto y post parto.⁵ Se adjudica en la capacidad de distinguir el sexo y posición del bebé y practica eversión externa con masajes abdominales.¹⁰ Al mismo tiempo se responsabiliza de las enfermedades que padecen las mujeres y los niños hasta los nueve meses, en algunos casos atienden hasta los tres años. En la salud preventiva realizan consejería a toda la familia sobre la salud de la mujer, cuidado y educación de los niños, las buenas relaciones familiares y principalmente de la pareja.⁵ Las comadronas son respetadas dentro de la cultura por recibir su vocación como un don espiritual y consideran su servicio como un cumplimiento de su misión.²¹

3.5. Pertinencia cultural en salud

Según el MSPAS, la pertinencia cultural en salud se deriva del “derecho a la diferencia” e implica una adecuación a la cultura.⁵ En el contexto del sistema de salud en Guatemala, se busca prestar servicios de salud conceptualizados, organizados e implementados con referencia a la cosmovisión y valores de los pueblos indígenas para la adaptación y reconocimiento de las diferencias en el modo de vivir de estos grupos.¹

Los elementos reverenciados, la lógica y la organización de los sistemas de salud tradicionales se deben de respetar por parte de la medicina predominantemente occidental que practica el sistema oficial del país.¹

La pertinencia cultural en la salud requiere una adecuación cultural que es un “conjunto de acciones integradas y continuas” para promover “cambios de comportamiento, actitudes y esquemas mentales del personal institucional del sistema oficial de salud” y cambios en los servicios de salud “que responden a la cultura de los pueblos Indígenas.”¹

Históricamente, la población no indígena ha controlado los recursos médicos del país, lo que ha resultado en un afrontamiento entre los grupos étnicos y sus cosmovisiones. Cuando una persona indígena busca atención médica, causa una disyuntiva en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Esto resalta la necesidad de la construcción de puentes de empatía y respeto para la colaboración entre las diferentes culturas.¹⁰

La mayor parte del personal de salud no es indígena, por lo que una comprensión de la cultura de los pacientes es el fundamento para entender la manera en que los pacientes interpretan sus problemas de salud. Se pretende que el trabajador de salud sea quien se adapte a los saberes, prácticas e ideologías de la población para poder brindar un mejor servicio de salud.²²

En el trabajo de tesis “Una aproximación a la antropología médica en Todos Santos Cuchumatán, Huehuetenango” en 1986, se evidencia que el estudio desde un punto de vista antropológico de los conocimientos y prácticas relacionadas con el proceso de salud y enfermedad de una cultura, contribuye a la comprensión y respeto hacia la población que recurre a los mismos. Así mismo, la labor de actores tradicionales tales como comadronas y curanderos es importante, ya que persisten las llamadas “enfermedades populares”, y de esta forma la medicina tradicional adquiere prestigio y una función social entre los miembros de la comunidad.²³

3.6. Accesibilidad e interculturalidad en salud

La interculturalidad es importante debido a que influye grandemente en la accesibilidad de la población a los servicios de salud. La accesibilidad está relacionada al uso oportuno de servicios de salud según las necesidades. Tiene cuatro dimensiones primordiales: accesibilidad geográfica y financiera, aceptabilidad, y disponibilidad de los servicios de salud,²⁴ pero se identifican otros factores como la utilización de los servicios de salud, relevancia, efectividad y equidad.³⁴ Estas dimensiones convergen en el principio de calidad de atención, lo que se relaciona a la habilidad técnica de influir en la salud de las personas.

Las barreras principales que disminuyen la utilización de servicios de salud incluyen barreras personales, financieras y organizacionales. El primer paso en el proceso de acceso a un servicio de salud es el reconocimiento y decisión propia del paciente de la necesidad del servicio de salud. Si en este primer paso, ya influye la exclusión cultural del paciente, el proceso de conseguir los servicios requeridos está condenado al fracaso.²⁵

Diversos estudios han mostrado que en el país de Guatemala, las barreras por parte de mujeres indígenas son numerosas pero el mayor determinante es la barrera lingüística entre el personal de salud de habla hispana y pacientes de habla de lenguas indígenas.²⁶

Otros factores que contribuyen son falta de confianza, discriminación en los servicios de salud, falta de recursos económicos y poca accesibilidad geográfica, y temporal.²⁶⁻²⁷

El MSPAS define la interculturalidad como el desarrollo del reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población.¹ La interculturalidad es un proceso transversal y dinámico que implica un intercambio entre culturas que únicamente desarrolla entre personas y grupos con conocimiento y prácticas culturalmente distintos cuando existe igualdad y legitimidad mutua entre los grupos.²⁸

Históricamente, el antropólogo ha estudiado la interculturalidad con un punto de vista etnocéntrico interpretando su experiencia como un encuentro con un estadio o grupo social inferior, en el contexto de Latinoamérica refiriéndose a las relaciones interculturales entre los miembros de grupos indígenas y el personal biomédico.²⁹

Sin embargo, la interculturalidad es la comprensión y comunicación para la construcción de una relación entre los grupos culturales diferentes desde el punto de vista de su identidad sin suponer una jerarquía. Por lo tanto, en el proceso de salud-enfermedad la interculturalidad es una estrategia que considera, maneja y fortalece conocimientos y prácticas de los diferentes grupos culturales en contacto.²⁸

3.7. Normas de Atención con Pertinencia Cultural

Publicadas en el año 2010, este documento tiene como objetivo normar los lineamientos generales de atención en salud con pertinencia cultural en los servicios; proporciona a los proveedores de todos los niveles de atención, lineamientos que complementan las Normas de Atención de Salud Integral para orientar las acciones que el servidor público debe tomar en cuenta para propiciar las condiciones que permitan al paciente, la confianza plena para la atención de su salud.⁵ A continuación se detallan estas normas en cuanto al recurso humano, infraestructura, equipo y prácticas utilizadas durante y después de la atención del parto:

3.7.1. Atención del parto

3.7.1.1. Recurso humano

El personal de salud debe contar con competencia técnica y reunir un conjunto de habilidades que le permita establecer desde un inicio la relación empática con las parturientas y familiares, propiciando un clima de confianza y seguridad.³⁰ La disponibilidad de recursos humanos para la atención responderá al nivel de complejidad del establecimiento de salud y recursos existentes.^{5, 31} El servicio deberá contar con:

- Médico Gineco-Obstetra o Médico General
- Médico Pediatra o Médico General con competencias para la atención neonatal
- Obstetriz
- Enfermera con competencias para la atención neonatal
- Técnico de enfermería con competencias para apoyar la atención obstétrica y neonatal
- Comadronas
- Acompañante (pareja, madre, suegra u otro familiar que hable el idioma de la mujer en trabajo de parto): de no contar con el acompañamiento de un familiar, se puede involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la embarazada, siempre con el consentimiento de la embarazada.³¹

3.7.1.2. Infraestructura

- Acondicionamiento del ambiente con luz tenue y temperatura agradable (aproximadamente 24 grado centígrados), de ser muy frío el lugar, colocar calefacción.
- Protección de ventanas con cortinas de colores y material adecuados a la realidad local.
- El color de los servicios deben ser colores vivos y diversos (amarillo, azul, verde claro, celeste claro, rosado vivo, naranja y rojo no muy claro).
- La identificación de los servicios deben colocarse en el idioma de la comunidad lingüística predominante del lugar y en español, para facilitar la orientación.
- La posición de las camas deben dirigirse, la cabecera hacia la salida del sol, no hacia la caída.
- Los ambientes deben ser amplios que permitan el acompañamiento y visita de los familiares de las y los usuarios.³⁰

3.7.1.3. Equipo y medicamentos

Los establecimientos de salud deben disponer de equipos, materiales y medicamentos para la atención de parto natural/vertical institucional.⁵ El servicio deberá contar con lo siguiente:

- Equipo completo de atención de parto.
- Esfigmomanómetro.
- Estetoscopio.
- Equipo de reanimación neonatal.
- Una balanza pediátrica.
- Una lámpara cuello de ganso.
- Un asiento de madera circular de 30 x 45 de altura.
- Dos sillas.
- Vitrina para guardar medicamentos.
- Dos cojines de 30 cm. de diámetro.

- Banquito pequeño o taburete de 50 cm. de alto.
- Argolla de metal o madera instalada en el techo.
- Un lazo grueso de 5 metros.
- Una colchoneta en el piso, cubierta con campos sobre los cuales nacerá el bebé.
- Un balde para la recepción de la sangre.
- Bolsas de agua caliente.
- Botas de tela para las mujeres en trabajo de parto con el propósito de evitar contaminar al RN.
- Campos para recepción del niño.
- Batas amplias para cubrir adecuadamente a la paciente.
- Set de medicamentos para el parto
- Alimentos culturalmente aceptados
- Medicamentos naturales (bebidas, té indicados por las comadronas).⁵

3.7.1.4. Modalidades de posición en la atención del parto

a. Parto Natural Vertical

La denominación de parto natural vertical ha sido producto de reflexiones con mujeres indígenas en el país. Los miembros inferiores de la paciente al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción. Hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en transversal.^{5, 30}

La posición vertical, en el parto natural/vertical, determina que el ángulo de encaje sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto. La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorece el encaje y el descenso del feto.^{5, 30}

Asimismo, la acción contráctil del abdomen y las contracciones uterinas favorecidas en esta posición, impulsan al feto hacia la vagina. El parto natural en posición vertical proporciona beneficios psico-afectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.⁵

Las posiciones que puede adoptar la mujer en trabajo de parto, son las siguientes, entre otras:

- Posición de cuclillas: variedad anterior.
- Posición de cuclillas: variedad posterior.
- Posición de rodillas.
- Posición sentada.
- Posición semi-sentada.
- Posición sostenida de sábanas o lazo.
- Posición rodillas y manos (cuatro puntos de apoyo).⁵

A través de un proceso de aculturación, las prácticas de la atención del parto en comunidades indígenas continúan evolucionando. Sin embargo, en un estudio cualitativo realizado en Santa Apolonia, Chimaltenango en 2012, se evidenció que todas las comadronas tenían conocimiento sobre el parto vertical, pero la variedad de posición dependía de la presentación del bebé. Por otro lado, la mayoría de mujeres preferían un parto en posición sentada en el temazcal.³²

b. Parto Horizontal

Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados no permiten los esfuerzos para el pujo ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal, con los diámetros pélvicos maternos, no favoreciendo la expulsión final. Los diámetros intrapélvicos maternos, alcanzan sus mayores valores cuando los muslos de la madre se flexionan sobre su propio abdomen, por lo que la posición horizontal convencional podría disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y anteroposteriores.^{5, 30}

La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal en relación a la posición vertical. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos, aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación. La posición horizontal no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo.^{5, 30}

3.7.2. Puerperio inmediato

3.7.2.1. Alimentación

El personal debe permitir que la mujer pueda tomar algunos alimentos ligeros, durante e inmediatamente después del parto como sopas o distintas clases de té. Estos brindarán una sensación de calor, lo cual es favorable en el progreso del parto. Se recomienda: tés generadores de leche: ixbut, alucema, anís, comino, lechuguilla, preparados de maíz que generan leche como el pinol.⁵

31

- Indicaciones alimenticias (alimentos calientes)
 - Carnes: carne de res, chivo, conejo.
 - Hierbas: hierba mora, amaranto, espinaca, lechuguilla, chile, güicoy, güisquil, yuca, zanahoria.
 - Frutas: sandía, papaya, manzana, durazno.
- Alimentos que no se deben de dar en el posparto (alimentos fríos): café, rábano, brócoli, repollo, carne de cerdo, frijol, huevos, pastas, coco, coles, leche, queso, requesón, gelatinas, panqueques, hojuelas de maíz, atol blanco, crema, aguacate, piña, ciruela, melón, condimentos.⁵

3.7.2.2. Disposición de la placenta

El personal de salud debe permitir que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo en situaciones que el personal de salud identifique a la placenta como un factor de riesgo de infección (VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual u otras). El personal debe considerar que el entierro de la placenta es un rito muy importante en la vida de la familia, porque existe la creencia que el hijo no vino sólo, sino acompañado de una placenta y por lo tanto, se considera también un órgano con vida propia. En algunos lugares la placenta se entierra, en otros se quema y se entierra la ceniza; en ambas situaciones se entierra bajo un árbol joven, recto y fuerte para que la vida de la persona se dé con rectitud y con buena salud.^{5, 30}

Se debe proceder, en todos los casos, a entregar la placenta en bolsa sellada siguiendo criterios de bioseguridad (entregarla en una bolsa sellada, e inmediatamente sin ningún preservante). Lo anterior debe ser dialogado y negociado con la mujer en trabajo de parto, la familia y la comadrona.^{5, 31}

3.8. Marco legal y políticas de salud

3.8.1. Políticas Públicas Internacionales

En el marco internacional de Derechos Humanos y de los Pueblos Indígenas, el Convenio 169 de la OIT en su artículo 25.³³

- **Artículo 25**

- a) “Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.³³
- b) Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.³³
- c) El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.³³
- d) La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.”³³

En la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, artículos 21, 23 y 24, se estipula el compromiso de los Estados, en la adopción de medidas eficaces que tengan en consideración la atención de la salud física y mental de los pueblos indígenas desde el nivel comunitario, en el que se facilite el ejercicio de sus prácticas de salud y el derecho a utilizar sus propias medicinas y que favorezcan el goce de los más altos niveles de salud posibles.³⁴

- **Artículo 24**

“Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.”³⁴

Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.”³⁴

3.8.2. Constitución Política de la República de Guatemala (1993)

En el marco del derecho interno del Estado de Guatemala, el cuidado de la salud de la madre, del neonato y del infante es el fin primordial de este proceso. Su fundamento en la Constitución Política de la República de Guatemala, se regulan en los artículos 1, 2, 3, 52 y 93.³⁵ Por citar algunos:

- **Artículo 52. Maternidad.** “La maternidad tiene la protección del Estado, el que velará en forma especial por el estricto cumplimiento de los derechos y obligaciones que de ella se deriven.”³⁵
- **Artículo 93. Derecho a la salud.** “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.”³⁵

3.8.3. Acuerdos de Paz (1996)

Con la firma de los Acuerdos de Paz se puso fin a un proceso profundamente desgastante para la población guatemalteca, durante el cual la sociedad guatemalteca se vio inmersa en una cultura de guerra, de agresión e intolerancia que, a lo largo de más de treinta años, generó y sigue generando serios e innumerables obstáculos al proceso de desarrollo socioeconómico nacional. La aceptación de Guatemala como una nación con carácter multiétnico, pluricultural y multilingüe, se logró solo en marzo de 1995 cuando se firmó el Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas. Dentro de este contexto se asumió que el proceso de construcción nacional, que implica la Agenda de la Paz, requiere de una intensa y continuada participación activa y conjunta de todos los actores sociales.³⁶

3.8.4. Ley de Idiomas. Decreto 19-2003

- **Artículo 15:** “Facilitar el acceso a los servicios de salud, educación, justicia, seguridad, como sectores prioritarios, para los cuales la población deberá informada y atendida en el idioma propio de cada comunidad lingüística.”³⁷
- **Artículo 16:** “Los postulantes a puestos públicos... además del idioma español, de preferencia deberán hablar, leer y escribir el idioma de la comunidad lingüística respectiva, en donde realicen sus funciones.”³⁷

3.8.5. Acuerdo Ministerial 1632-2009

Conscientes de buscar el respeto y la valoración que se merecen las distintas prácticas de salud que existen en el país, el MSPAS a demanda de los Pueblos Indígenas, crearon a través del Acuerdo Ministerial 1632-2009, la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad y por medio del Acuerdo Ministerial 8-2010, su reglamento en el marco de la estructura institucional del MSPAS.³⁸

El Acuerdo Ministerial 1632-2009 y su Reglamento orientan acciones de pertinencia cultural para ser implementadas en los servicios de salud en el corto, mediano y largo plazo.³⁸

3.8.6. Acuerdo Ministerial 8-2010

- **Artículo 1. Objeto.** “El presente Reglamento tiene por objeto desarrollar las disposiciones contenidas en el Acuerdo Ministerial 1632-2009, de fecha 16 de noviembre de 2009, por medio del cual se crea la UNIDAD DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS E INTERCULTURALIDAD EN GUATEMALA, a quien en adelante se denominará ‘LA UNIDAD’.”³⁸
- **Artículo 4. Participación Social.** “LA UNIDAD, para el logro de sus objetivos deberá gestionar el desarrollo de cursos o programas en las distintas escuelas, universidades y otras instituciones de formación de recurso humano en salud, con el objeto que éstos incorporen, reconozcan, respeten y valoren las prácticas de salud indígena; así como su cultura, formas de vida y cosmovisión, para que haya pertinencia cultural en el Sector Salud.”³⁸

3.8.7. Ley para la Maternidad Saludable. Decreto 32-2010

- **Artículo 2:** “Fortalecer el Programa de Salud Reproductiva y la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MSPAS, respetando los métodos de atención a la salud tradicional de las culturas maya, xinka y garífuna.”³⁹
- **Artículo 6. Acceso universal a los servicios de salud materna neonatal.** “El MSPAS, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS- y Organizaciones No Gubernamentales que tienen entre sus fines los servicios de salud y que están debidamente contratadas por el MSPAS, están obligadas a garantizar a las usuarias el acceso a servicios de salud materna-neonatal con calidad, con pertinencia cultural y sin discriminación alguna, en los tres niveles de atención, promoviendo la participación social y comunitaria para compartir la responsabilidad de proveer condiciones adecuadas para una maternidad saludable.”³⁹

3.8.8. Política Nacional de Comadronas (2015-2025)

Históricamente en Guatemala, las autoridades gubernamentales aprobaron el trabajo de las comadronas por medio de los artículos 98 y 99 del Decreto Gubernamental, de fecha 16 de abril de 1935, que delegaban a la Dirección General de Servicios de Salud la responsabilidad de conceder permisos a las comadronas, a través de examen, para la atención del parto. Este decreto manifestaba también que, cualquier comadrona que fuera convocada para asistir a un curso de capacitación y no lo hiciere, tenía prohibido atender partos.⁴⁰

La Política Nacional de Comadronas de los Cuatro Pueblos, da cumplimiento a lo que establece el Decreto número 32-2010 del Congreso de la República, Ley para la Maternidad Saludable, e incluye las necesidades e intereses planteados por las comadronas.⁴⁰

Asimismo, en la agenda de políticas cobra especial relevancia lo establecido en La Política Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres PNPDIM y su Plan de Equidad de Oportunidades PEO-2008-2023, que establece: “Eje 4, equidad en el desarrollo de la salud integral con pertinencia cultural”, en el cual convergen los propósitos de esta política.⁴⁰

3.9. Red de servicios de salud en Chimaltenango

El departamento de Chimaltenango, situado en la región centro-occidente, ocupa una extensión territorial de aproximadamente 1,979 km² con una población de 685,510 habitantes, según la proyección de INE 2015 y una densidad poblacional de 346 habitantes/km².⁴¹⁻⁴² Como en el resto de Guatemala, en Chimaltenango existe un sistema fragmentado de tres sectores que velan por la salud de la población: el MSPAS, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y una red de servicios privados. Se considera que solo un 17% de la población tienen protección financiera por el IGSS mientras el 83% restante depende del MSPAS y servicios privados.⁴³

En Chimaltenango, el MSPAS está formado por una red de establecimientos de acceso público que incluyen servicios del primer, segundo y tercer nivel de atención. El Hospital Nacional de Chimaltenango, ubicado en la cabecera de Chimaltenango, es el único servicio de tercer nivel y es el hospital de referencia para los servicios de nivel inferior. Los servicios de segundo nivel consisten de 14 Centros de Salud tipo B, tres Centros de Atención Permanente, un CUM, un Centro de Recuperación Nutricional y un Centro de Atención Materno-Infantil. En el primer nivel de atención, existen un total de 54 Puestos de Salud al servicio de la población.⁴⁴

Tecpán es un municipio con clima frío en la región nororiente del departamento de Chimaltenango con una extensión territorial de 201 km² con una población de 92,510 habitantes y una densidad poblacional de 460 habitantes/km².⁴² En Tecpán, la población tienen acceso a un Centro de Salud tipo B, un CUM, un Centro de Recuperación Nutricional y siete Puestos de Salud.⁴⁴

3.9.1. Centro de Urgencias Médicas en Tecpán

El CUM en Tecpán es un servicio de salud de atención médica permanente cuya función está encaminada a la curación, estabilización y referencia de urgencias médicas más el paquete básico de servicios básicos. El establecimiento fue fundado en 2010 con atención al público las 24 horas del día. El hospital cuenta con una sala de partos y cuatro camas de alojamiento conjunto. Los partos normales se atienden por médicos generales y enfermeras profesionales de turno. Las complicaciones del parto y pos-parto son referidos al nivel terciario, el Hospital de Chimaltenango en la cabecera del departamento.⁴⁵

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1. Tipo de estudio y diseño metodológico

Estudio cualitativo y diseño etnográfico

4.2. Población y muestra

4.2.1. Población

- Personal médico y paramédico que atiende o asiste en partos en el CUM
- Comadronas del municipio de Tecpán que hayan referido pacientes al CUM
- Usuarías del servicio de maternidad en el CUM

4.2.2. Muestreo

No probabilístico

- Personal médico y paramédico: muestreo por informante clave
- Comadronas: muestreo por informante clave
- Usuarías del servicio de salud: muestreo por informante clave

4.3. Selección de los sujetos a estudio

La selección de los participantes del personal médico y paramédico fue por informante clave, con ayuda de la directora del CUM, quien nos identificó el personal que cumplía con las siguientes características:

- Personal médico y paramédico del CUM de Tecpán
- Atienden o asisten en la atención del parto
- Dispuestos a colaborar en el estudio

Para la selección de comadronas, se contó con la colaboración de la enfermera profesional del Centro de Salud de Tecpán, quien nos informó sobre los días en que se reunieron las comadronas para recibir su capacitación mensual. A continuación, se habló con los enfermeros profesionales encargados de impartir las capacitaciones, quienes identificaron a las comadronas que cumplían con las siguientes características:

- Comadronas que habían referido a sus pacientes al CUM de Tecpán para resolución del embarazo en el último año.

- Comprendían y hablaban el idioma castellano
- Dispuestas a colaborar en el estudio

El primer día de la capacitación mensual, se formó un grupo focal de 7 comadronas; el segundo día de la capacitación se formaron 2 grupos de 5 comadronas cada uno. Se decidió trabajar con las comadronas que asisten al Centro de Salud debido a las siguientes razones:

- El Director del Centro de Salud de Tecpán autorizó trabajar con el personal con el fin de apoyar con la incorporación de la pertinencia cultural en los servicios de salud del distrito.
- Durante los seis meses de trabajo como EPS rural, se formó un ambiente de confianza con el personal del servicio de salud, lo que ayudó a que la accesibilidad de las personas fuera mayor.
- Las comadronas de algunas aldeas no participaron porque no acudieron a las reuniones mensuales en el Centro de Salud.

Finalmente, para las entrevistas en profundidad con las usuarias del CUM, la selección de sujetos fue por informante clave. Al finalizar la reunión con cada grupo focal de comadronas, se les solicitó que identificaran a las pacientes que refirieron al CUM para atención del parto durante el último año. Posteriormente, con el acompañamiento de las comadronas se visitó el domicilio de cada paciente y se entrevistó a aquellas pacientes que aceptaron participar del estudio y que comprendían y hablaban el idioma castellano.

4.4. Indicador del tamaño de la muestra

Se utilizó el concepto de saturación teórica que implicó la recolección de datos y búsqueda de nuevas fuentes de información hasta que la información recolectada se volvió redundante.

4.5. Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos

-Personal del servicio de salud: se realizó un total de 13 entrevistas en profundidad a personal médico y paramédico del CUM de Tecpán. Las entrevistas se realizaron en diferentes días, debido a que había un médico, una enfermera profesional y de dos a tres auxiliares de enfermería, por día de turno. Previo al inicio de cada entrevista, se informó al personal sobre el propósito del trabajo y se contó con su consentimiento verbal. El tiempo aproximado de la entrevista fue de 18 a 51 minutos para el personal médico y de 14 a 32 minutos para el personal paramédico.

La mayor parte del personal médico se encontraba ocupado en horas de la mañana, y no fue posible entrevistarlos hasta pasado el mediodía. Algunas de las enfermeras profesionales prefirieron ser entrevistadas en horas de la tarde. Tanto las enfermeras profesionales como los auxiliares de enfermería se encontraban temerosos al momento de decirles que la entrevista debía ser grabada, por desconfianza a que la información y sus datos personales fueran publicados posteriormente. Sin embargo, tras explicarles el destino final de las grabaciones y de qué manera sería procesada la información, accedieron sin ningún problema.

Además, con la colaboración de la directora del CUM, se utilizó una lista de cotejo para evaluar la infraestructura de la sala de atención del parto y de posparto, según los lineamientos de interculturalidad indicados en las Normas de Atención con Pertinencia Cultural.

-Comadronas: se llevaron a cabo tres grupos focales con las comadronas que asistieron a sus capacitaciones mensuales en el Centro de Salud de Tecpán, durante los meses de abril y mayo respectivamente. Cada grupo se formó al finalizar la capacitación y posteriormente se acomodaron en una clínica de atención desocupada de una forma circular para fomentar un ambiente de confianza. A cada comadrona se le fue brindado un número, el cual sirvió para identificarla en la transcripción de la información. Cada sesión tuvo una duración entre 67 y 82 minutos, y cada grupo fue integrado por cinco a siete comadronas.

Todas las comadronas hablaban y comprendían el idioma español y eran residentes del municipio de Tecpán, con antecedente de haber referido pacientes al CUM durante el último año para resolución del parto. Previo a iniciar el grupo focal se explicó el propósito del estudio y se obtuvo un consentimiento verbal.

Durante el primer grupo focal, integrado por siete comadronas, hubo bastante participación. Todas hablaron sin timidez y con confianza sobre su rol dentro del sistema de salud. Así mismo, aprovecharon la oportunidad para expresar sus derechos y las quejas sobre el incumplimiento de estos, llegando incluso a discutir entre sí sus opiniones en cuanto a la atención médica proporcionada por el CUM.

El segundo grupo focal, integrado por cinco comadronas, fue un poco más reservado al inicio, pero en el transcurso de la discusión, presentaron más confianza y soltura en sus respuestas. Las comadronas con mayor edad se expresaron con más vigor y tenían una percepción negativa del CUM, en comparación con aquellas comadronas más jóvenes que han tenido más exposición al sistema de salud y una mejor percepción del mismo.

En el tercer grupo focal, integrado por cinco comadronas, se obtuvo menos información debido a que sólo dos de ellas se expresaron abiertamente, mientras que el resto no deseaba hablar por timidez o porque era necesario reformular algunas preguntas por su falta de comprensión. La sesión fue llevada a cabo una hora antes del mediodía, por lo que había un límite de tiempo debido a que algunas debían regresar a sus hogares para preparar el almuerzo y atender a sus familias.

Uno de los encargados del estudio fue el moderador del grupo focal, quien guio la discusión a través de las preguntas del instrumento de investigación y utilizó notas de campo para recolectar la información generada a partir de cada pregunta. El segundo investigador, quien no participó de la discusión, fue responsable de observar gestos o lenguaje corporal de las participantes, así como de grabar cada respuesta utilizando una grabadora de voz. Cada sesión del grupo focal, se organizó de la siguiente manera:

- Primero, se inició con una conversación informal para presentar a los investigadores del estudio y generar un ambiente de confianza y participación activa.
- Segundo, se guio la discusión utilizando las preguntas del instrumento sobre el tema a estudio.

- Finalmente, se agradeció la participación de cada grupo de comadronas y se proporcionó un pequeño refrigerio.

-Usuarias del servicio de salud: se realizaron diez entrevistas a profundidad con usuarias identificadas por las comadronas, las cuales duraron entre diez y 22 minutos. Las usuarias eran residentes del municipio de Tecpán con antecedente de haber tenido un parto en el CUM en el último año. Fueron visitadas y entrevistadas en su domicilio por los investigadores previo consentimiento verbal.

Algunas de las usuarias se encontraban tímidas y reservadas al momento de la entrevista, debido a que eran analfabetas y/o a pesar de comprender y hablar el idioma español, no era su idioma materno. No obstante, luego de explicar el propósito del estudio y la manera en que sería utilizada la información recolectada, todos se vieron en la disponibilidad de compartir su punto de vista.

Uno de los investigadores fue responsable de guiar la conversación utilizando la guía de temas desarrollada, mientras que el otro investigador grabó cada respuesta con una grabadora de voz. Al final de la sesión, se agradeció la participación y el tiempo brindado por la usuaria.

-Para la validez de cada instrumento de recolección de datos, se llevó a cabo una prueba piloto con dos personas de cada grupo de enfoque, evaluando el nivel de comprensión de las preguntas realizadas. Posteriormente, algunas preguntas fueron nuevamente redactadas para mejorar su comprensibilidad, guardando relación con los objetivos del estudio.

4.6. Procesamiento y análisis de datos

Se realizó la investigación en fases, las cuales serán descritas a continuación:

4.6.1. Reducción de los datos

Para la recolección de la información se utilizaron entrevistas en profundidad y grupos focales, las cuales fueron registradas por medio de notas de campo y audio-grabación. Las grabaciones posteriormente fueron transcritas manualmente por el investigador, respetando la confidencialidad y el anonimato entre el participante y el investigador.

4.6.1.1. Separación de unidades de contenido

Una vez transcritas las entrevistas y los grupos focales, se dividieron en unidades de contenido según criterio social, por el rol que cumplían las personas participantes (personal médico y paramédico, comadronas y usuarias del CUM).

4.6.1.2. Identificación y clasificación de elementos

El proceso de codificación se efectuó en varias etapas:

- Se inició con una primera lectura y se señaló con resaltadores cualquier parte del texto que parecía importante o interesante.
- En una segunda lectura, se identificaron conceptos emergentes tentativamente importantes, los cuales se anotaron con lápiz en los márgenes derechos de las transcripciones.
- En una tercera lectura, se estableció un listado de códigos para organizar la información de manera sistemática, y se identificaron con lápiz, partes del texto que pudieran servir de citas textuales en el informe final. Este se realizó de manera manual ya que no se contó con un programa de software para el análisis de datos cualitativos.

4.6.1.3. Síntesis y agrupamiento

Se realizó una organización y agrupación de los códigos generados para la creación de categorías de manera inductiva.

Las categorías generadas a partir de la codificación de las entrevistas al personal médico y paramédico fueron cuatro:

- Saberes generales del personal sobre pertinencia cultural y prácticas de interculturalidad
- Implementación de las prácticas de adecuación intercultural en el servicio de salud
- Percepción de las prácticas de interculturalidad en el servicio de salud y la comunidad
- Factores determinantes de la implementación de las prácticas interculturales.

Los resultados de los grupos focales con las comadronas fueron agrupados en tres categorías las cuales son:

- Percepción general de las comadronas del servicio de salud y la calidad de atención
- Percepción general de la implementación de las prácticas interculturales en el servicio de salud
- Factores determinantes del acceso al servicio de salud

Las categorías generadas a partir de la codificación de las entrevistas con usuarias del servicio de salud fueron dos:

- Percepción general de las usuarias del servicio de salud y la calidad de atención
- Percepción de la adecuación cultural del servicio de salud

4.6.2. Disposición y transformación de los datos

Se utilizó una matriz de datos cualitativos para cada grupo de enfoque, en cuyas celdas se alojaron breves segmentos de información verbal según las categorías respectivas.

4.6.3. Obtención de resultados y verificación de conclusiones

Se redujo todo el contenido a un conjunto de conclusiones que sirvieron para dar respuesta a los objetivos específicos propuestos en forma directa. Se empleó el método de triangulación de datos de la información obtenida de las entrevistas en profundidad y grupos focales, para contrastar las percepciones y opiniones desde diferentes grupos sociales de enfoque (personal médico y paramédico, comadronas y usuarias del servicio de salud) con un análisis colectivo. Se recolectaron, codificaron y analizaron los datos de cada grupo social por separado y después se compararon las conclusiones para establecer su validez.

4.7. Alcances y límites de la investigación

4.7.1. Alcances

Con la realización del estudio, se identificaron los factores obstaculizadores y facilitadores que influyen en la implementación de las prácticas descritas en las Normas de Atención con Pertinencia Cultural. Así mismo, se logró evaluar los saberes y las percepciones del personal médico y paramédico, comadronas y usuarias del servicio de salud sobre la atención con adecuación cultural. De esta manera, se pretende sensibilizar al personal del CUM para crear estrategias que mejorarán la calidad de atención y la accesibilidad de la atención en salud en la población que consulta.

4.7.2. Límites

Por el contexto cultural en el cual se desarrolló el estudio, las comadronas y usuarias participantes mostraron timidez al momento de expresar su opinión o percepción con respecto a las preguntas realizadas, disminuyendo la profundidad en sus respuestas.

A pesar de que todas las participantes hablaban y comprendían el idioma español, el nivel de escolaridad bajo y un idioma materno diferente al español (kaqchiquel) en algunas comadronas y usuarias, dificultaron su desenvolvimiento durante las discusiones.

Otra limitante que se logró manejar fue la dificultad en encontrar tiempo oportuno para entrevistar al personal médico y paramédico por un elevado ritmo de trabajo en el CUM. De igual manera, dentro de los grupos focales hubo casos donde la comadrona no disponía del tiempo suficiente debido a sus responsabilidades y quehaceres diarios.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

Mediante la realización de la presente investigación, la información recolectada por parte del personal médico y paramédico, comadronas y pacientes, se manejó de forma confidencial y respetando el anonimato de los participantes. Previo a la entrevista con cada persona, se informó acerca del tema de trabajo, los objetivos y la forma en que sería analizada la información recolectada; si la persona deseaba participar y esta comprendía y hablaba el idioma castellano, se procedía a grabar la conversación a partir de una lista de preguntas previamente formuladas y orientadas a responder a las preguntas de investigación. En el caso de los grupos focales con las comadronas, se finalizaron las sesiones con un pequeño refrigerio como agradecimiento por el tiempo y espacio proporcionado para contestar al instrumento de investigación.

Previo al trabajo de campo, se contó con la autorización de la dirección de los servicios de salud en el cual se llevó a cabo la investigación (CUM y Centro de Salud), mediante una carta formulada por los estudiantes que realizaron el proyecto. Una vez aprobado el lugar de trabajo, se solicitó que para la grabación de las entrevistas, se contara con un ambiente en el cual tanto el entrevistado como el entrevistador se sintieran confortables y en confianza suficiente para que las respuestas fueran auténticas y sus opiniones fueran expresadas con libertad. Finalmente, posterior al recabado de la información recolectada, se eliminaron las cintas de grabación, cuando los investigadores lo consideraron pertinente.

Es importante mencionar que durante la realización de la investigación se generó conocimiento con credibilidad y no se manipuló de ningún modo la información recolectada. Los resultados fueron consistentes a través del buen uso del proceso de análisis e interpretación de datos, así también al método de triangulación con grupos de estudio diferentes, para generar conclusiones claras y concisas.

5. RESULTADOS

5.1. Entrevistas con personal médico y paramédico del servicio de salud

En total se llevaron a cabo seis entrevistas con médicos, cuatro entrevistas con enfermeras profesionales y tres entrevistas con auxiliares de enfermería. El personal médico y paramédico del servicio de salud posee un rango de edad entre los 23 a 41 años, con una media de 31 años; en su mayoría, son médicos y enfermeras que recientemente iniciaron su labor en el CUM de Tecpán, con un promedio de tres años de práctica. El médico con más años de experiencia laboral en el CUM posee siete años de práctica, y es quien a inicios de este año, impartió una capacitación al personal de salud sobre las Normas de Atención con Pertinencia Cultural, y quien junto al esfuerzo de la dirección del CUM, solicitaron el área destinada a la atención del parto con pertinencia cultural.

A continuación se presentan los resultados en texto y en tablas, en donde se desglosan las categorías y sub-categorías generadas a partir de la codificación la información. Dentro de cada sub-categoría se colocaron citas textuales representativas de las ideas principales.

5.1.1. Saberes sobre pertinencia cultural y prácticas de interculturalidad

El personal médico y paramédico expresó una interpretación de lo que ellos entienden por pertinencia cultural en el servicio de salud, siendo esta *“una manera de conservar la cultura, las costumbres y creencias de la población indígena que habita en las comunidades, y la aplicación de algunas de estas prácticas en la atención que se ofrece”*. Entre las prácticas interculturales que se mencionaron se encuentran: hablar el idioma del paciente, ofrecer las modalidades de posición del parto vertical, el acompañamiento de un familiar, brindar educación sobre el temazcal y el uso de bebidas y alimentos utilizados durante y posterior al parto, el uso del traje típico y ofrecer la placenta a los familiares para que la entierren en sus casas.

Del personal del CUM, nueve de los 13 entrevistados han escuchado sobre las Normas de Atención con Pertinencia Cultural, ya que recientemente se impartió una capacitación sobre el tema; sin embargo, existe una proporción significativa que no las conoce o no ha escuchado de ellas, pero si mantienen el concepto de interculturalidad. La mitad del personal entrevistado sabe de la existencia de una copia digital en el servicio de salud, los demás no tienen conocimiento sobre ello, mostrando la falta de diseminación de las Normas de Atención.

Menos de la mitad del personal médico y paramédico logró identificar algunas de las ventajas del parto natural vertical, entre las cuales se mencionaron: el encaje y progresión del feto más favorable por acción de la gravedad, se evitan rasgaduras, menor hemorragia, sensación de libertad, recuperación rápida y mayor comodidad para las pacientes. Así mismo, algunos de los entrevistados fueron capaces de enlistar las modalidades de posición del parto vertical como: la de cuclillas, de rodillas, sentada, sostenida de sábanas o un lazo, y la de cuatro puntos de apoyo (rodillas y manos).

Es importante mencionar que gran parte del personal médico y paramédico presentó deficiencias en la práctica del parto con pertinencia cultural debido a que contaban con poca experiencia o recordaban poco sobre el equipo y las técnicas utilizadas.

La alimentación es también parte importante de las prácticas con pertinencia cultural, ya que benefician el progreso del parto y generación de leche. El personal entrevistado identificó algunos alimentos y bebidas empleados por la población indígena. Entre los más mencionados se encuentran: el té de ixbut, té de manzanilla, té de pericón, atol de masa, el caldo de gallina, sopas de quilete y apazote.

No se recomienda consumir alimentos fríos como el queso, leche, frutas, repollo, chocolate, papa o brócoli. La mayoría del personal negó saber sobre el principio cultural del equilibrio entre lo frío y caliente, y por tanto, no incluye este tema dentro del plan educacional brindado a la paciente durante y posterior a la atención del parto.

Pocos médicos y enfermeras aceptaron el temazcal, como elemento de la cultura indígena, para ser utilizado como una práctica intercultural dentro del servicio de salud. Sin embargo, el personal reconoce que el temazcal ayuda a la mujer durante el puerperio como relajante muscular y cicatrizante, a pesar de los riesgos que representa para el recién nacido.

El personal del CUM conoce también otras prácticas interculturales, tales como: atención del parto por personal del mismo género, uso del vestuario como símbolo de integridad y devolución de la placenta como conexión del nuevo ser con la naturaleza. Lo explicado anteriormente se ejemplifica y resume en la tabla 5.1.

Tabla 5.1
Saberes del personal médico y paramédico sobre las Normas de Atención con Pertinencia Cultural, CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

Categoría	Sub-categorías
Saberes generales del personal sobre las normas	Interpretación de la pertinencia cultural
	<i>“... se trata de las posiciones (del parto), que no haya violencia, la forma de hablar, respetando la forma en que la paciente quiere ser atendida.” (PM-2)</i>
	<i>“... las Normas nos habla de respetar la cultura, el idioma, usar el traje típico...” (PM-12)</i>
	Conocimiento de la existencia del manual de las “Normas de Atención con Pertinencia Cultural”
	<i>“Desde el 2010 lo presentó el Ministerio, pero no se ha llevado a cabo” (PM-13)</i>
	<i>“No sé si tienen una copia (en el servicio de salud)” (PM-9)</i>
	Saberes del parto vertical
	<i>“... ocurren menos desgarres, abre más el periné, no hay necesidad de episiotomía... las hemorragias son menos... tiene más fuerza, se acorta el tiempo de expulsión... hay menos complicaciones” (PM-6)</i>
	<i>“Una (posición del parto) es donde se sostiene de un lazo o manta, hincada, con el apoyo del esposo, sentada...” (PM-8)</i>
	Conocimiento de los alimentos y bebidas culturalmente aceptados
	<i>“... las abuelitas dicen que no coman queso, crema, leche, frutas, lechuga y repollo porque son fríos... atol de masa sí... chocolate no, por la grasa... pollo, caldo de gallina para calentarse.” (PM-4)</i>
	<i>“... hay uno que le dicen cuncun (nombre de planta regional), una planta con lechecita... Se les puede dar una sopita de eso, también calienta la leche (producir leche materna)... se les puede dar comiditas con apasote y macuy, que es la hierba mora o el quilete... no se le dan cosas frías porque enfría la leche... como la papa, todo lo que se considere frío.” (PM-6)</i>
	Uso del temazcal como parte de la atención intercultural en el puerperio
	<i>“... el temazcal ayuda a relajar el cuerpo, a poder bajar el estado de estrés...” (PM-5)</i>
	<i>“... les hacen el Xojín, soplan el aire, que entre vapor a la vagina y cicatrice...” (PM-6)</i>

PM: Personal Médico

Fuente: Codificación de entrevistas en profundidad a personal médico y paramédico, CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

5.1.2. Implementación de las prácticas de adecuación intercultural en el servicio de salud

El personal médico y paramédico admitió no implementar en su totalidad las prácticas interculturales que dictan las Normas de Atención con Pertinencia Cultural. La mayoría de los entrevistados mencionaron que las únicas prácticas implementadas son: hablar en el idioma del paciente, preguntar por la variedad de posición del parto vertical y permitir el acceso del acompañante (familiar o comadrona) en la atención del parto, lo que se detalla en la tabla 5.2.

El idioma es un elemento importante dentro de las prácticas de interculturalidad en el servicio de salud.²⁶ A pesar de que existe el derecho de la población a la atención en su idioma materno³⁷, no todo el personal de salud domina un idioma indígena, siendo ocho personas las que hablan el idioma kaqchiquel (en su mayoría enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería) y unos pocos, el quiché.

Se puede inferir de las entrevistas que menos de la mitad del personal médico y paramédico pregunta al paciente a su ingreso por el idioma en que desean ser atendidos y los demás manifiestan que es un hecho de espontaneidad, es decir, “*que se da en la entrevista*”, y por lo cual, no consideran necesario realizar la pregunta.

Es importante resaltar que existe la función de “*traductor*” dentro del personal, por lo que también consideran innecesario el hecho de preguntar al paciente, debido a que siempre existe “*alguien más*” que logrará comunicarse con algún familiar o con la paciente misma.

Según la dirección del CUM, se quedó en acuerdo que dentro de los lineamientos de la atención del paciente, debe ofrecerse la opción de atención del parto en posición vertical; nueve de los 13 entrevistados preguntan a la paciente en qué posición desea ella ser atendida en su parto. El resto refirió no tener el conocimiento suficiente o la experiencia necesaria para proporcionar este servicio.

A partir de este año, la dirección del CUM acordó que a todas las pacientes se les brinde y respete el derecho de entrar con un familiar o comadrona a la sala de atención del parto. Del personal entrevistado, 11 personas permiten el ingreso de algún familiar o comadrona, debido a que el resto refirió conflictos con el acompañante o deficiencia de insumos para vestir al familiar con batas estériles. Entre las personas que en su mayoría ingresan está el esposo y la madre de la paciente, por ser ellos de más confianza para ella.

Se puede inferir que las prácticas de ofrecer alimentos y bebidas propios de la cultura indígena no se implementan, debido a que no todo el personal posee el conocimiento en este aspecto, el servicio de salud no cuenta con los recursos y entre los mismos prestadores de salud permanece el mito de que la embarazada debe mantenerse en ayuno durante el trabajo de parto.

Tabla 5.2
Implementación de las prácticas de adecuación intercultural en la atención del parto y puerperio,
CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

Categoría	Sub-categorías
Implementación de las prácticas de adecuación intercultural en el servicio de salud	Comunicación y uso de idiomas mayas
	<i>"... yo hablo kaqchiquel, eso ayuda bastante para darle confianza a los pacientes." (PM-10)</i>
	<i>"... yo hablo un poquito el quiché, entiendo y hablo un poquito el kaqchiquel y el español sí lo puedo hablar." (PM -11)</i>
	<i>"... yo sí no hablo kaqchiquel ni nada." (PM-13)</i>
	<i>"No les preguntamos (por el idioma), sino la necesidad misma, cuando uno habla y el paciente no entiende..." (PM-10)</i>
	<i>"... cuando dice (la paciente) que no habla español, llamamos a alguien que nos ayude a traducir." (PM-5)</i>
	Oferta de la opción de atención del parto vertical
	<i>"Se le pregunta a la paciente cómo desea su atención, en cuanto al parto vertical... lo que ella desea." (PM-13)</i>
	<i>"Si las implementamos (las Normas), la de la posición en que la paciente desea tener su parto..." (PM-9)</i>
	<i>"... ahorita como en febrero se dio la capacitación y se implementó el área del parto vertical." (PM-1)</i>
	Acceso del acompañamiento en la atención del parto y del puerperio
	<i>"... se ha dejado la oportunidad al esposo entrar con la señora a que le de apoyo emocional..." (PM-4)</i>
	<i>"... yo les pido que por favor pase quien quiera la paciente, que le de acompañamiento." (PM-6)</i>
	<i>"... se quedó en acuerdo que hay que permitir (acompañar) a la comadrona o al esposo... algunos (médicos) sí lo permiten y otros que no." (PM-12)</i>
	Oferta de alimentos o bebidas culturalmente aceptados
	<i>"... nos centramos solo en la atención del parto, darle seguimiento a eso que el té y todo eso, no." (PM-10)</i>
	<i>"No se les habla mucho (sobre los alimentos y bebidas). Como que uno no se mete tanto en eso porque ellos saben lo que hacen..." (PM-6)</i>
	Oferta de la placenta al paciente que así lo requiera
	<i>"... si la paciente desea la placenta, se le da." (PM-13)</i>
	<i>"... sólo se atiende el parto y se tira (la placenta). Ni piden, ni preguntan." (PM-10)</i>

Fuente: Codificación de entrevistas en profundidad a personal médico y paramédico, CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

El personal médico y paramédico refirió que no proporciona información durante el plan educacional sobre los alimentos y bebidas culturalmente aceptados en la cultura indígena. Un grupo significativo mencionó incluir el uso de temazcal, enfatizando en las posibles ventajas y desventajas de esta práctica, primordialmente para la salud del recién nacido. En general, las indicaciones incluidas dentro del plan educacional a las pacientes son escuetas y deficientes en información.

“Sólo les decimos lo general... es casi que por el aire, no es exquisita la explicación como debería.” (Médico de turno, CUM)

La práctica de ofrecer la placenta a la paciente tampoco se implementa. Según los trabajadores del servicio de salud, la mayor parte de pacientes jóvenes han dejado esta práctica de sus antepasados en el olvido. Sin embargo, el personal se encuentra accesible a ofrecer la placenta, si se pidiera en su momento, ya que reconocen que es parte de la cultura de las personas que consultan.

Según la opinión de algunos de los entrevistados, dentro del plan educacional, también debería explicarse las indicaciones de realizar una cesárea o episiotomía a la paciente embarazada, con el fin de educar a la población y contribuir a erradicar el miedo a consultar un servicio de salud, por contar con información equivocada transmitida por los mismos familiares y/o comadronas.

5.1.3. Percepción de las prácticas de interculturalidad en el servicio de salud y la comunidad

Se evaluó la percepción del personal médico y paramédico sobre la importancia de la implementación de las prácticas de interculturalidad en el servicio de salud. Como se describe en la tabla 5.3, en general se identifica una actitud favorable a implementar gran parte de las prácticas con pertinencia cultural.

El personal reconoció que las pacientes buscan un lugar en donde se practiquen las costumbres y tradiciones de su comunidad, lo cual genera confianza y empatía con el personal, y a su vez, hace que sean más colaboradoras en el proceso de atención del parto.

Otras de las razones por las que se consideró importante implementar estas prácticas es porque aumentaría la afluencia de pacientes que consultan al servicio de salud. De esta manera, disminuirían los riesgos y posibles complicaciones experimentadas por las mujeres en las comunidades y la mortalidad materno-infantil.

El personal médico y paramédico refirió que es importante practicar el idioma de las pacientes que consultan al servicio, debido a que mejora la comunicación y el nivel de comprensión en ambas direcciones. Existe también la opinión de que el personal no debería aprender un nuevo idioma, sino mejorar el nivel de educación de las personas, debido a que no todo el personal se encuentra motivado o no cuentan con el tiempo para hacerlo.

También se mencionó la importancia del acompañamiento en la atención del parto y posparto de la paciente, siendo este un apoyo moral, emocional y psicológico de la mujer, en tanto que les ayuda a disminuir el estrés, la preocupación y el miedo a consultar a un servicio de salud. Es relevante mencionar que algunos médicos y enfermeras creen conveniente esta práctica, porque ayuda a que el esposo sea testigo del esfuerzo que realiza la paciente, y posteriormente ayude a reforzar la paternidad responsable.

El personal entrevistado también expuso que existen casos en que la paciente no desea la presencia del familiar dentro de la sala, debido a que sienten pena o vergüenza, o el familiar no colabora por sentirse ansioso, angustiado o incapaz de brindar un apoyo emocional.

La mayoría de los entrevistados refirió que es necesario contar con un conocimiento amplio de estas prácticas, para poder implementarlas de mejor manera, y contar con el interés y vocación del personal de apoyar la interculturalidad en el servicio de salud, con el fin de brindar una atención integral y de satisfacción para las pacientes.

Refirieron que actualmente se han buscado alternativas de promoción de estas prácticas. Se han utilizado medios de comunicación (radio) y la referencia que las pacientes han dado a sus demás familiares sobre la atención recibida, con el fin de crear publicidad del servicio de salud. Es de relevante mención el hecho de que algunos médicos y enfermeras desean incluir a los actores sociales de las comunidades, tales como las comadronas, para capacitar al personal de salud sobre estas prácticas, y compartir conocimientos en ambas direcciones.

La comadrona es reconocida como una figura de respeto y autoridad dentro de la cultura y es considerada como “*primer contacto*” a partir de que la mujer queda embarazada, ya que a través de su labor “*individualizado*”, se encarga del diagnóstico, pronóstico y evolución de la paciente. Por esta razón, es importante tomar en cuenta su rol dentro del proceso de atención con pertinencia cultura.

Tabla 5.3
Percepción del personal médico y paramédico sobre las prácticas de interculturalidad en el servicio de salud y la comunidad, CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

Categoría	Sub-categorías
Percepción de las prácticas de interculturalidad en el servicio de salud	Actitud hacia la implementación de las prácticas
	“... creo que sería bonito tener un hospital así en esta área, en donde puedan venir todas las pacientes que desean tener su parto de manera más natural.” (PM-5)
	“... la atención debería de ser completa... la mayoría somos indígenas, entonces yo pienso que deberíamos de tener la iniciativa de implementar esa interculturalidad al 100%...” (PM-1)
	Ventajas percibidas de la implementación de las prácticas interculturales
	“... le da más confianza y más tranquilidad a la paciente saber que alguien que es de su mismo origen, la pueda atender y comprender mejor.” (PM-13)
	“... disminuiría bastante los riesgos de sepsis en los niños y también las complicaciones en las señoras... disminuiría bastante la tasa de mortalidad (materna)...” (PM-4)
	Importancia del uso de idiomas mayas
	“... lo ideal es que el personal sepa hablar un idioma (maya), o por lo menos que se dedique a aprenderlo y que tomen interés...” (PM-6)
	“... yo siento que lo que mejoraría bastante sería que la gente se educara un poquito más (que aprendiera español)...” (PM-4)
	Importancia del acompañamiento
	“... el apoyo psicológico y moral a la paciente es muy importante.” (PM-3)
	“... cuando tienen familiar (acompañando), se quejan más, no colaboran...” (PM-11)
	Importancia de una capacitación continua
	“... es mejor tener conocimientos (sobre interculturalidad) para poder practicarlo.” (PM-11)
	“... tratar de educarnos un poquito más y tratar de hacerlo llegar (las prácticas de interculturalidad) al resto de personal...” (PM-6)
	Rol de la comadrona en la implementación de prácticas interculturales
	“...ella (la comadrona) es una de las primeras que tiene contacto con la paciente, y ella influencia mucho en lo que la paciente decide...” (PM-13)
	“... la comadrona hace un trabajo muy personalizado, porque ella las llega a sobar (masaje), les prepara el temazcal, e incluso les lava la ropa...” (PM-5)

Fuente: Codificación de entrevistas en profundidad a personal médico y paramédico, CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

Sin embargo se evidencian algunas dificultades en el trabajo que ejercen con el personal médico; estas complicaciones generan un conflicto entre ambos grupos. Entre las dificultades que se mencionan con mayor frecuencia se encuentran: manipulación excesiva de la paciente, indicación de pujar antes de tiempo, utilización de tés estimulantes, atraso del proceso de referencia a un servicio de salud y falta de comunicación y colaboración con el médico al acudir al servicio, ya que sólo llevan a la paciente y se retiran.

Existe también el grupo de médicos y enfermeras que han encontrado la relación con los terapeutas tradicionales bastante satisfactoria; refieren que el trabajo en equipo aumenta aún más la frecuencia de consulta, así como también la preferencia del paciente por una atención más integral.

5.1.4. Factores determinantes de la implementación de las prácticas interculturales

Figura 5.1
Barreras de la implementación de las prácticas de interculturalidad en el servicio de salud
CUM, Tecpán, abril-mayo 2017
(n=13)



Fuente: anexo # 2, tabla 11.1.

Se evaluaron las barreras que impiden la implementación de las prácticas con pertinencia cultural en el CUM de Tecpán. Como expone claramente el personal de servicio de salud “es una cadena de factores” relacionados (ver figura 5.1 y tabla 5.4). La sub-utilización del servicio de salud aumenta a medida de que el sistema de salud minimiza la importancia de la implementación de estas prácticas.

Tabla 5.4
Barreras en la implementación de las prácticas con pertinencia cultural en el servicio de salud
CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

Categoría	Sub-categorías
Barreras en la implementación de las prácticas	Falta de recursos económicos e insumos en el servicio de salud
	<i>"... el Ministerio realmente no nos ha dado el recurso necesario... ni insumos tenemos, hablando de médico quirúrgico, cosa que es básico en un servicio de salud." (PM-13)</i>
	<i>"... no tenemos ni presupuesto para pagarles comida (a las pacientes)..." (PM-4)</i>
	Falta de educación sobre las prácticas de interculturalidad
	<i>"... no nos capacitamos lo suficiente... en mi carrera, nunca vi una parte específica que tratara sobre todas estas cosas (prácticas de interculturalidad)..." (PM-3)</i>
	Exclusión cultural de las prácticas y creencias de las usuarias
	<i>"... no sé si es por estar más cerca de la capital, ha influido que no tanto nos interesa la interculturalidad." (PM-12)</i>
	<i>"Incluso hay personal que les da pena o vergüenza hablar en otro idioma (maya)." (PM-1)</i>
	<i>"Aquí por el sistema, pues uno no puede venir con el traje (traje típico)..." (PM-12)</i>
	Mal distribución de tareas entre el personal del servicio de salud
	<i>"... se debería de tener a una persona como educadora para ellas (las pacientes) antes del egreso... al menos que tenga a cargo la capacitación." (PM-6)</i>
	Falta de autorización del nivel central
	<i>"... no lo hemos dado a conocer públicamente (la sala de partos culturalmente adecuada) porque el Área no nos lo ha avalado..." (PM-8)</i>

Fuente: Codificación de entrevistas en profundidad a personal médico y paramédico, CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

Una de las principales barreras es la falta de presupuesto e insumos en el servicio de salud. Esto repercute en la práctica, al no permitir el acompañamiento y no contar con los fondos necesarios para cubrir los gastos en medicamentos y alimentación de la paciente.

La falta de educación del personal sobre las prácticas de interculturalidad también influye en la aplicación de las mismas, debido a que no se han impartido suficientes capacitaciones, aún persiste el *"temor"* de practicar aquello que se desconoce y durante su formación profesional no se le dio prioridad. Otra de las causas es por la falta de interés y vocación del personal de salud, debido a que se ha sistematizado el proceso de atención y por tal motivo, se encuentran renuentes a cambiar esta rutina de trabajo.

La exclusión cultural hacia las prácticas, creencias y costumbres de la población indígena, tales como el uso del idioma materno y uso del traje regional, conlleva a la poca aceptación de las prácticas interculturales. El normativo del CUM incluso no permite la utilización del vestuario regional a los trabajadores de ascendencia indígena. Todo esto se atribuye a un proceso de aculturación y de adopción de prácticas biomédicas en aquellos servicios de salud más cercanos a la ciudad capital.

Así mismo, no existe una clara distribución de las tareas propias de la adecuación cultural; esto a causa de la falta de personal que cubra responsabilidades específicas (ej. educadores, cocineras, e incluso la participación de la comadrona) y del constante cambio de personal.

El retraso en la aplicación de estas prácticas interculturales se atribuye a atrasos en la autorización por parte del Área de Salud, ya que fue hasta hace poco tiempo, que se logró habilitar el espacio físico para la atención del parto vertical. Adicionalmente, aún se espera la autorización del Área de Salud para promocionar y hacer pública esta nueva modalidad de atención.

El personal médico y paramédico admitió que también existen factores determinantes del acceso (ver tabla 5.5), los cuales influyen en la implementación de las prácticas interculturales debido a que inciden en la afluencia de pacientes y la demanda de estas prácticas en el servicio de salud.

Entre las que más se mencionaron se encuentra el nivel educacional de las pacientes, siendo aquellas con un nivel de educación superior, las que más consultan por ser más “*precavidas*” y poseen una concepción diferente con respecto al servicio de salud, como el único lugar que puede proporcionar atención médica segura.

Otro factor que influye en la accesibilidad es la referencia personal, del familiar o la comadrona, la cual en la mayoría de veces es negativa y transmite una idea tergiversada de lo que realmente se hace dentro del servicio de salud; por mencionar algunas: el servicio de salud trata mal, el personal agrede a los pacientes, la mayoría de pacientes que acuden fallecen, únicamente se interviene quirúrgicamente, entre otros.

El machismo que aún persiste en las comunidades posee un impacto negativo en el número de pacientes mujeres que consultan, debido a que no se permite que médicos y enfermeros del género masculino den atención a las esposas.

Entre otras barreras poco mencionadas se resaltó la accesibilidad geográfica desde los domicilios hasta el servicio de salud, la persistencia de la “tradición” de ser atendidas por comadronas (especialmente en las multíparas), el gasto económico, la falta de publicidad y la comodidad de las pacientes de ser atendidas en casa, sin dejar a su familia y debido a que cuentan con una atención más individualizada y privada.

Tabla 5.5
Factores determinantes del acceso a la atención intercultural en el servicio de salud
CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

Categoría	Sub-categorías
Factores determinantes del acceso	Nivel educacional
	<i>“Las pacientes que vienen al CUM es porque poseen un nivel de escolaridad más avanzado.” (PM-1)</i>
	<i>“... las mujeres que han tenido un poquito más de educación, saben que una atención profesional es mejor...” (PM-12)</i>
	Referencias personales y familiares
	<i>“... familiares han venido y han dicho que se les han tratado bien, entonces vienen... vienen referidas por algún familiar...” (PM-3)</i>
	<i>“... porque muchas tienen esa idea de que no se les da buena atención... que se les trata mal, que se les grita, que a los hospitales uno solo se va a morir...y probablemente porque alguien tuvo una mala experiencia...” (PM-2)</i>
	Machismo
	<i>“... por lo mismo del machismo, hay muchos hombres que no permiten que otras personas miren a sus esposas...” (PM-9)</i>
	Accesibilidad geográfica
	<i>“... por la distancia... la comadrona sí llega hasta la casa para verla, y por eso ellas (las pacientes) las prefieren...” (PM-5)</i>
	Accesibilidad económica
	<i>“...por eso a veces la gente no quiere venir porque sabe que tienen que comprar (medicamentos y alimentación).” (PM-4)</i>
	<i>“... el gasto económico que hay que hacer para sacar a la paciente y eso influye (en su decisión por asistir al servicio de salud).” (PM-4)</i>
	Atención individualizada
	<i>“Porque la comadrona solo tiene una paciente... le va a brindar toda la atención que la paciente necesite, si ella quiere algo caliente, le va a estar hablando en el idioma (materno), está en su casa... prefieren estar con comadrona por la atención individualizada...” (PM-12)</i>

Fuente: Codificación de entrevistas en profundidad a personal médico y paramédico, CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

5.2. Infraestructura y equipo de la sala de atención del parto con pertinencia cultural en el servicio de salud

Dentro del CUM de Tecpán, se habilitó recientemente la sala de atención del parto vertical, a petición e iniciativa de la dirección del servicio de salud. Tanto el personal médico como paramédico recibieron una capacitación sobre la atención adecuada en esta posición, con el objetivo de garantizar una atención según la demanda de las usuarias. Desde que el servicio de salud fue habilitado a la población en el año 2010, no se había tomado importancia de implementar esta modalidad de atención, a pesar de que la mayor parte de las pacientes son indígenas.

Gran parte de los recursos que se utilizaron para la realización de este proyecto provinieron de fondos recaudados a partir de actividades organizadas por el personal de salud y materiales con los que ya contaba el servicio de salud.

Como parte de la metodología del estudio, se realizó una lista de cotejo tomando en cuenta las características de la infraestructura, equipo, materiales y medicamentos, propios de la atención del parto vertical (ver anexo #2, tabla 11.2). Para la evaluación de cada elemento se contó con la colaboración de la dirección del CUM, para justificar los factores que influyen en la disponibilidad de cada uno de estos requisitos contemplados en las Normas de Atención con Pertinencia Cultural.⁵

La sala de atención del parto vertical dentro del CUM cuenta con cuatro paredes color beige y una ventana con una cortina color café claro. El techo es de color blanco y posee sólo una lámpara. La sala se divide en dos áreas, una de ellas ocupada por una cama y en otra área se encuentra la colchoneta; ambos lugares se pueden utilizar para colocar a la paciente en trabajo de parto activo, según la posición deseada. A los lados de la colchoneta se ubica una mesa de madera cubierta por un campo estéril, para colocar el material y equipo utilizado durante el parto, y una silla de madera para el familiar o comadrona presente en la atención del parto. A una altura aproximada de un metro, se encuentra fijado un tubo de metal a la pared, para aquellas pacientes que escojan esta modalidad de posición del parto vertical. El taburete de madera circular y un taburete alto, se encuentran en proceso de adquisición, lo cual se efectuará con los recursos del personal.

Es relevante mencionar que algunos de los implementos necesarios en la sala de atención del parto vertical, se utilizan también para las salas de parto en litotomía, como la balanza pediátrica y por falta de recursos en el servicio de salud, no ha sido posible contar con más equipo destinado únicamente para esta área. Otros elementos de la infraestructura y equipo han sido adaptados a los recursos con los que cuenta el servicio de salud; por ejemplo: utilizar bolsas de solución salina calentadas en microondas o el uso de un calentador eléctrico para nivelar la temperatura en la sala, debido a que el clima, la mayor parte del tiempo, es frío.

Se cuenta con una sala de posparto con paredes de color beige y techo blanco con dos lámparas en uso. La sala de posparto cuenta con 4 camas para las pacientes trasladadas desde la sala de partos. Cada cama cuenta con una almohada y una cobija, agarradores de metal y cabecera de madera. Al lado de cada cama hay una silla para el familiar que acompaña a la paciente y una mesa en donde se colocan todos los artículos personales de la paciente. La sala cuenta además con un baño y una ducha. La ducha no se encuentra funcionando actualmente, por lo que las pacientes se ven en la necesidad de trasladarse a otra sala para bañarse en horas de la mañana. La ducha cuenta con calentador y un recipiente de champú para uso común de las pacientes.

Se cuenta con el 65% de las características de la infraestructura y del equipo de la sala parto y posparto, según las Normas de Atención (ver anexo #2, tabla 11.2). El proceso de implementación de la sala de partos ha necesitado de la autorización del Área de Salud de Chimaltenango, como coordinador de la red de servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención. La autorización para colocar una argolla metálica en el techo de la sala, al igual que la adquisición de las cortinas de las ventanas y pintura para las paredes, aún se encuentran pendientes.

5.3. Grupos focales con comadronas tradicionales

Se entrevistó un total de 17 comadronas con un rango de edad entre 36-72 años, con una edad media de 53 años. Los años de práctica de ser comadrona oscilan entre tres y 45 años con una media de 18 años de labor. Del total entrevistado, 12 comadronas tienen una experiencia de 12 años o más. La mayoría de las comadronas hablan el kaqchiquel, como su idioma materno.

5.3.1. Percepción general de las comadronas del servicio de salud y la calidad de atención

El pueblo indígena, al igual que otros grupos sociales, ha desarrollado sistemas de salud propios conforme a sus necesidades, para interpretar, prevenir y tratar el proceso de enfermedad.¹⁰ Las comadronas forman parte de la red de terapeutas tradicionales y se ocupan del cuidado de la mujer en el embarazo, parto y puerperio. Actualmente son “los guardianes” de la cultura, involucrándose en una negociación constante con el sistema de salud para llegar a mejorar la atención intercultural. Poseen una posición de influencia significativa en la comunidad, por lo cual su percepción del sistema de salud puede actuar como un factor facilitador u obstaculizador en el acceso a la atención de la salud.

En los tres grupos focales predominó una percepción generalmente desfavorable hacia el sistema de salud y el servicio brindando en el CUM, como se detalla en la tabla 5.6. Según el punto de vista de las comadronas, la atención es inconstante e ineficiente, con demoras en la resolución del parto y en la referencia al servicio de salud de mayor complejidad cuando es necesario. Esta atención ha resultado en desenlaces negativos en la salud de sus pacientes como muerte neonatal, sufrimiento por parte de las usuarias, rasgaduras y episiotomías no deseadas.

El trato personal brindado por los médicos y las enfermeras es visto como desigual, discriminatorio y condescendiente. Refirieron que el personal parece trabajar sin vocación para atender a las pacientes, ya que son impacientes y enojados. Las comadronas expresaron que se utilizan constantes regaños hacia ellas y hacia las pacientes, lo que hace que la relación con el servicio de salud sea distante y turbulenta. También expresaron su inconformidad por el descuido del pudor y la atención por parte de personal médico de género masculino, como prácticas en contra de su cultura.

Aunque constantemente se enfrentan a situaciones de discriminación, expresaron que no pueden olvidar ni dejar de practicar la cultura de sus antepasados, por considerar a la persona indígena diferente al resto de la población en cuanto a sus necesidades médicas. En general se percibe un orgullo por ser indígena y continuar con las costumbres de sus padres. Sin embargo, expresaron cierto descontento por los cambios en sus costumbres que han observado en los últimos años. Como menciona una de las comadronas: “...se está acabando la cultura de nosotros las personas indígenas, se está dejando a un lado nuestra cultura...” (C-7).

Tabla 5.6
Percepción general del servicio de salud y calidad de atención, según las comadronas
Tecpán, Chimaltenango, abril-mayo 2017

Categoría	Sub-categorías
Percepción general del servicio de salud y calidad de atención	Percepción de la calidad de atención
	“...gracias a Dios están mejorando (en el CUM) porque yo este año traje a una señora... en cuanto llegamos me preguntaron cómo estaba mi paciente...se la llevaron a ponerle suero y luego salió la enfermera a decirme que ya iba a nacer el bebé...y sí la atendieron bien, entonces digo yo que tal vez sí lo están mejorando poco a poco.” (C-17)
	“Porque según las pacientes no las atienden bien en el hospital (CUM), las regañan o les gritan, no les hacen caso las dejan allí aunque se muera de dolor...las pacientes ya no se quieren ir al hospital (CUM) porque ya no atienden” (C-11)
	“Tal vez capacitarlos (al personal) como para atender pacientes indígenas porque es más con nosotros los indígenas que nos hacen así (discriminación) en cambio si llega una que no es indígena tal vez la atienden bien.” (C4)
	“Otra cosa que no le gusta a las mujeres es que las cortan aunque a otras no las cortan. Y algunas aunque sea pequeño el bebé les cortan para que pase suave pero no son todas las doctoras...” (C-12)
	Percepción del equipo y abastecimiento de medicamentos
	“Lo que necesita el CUM es que no hay equipo como en Chimaltenango, que hubieran más médicos porque tal vez tiene razón el médico que está, atiende todo... que haya más personal y más equipado el hospital (CUM) como por ejemplo rayos X y eso...” (C-16)
	“Va uno al hospital (CUM) y necesitan una jeringa, tiene que comprarla uno para dejar la reposición de las que ellas (las enfermeras) usaron allí.” (C-6)
	Percepción del recurso humano
	“...hay una sala de cesárea porque nos la enseñaron...lastimosamente ellos (el personal) dicen que no hay anestésista, no hay cirujano...y por eso se mandan a Chimaltenango.” (C-4)
	“...personas (del personal) se cambiaron...por contrato o porque llegó el tiempo de cancelación y las sacaron o porque el gobierno los habían cambiado...y llegaron otros que no son profesionales...por cuello de los partidos...” (C-4)

*C: Comadrona

Fuente: Codificación de grupos focales con comadronas, Tecpán, abril-mayo 2017

A pesar de la percepción predominantemente negativa, algunas comadronas presentaron una percepción positiva del servicio de salud, mencionando un buen trato del personal médico y paramédico hacia ellas y sus pacientes, además de una atención oportuna. Algunas comadronas refirieron que han notado mejorías en la atención del CUM recientemente este año, aunque varias han optado por no llevar presencialmente a sus pacientes y prefieren únicamente referirlas al CUM o llevarlas al Hospital de Chimaltenango, por miedo al rechazo en el servicio de salud.

Algunas de las comadronas hablaron también de la falta de recursos, medicamentos y equipo, del ambiente inadecuado, cantidad insuficiente de médicos, falta de especialistas, una mala organización del personal y un proceso corrupto de contratación del personal. Estas percepciones llevan a las comadronas a perder su confianza hacia la atención del CUM, y esta desconfianza se transmite a las pacientes cuando son atendidas por la comadrona durante su control prenatal y atención del parto.

5.3.2. Percepción general de las comadronas de la implementación de las prácticas interculturales en el servicio de salud

En cada grupo focal, tras enumerar brevemente las prácticas interculturales, todas las comadronas negaron la implementación de estas en el CUM y refirieron que el personal médico debería de capacitarse más en este aspecto, debido a que las comadronas no logran establecer una buena comunicación y colaboración con el mismo. Lo explicado a continuación se resume en la tabla 5.7.

En cuanto a la implementación del idioma kaqchiquel, reconocieron la importancia de que el personal del CUM sepa hablar el idioma materno de las usuarias o ayudarse de traductores, para mejorar la comunicación y el nivel de confianza. Algunas comadronas refirieron que el personal médico y paramédico no habla kaqchiquel para comunicarse con los pacientes y las comadronas dentro del servicio de salud, aunque otras mencionaron sí haberlo escuchado y con mayor frecuencia en años anteriores. Expresaron que una de las razones por las que el personal de ascendencia indígena no habla el idioma maya, es por sentir vergüenza y una actitud de superioridad, lo cual es tomado como un insulto a su cultura.

Otro tema sensible durante el grupo focal fue sobre el acompañamiento del paciente por una comadrona en el servicio de salud. Según su conocimiento, existen normas que las autorizan para ser el acompañante del paciente. La mayoría refirió que no les es permitido acompañar a la paciente, y unas cuantas refirieron haber tenido experiencias esporádicas en que sí se les permitió.

Las comadronas expresaron una actitud favorable hacia el concepto de tener la oportunidad de atender a sus pacientes dentro del CUM. Expresaron que el acompañamiento podría ayudar a aliviar los miedos del paciente, dar seguridad, mejorar la comunicación, generar confianza y empatía y aumentar la afluencia de los pacientes que acuden al servicio.

La alimentación y bebidas culturalmente aceptadas también son deficientes en el servicio de salud. Las comadronas refirieron que los servicios de salud desaprueban las medicinas y tés naturales y no ofrecen estas bebidas a las pacientes en el CUM, lo que causa un rechazo por parte de las pacientes hacia el uso de este servicio.

Refirieron además la necesidad de que se provea alimentación a la paciente, debido a que esta necesidad recae en los familiares y esto representa un pago informal muy alto para las familias de escasos recursos y/o que habitan en áreas de difícil acceso geográfico.

En cuanto al ambiente físico del servicio de salud, las comadronas refirieron que las instalaciones no son las adecuadas. Algunas comadronas expresaron que las pacientes se ven en la necesidad de bañarse con agua fría en los baños de las salas de posparto y utilizar batas en un ambiente frío. Según las comadronas, durante el gobierno del expresidente Álvaro Colom Caballeros, autoridades por parte del MSPAS les prometieron la construcción de un temazcal atrás del CUM, pero mencionaron que esto nunca se llevó a cabo y las pacientes se vieron obligadas a desistir de su uso.

Refirieron que las autoridades de los servicios de salud desalientan la práctica de atención del parto en el temazcal, por lo cual perciben que se ha perdido parcialmente esta parte de la cultura, a pesar de las ventajas que las comadronas reconocen del mismo, tales como: ser un lugar seguro, cerrado y caliente y en donde se evitan rasgaduras.

Actualmente el rol de la comadrona se limita básicamente a los cuidados comunitarios de la paciente y a la referencia al hospital. Cuando ocurren complicaciones durante la atención del parto, las comadronas se comunican con la familia, con otros agentes comunitarios o a veces disponen de sus propios recursos para transferir a sus pacientes al hospital.

Las comadronas refirieron poseer el conocimiento para garantizar la atención adecuada de sus pacientes. Sin embargo refirieron sentirse impotentes, amenazadas y discriminadas en vista de que no se les reconoce oficialmente su labor, por lo cual tratan de evitar el CUM, estableciendo una demora más en la atención oportuna a la paciente. También mencionaron múltiples encuentros hostiles con el personal del servicio de salud, en los cuales fueron regañadas por administrar tés calientes, por no referir a las pacientes a tiempo, o por *“manipularlas”* demasiado.

Tabla 5.7
Percepción general de la implementación de las prácticas interculturales en el CUM, según las comadronas,
Tecpán, Chimaltenango, abril-mayo 2017

Categoría	Sub-categorías
Percepción general de la implementación de las prácticas interculturales en el servicio de salud	Comunicación y uso de idiomas mayas
	<i>“Pues yo una vez escuché que estaban hablando en kaqchiquel (el personal), porque hay personas que no pueden hablar en español...” (C-3)</i>
	<i>“...hay gente de nuestra raza, de nuestra ropa...allí en el hospital (CUM), yo las he visto entrar y saben hablar el kaqchiquel pero no lo hacen, ya adentro ellos se sienten superiores y hacen como que no saben hablar el kaqchiquel. Lo que hacen es regañar a las pacientes que no saben hablar (en español)...” (C-13)</i>
	Acceso del acompañamiento en la atención del parto y del puerperio
	<i>“...nos fueron a hablar bonito al Centro de Salud, nos dijeron que teníamos las puertas abiertas, que nosotros podíamos estar a la par de nuestras pacientes y sino nosotros podíamos atender a nuestras enfermas...” (C-6)</i>
	<i>“Yo cuando la llevé, dijo (el médico) – ¿quién es la comadrona?- y cuando le dije que yo, me dijeron que solo la paciente se tenía que quedar y que nos saliéramos todos, todos afuera.” (C-12)</i>
	<i>“...la llevé para evaluarla (la paciente)...y el médico...me dijo que si me quería quedar a la hora del parto no había ningún problema...Yo pienso que para que la paciente tenga más confianza porque si se deja con personas extrañas como que la paciente se pone tímida...” (C-7)</i>
	Oferta de alimentos o bebidas culturalmente aceptados
	<i>“...en el hospital (CUM) les dicen (a las pacientes) que no pueden tomar nada, en ayunas durante el tiempo que estén allí...ese es la diferencia por lo cual algunas personas quieren ir y otras no.” (C-7)</i>
	<i>“...comida también les tiene que ir a dejar porque allí (en el CUM) no les dan comida... Allí la familia tiene que ir a dejarles el desayuno...” (C-6)</i>
	Ambiente físico en el servicio de salud
	<i>“...el único problema que tuvo (la paciente)...que no le cayó el agua caliente...a veces se tienen que bañar con agua fría...” (C-7)</i>
	<i>“...hasta un temascal nos ofrecieron (el MSPAS) que iban a hacer atrás del hospital (CUM)...para que nos sintiéramos bien y fuéramos a atender a nuestras mujeres allí pero de eso nada se cumple.” (C-6)</i>
	Inclusión de la comadrona como terapeuta
	<i>“Cuando son primerizas (las pacientes) no las atendemos nosotros porque nos dicen que se vayan al hospital (CUM), por ser primerizas no sabe uno qué problema puede surgir en último momento” (C-6)</i>
	<i>Siempre dicen que uno no sabe, que lo tenemos que hacer mejor y...como nosotros somos indios por eso nos humillan, pero esa vez yo sí le contesté (al personal)... que por qué ella se creía superior... le dije que no se lo iba a permitir porque yo tenía derechos al igual que ella...” (C-10)</i>
	<i>“En el CUM nos dicen que no hay que hacer eso (proporcionar bebidas tradicionales), nos dicen que no hay que darles nada (a las pacientes).” (C-1)</i>

Fuente: Codificación de grupos focales con comadronas, Tecpán, abril-mayo 2017

Adicionalmente, el sistema de salud les ha prohibido muchas de las prácticas a las cuales ellas estaban acostumbradas a realizar, tales como inyectar medicamentos, dar bebidas calientes en el trabajo de parto, y atender primigestas, aunque expresaron que no entienden el porqué de estas limitaciones ya que perciben estas prácticas como útiles y de beneficio para la paciente.

Sin embargo, en los grupos focales hubo comadronas que mencionaron que algunos médicos sí les escuchaban y les respetaban, pero insisten en la necesidad de que el personal debe capacitarse más. Únicamente una comadrona mencionó una contra-referencia por parte de un médico del CUM, ya que le ofreció la opción de atender a la paciente en casa debido a que esta no presentaba ningún signo de riesgo.

5.3.3. Factores determinantes del acceso al servicio de salud

El acceso a la salud es limitado por barreras tanto en la oferta como la demanda, las cuales se encuentran relacionadas. Los factores determinantes del acceso son aspectos de la paciente y su vida que facilitan u obstruyen la atención médica oportuna y efectiva y el tipo de servicio ofertado por el centro asistencial.²⁵

Las comadronas refirieron que dentro de los factores que facilitan el acceso al servicio de salud, se incluyen: pacientes de edad joven, personas con una mejor situación socioeconómica, pacientes que hablan español, falta de espacio en su propia casa para el parto, cercanía geográfica y cambios en las actitudes generales de la población.

Según las comadronas, los factores que impiden el acceso incluyen: pacientes de mayor edad, pacientes con recursos económicos limitados, pacientes que sólo hablan kaqchiquel, renuencia a la intervención quirúrgica, referencias negativas de familiares, presión familiar para tenerlo en casa, residencia en áreas lejanas y/o de difícil acceso geográfico, y falta de oferta de alimentación e insumos dentro del servicio de salud.

Adicionalmente, las comadronas no desean llevar a sus pacientes al CUM por pérdida de su ingreso económico cuando el parto es atendido en el servicio de salud en vez de en casa. Estos factores reflejan un panorama de las barreras principales que se tienen que vencer para poder garantizar la oferta de atención con pertinencia cultural (ver tabla 5.8).

Tabla 5.8
Factores determinantes del acceso al servicio de salud identificados por comadronas
Tecpán, Chimaltenango, abril-mayo 2017

Categoría	Sub-categorías
Factores determinantes del acceso al servicio de salud	Factores facilitadores
	<i>“Dependiendo de la edad, cuando son más jóvenes (las pacientes) como que entienden más que uno les explica, razonan más y se van al hospital (CUM)...” (C-7)</i>
	<i>“...ellos (personal médico) dicen que uno no trabaja bien y allí está el fallo, en cambio si todos nos unimos...las convencemos (a las pacientes a consultar)” (C-16)</i>
	<i>“...hay pacientes que sí se van (al servicio de salud)...yo he visto muchas este mes que me dicen que no tienen espacio en dónde (atender el parto)...” (C-1)</i>
	Factores obstaculizadores
	<i>“Hay personas que en realidad no pueden (hablar español) y por ese miedo tampoco quieren ir al hospital (CUM)” (C-7)</i>
	<i>“...ya no quiso llevarla (al CUM) porque ya era mucho gasto estar en el hospital y estar llevando comida... hay que gastar también en el pasaje” (C-12)</i>
	<i>“...como dicen los esposos que no están pidiendo para darle de comer a sus hijos para que les obliguen a operar a su esposa, ese es el motivo por el cual no quieren ir al hospital (CUM) porque ellos (el personal) los discriminan allí adentro...” (C-14)</i>
	<i>“...hay muchas madres que se mueren porque hay lugares muy lejanos que quizá no conocen y a todos nos ha pasado que cuesta convencer a la familia y si ya la paciente está muy malita cuando llega hasta aquí (al CUM).” (C-16)</i>

Fuente: Codificación de grupos focales con comadronas, Tecpán, abril-mayo 2017

5.4. Entrevistas con usuarias del servicio de salud

Se entrevistaron un total de diez usuarias, con un rango de edad entre 17 y 46 años, con edad media de 26 años y cuatro de ellas son primíparas. Tres usuarias residen en el casco urbano mientras las demás residen en áreas rurales de Tecpán. La mayoría de usuarias tiene un nivel de escolaridad primaria, una usuaria posee un nivel de diversificado y una usuaria es analfabeta. Más de la mitad indicaron que su idioma principal es el español mientras las otras refirieron que su idioma principal es kaqchiquel.

5.4.1. Percepción general de las usuarias del servicio de salud y la calidad de atención

La preferencia de atención por las usuarias es la actitud que ellas presentan ante la opción entre los actores tradicionales y el sistema de salud convencional. Esta actitud, desarrollada tras las condiciones políticas, económicas y socioculturales, representa el rol de la mujer y su poder en la sociedad, siendo responsable de la procreación¹⁹. La población de Tecpán es, en su mayoría, indígena y rural. Seis de las diez usuarias entrevistadas prefirieron tener su parto en casa con comadrona por razones como: acompañamiento, confianza, atención personalizada, miedo a la intervención quirúrgica, y percepción de mala atención en los servicios de salud. Las usuarias multíparas expresaron que el lugar de parto preferido es en casa, cerca de la familia y en la presencia de su pareja o madre, lo cual mantiene el equilibrio familiar y social.

Más de la mitad de las usuarias fueron referidas por las comadronas al CUM. Sin embargo, la práctica de acompañar a la paciente al servicio de salud solo se llevó a cabo en un caso. Cuatro usuarias refirieron que prefieren tener su parto en un servicio de salud por reconocimiento de los riesgos del parto, mayor capacidad terapéutica, y percepción de buena atención por referencias personales.

La percepción general de la calidad de atención es un conjunto de opiniones e ideas que tienen las usuarias sobre la atención que recibieron dentro de la institución.⁴⁶ La percepción general de la calidad de atención recibida en el CUM fue buena para la mayoría de usuarias. Algunos de los motivos de la buena percepción fueron una buena atención, buen trato personal, amabilidad, atención oportuna y constante, empatía, apoyo, y un resultado positivo en salud.

No obstante en general, las usuarias expresaron una gama amplia de quejas e inconformidades de la atención recibida incluyendo mal trato personal, vergüenza, descuido del pudor y privacidad, incomodidad de ser atendidas por personal del género masculino y de edad joven, atraso de la atención y desenlace desfavorable en la salud, realización de episiotomías no deseadas y desconfianza con el tratamiento. Se evidenció la percepción de regaños por una variedad de causas provocando desconfianza en la relación médico-paciente.

Otro punto de inconformidad fue con la infraestructura y personal del servicio de salud debido a que son aspectos que influyen en la calidad de atención de una población.⁴⁷ Las usuarias expresaron insatisfacción por la falta de preparación del personal médico y cambio constante del mismo y poder resolutivo bajo para emergencias médicas, ya que no hay especialistas ni equipo necesario para atender las complicaciones.

Tabla 5.9
Percepción general del servicio de salud y calidad de atención por usuarias del CUM,
Tecpán, Chimaltenango, abril-mayo 2017

Categoría	Sub-categorías
Percepción general del servicio de salud y calidad de atención	Preferencia del lugar de atención del parto
	<i>“...me fui para allá (al CUM) porque me recomendaron que era lo mejor, que no me podía quedar en casa...para seguridad del bebé y mío, aquí en casa me da miedo porque no estoy con los médicos...cualquier cosa que me pasé a mí o a mi bebé, no pueden hacer nada (las comadronas)” (U-10)</i>
	<i>“Prefiero tenerlo en casa con comadrona...porque la comadrona tiene paciencia con uno, le dice a uno que tenga más cuidado, la levantan a uno con cuidado, eso es lo que uno prefiere de la comadrona.” (U-8)</i>
	Percepción de la calidad de atención
	<i>“Pues allí me atendieron bien (en el CUM), vi que sí la doctora cada cinco minutos me iba a revisar, cómo estaba y todo, entonces sí me sentí bien allí” (U-1)</i>
	<i>“Para mí fue buena (la atención)...Desde que yo llegué, me tomaron el pulso, me hicieron unos exámenes, me sobaron, me pusieron mi bata y me pusieron mi suero, y me preguntaron si todavía podía caminar para que no sufriera más...y me puse a caminar, y cuando yo ya sentía que no podía, me llevaron a la sala y con dos pujones ya se vino mi nena.” (U-7)</i>
	<i>“Yo digo que fue mala (la experiencia), porque la doctora me dejó allí sola con el suero, y cuando empecé con más dolor, ella saber en dónde estaba...la doctora me regañaba porque me decía que era necesario el “vaginal” (episiotomía), pero yo no quería” (U-4)</i>
	<i>“...varios enfermeros y doctores me pasaron tocando o revisando, fueron varios, y eso fue incómodo, porque no fueron sólo uno o dos, sino que tres o hasta cuatro veces llegaron conmigo” (U-2)</i>
	Percepción de recursos y equipo en el servicio de salud
	<i>“A veces uno de emergencia va (al servicio de salud), y no hay medicamentos para dar.” (U-5)</i>
	<i>“...lastimosamente aquí en el hospital (CUM) estamos pobres, falta mucho todavía...métodos para arreglarse uno con cesárea, no hay... si se le complicaría (el parto)...” (U-9)</i>
	<i>“...yo siento que están escasos los doctores, que a veces sólo hay un doctor los fines de semana y está atendiendo varios casos...que tuvieran más equipo para recibir a los bebés, porque allí prácticamente no hay mayor equipo para atender a los niños...” (U-9)</i>

*U: Usuaria

Fuente: Codificación de entrevistas en profundidad a usuarias, Tecpán, abril-mayo 2017

También expresaron inconformidad con el desabastecimiento de insumos dentro del servicio de salud y el alto costo de los pagos informales que se les exige para recibir atención en la compra de alimentos y medicamentos, lo cual crea una barrera económica de acceso. Estas condiciones precarias son prevalentes en el sistema de salud de Guatemala y previenen la oferta de una atención efectiva a la población en general, siendo los pacientes de bajo nivel socioeconómico los más afectados.

Las primíparas y usuarias jóvenes en general expresan una percepción más positiva del servicio de salud que las multíparas, lo que puede señalar cambios favorables en la imagen que se tiene del servicio de salud en la sociedad. Varias usuarias también comunicaron una mejoría de la calidad de atención en el último año por lo cual expresaron esperanza de mejores resultados en el futuro. Es importante aclarar que la percepción general de un servicio de salud compartida en una población, influye en el acceso a la atención y en la efectividad de las intervenciones realizadas. Lo anteriormente expuesto se ilustra en la tabla 5.9.

5.4.2. Percepción de la adecuación cultural del servicio de salud

Según la percepción de las usuarias, hay poca implementación de las prácticas de adecuación cultural en el servicio de salud (ver tabla 5.10 y 5.11). El preguntar por el idioma, el permitir un acompañante y la oferta de comida y bebidas solo fueron implementados en un solo caso en pacientes diferentes, mientras la opción del parto vertical fue ofrecida en dos casos.

La barrera del idioma tiende a ser una de las barreras al acceso de salud más grandes en este país multilingüe.²⁶ Nueve de las diez usuarias refirieron que no les habían preguntado por su idioma de preferencia y únicamente les habían hablado en español.

Cuatro usuarias expresaron dificultad para entender el español, siendo todas del área rural. Sin embargo, sólo tres usuarias refirieron haber preferido el kaqchiquel, ya que la cuarta usuaria prefirió ser atendida en español a pesar de no tener dominio completo del idioma. En una región predominantemente indígena es sorprendente la pérdida del idioma kaqchiquel, especialmente en la población del casco urbano e inclusive llevando consigo una concepción negativa de las personas que hablan kaqchiquel.

En el servicio de salud, sólo dos usuarias refirieron haber tenido la opción de un parto vertical; las demás usuarias tuvieron su parto en posición de litotomía. Algunas usuarias mostraron ignorancia sobre las posiciones tradicionales en la atención del parto vertical, demostrando una pérdida de costumbres tradicionales por influencia de la medicina occidental, especialmente en las pacientes más jóvenes.

Sin embargo, una usuaria refirió que “*el médico le apoyó desde atrás*” al momento del parto, lo cual se clasifica como una modalidad del parto vertical (semi-sentada). Ocho usuarias refirieron conformidad con la posición del parto acostada, y el resto expresó dificultades en el trabajo de parto por la posición tomada, posiblemente debido a que algunas usuarias multíparas ya habían experimentado anteriormente alguna modalidad del parto vertical fuera del CUM.

El acompañamiento en el momento del parto y puerperio ofrece seguridad y convivencia para la paciente, lo cual tiene significancia tradicional y cultural en la sociedad indígena.⁵ En el servicio de salud, nueve de las diez pacientes entrevistadas no tuvieron la opción de tener a un acompañante familiar o comadrona presente durante el parto, debido a que el personal no lo permitió.

Las usuarias expresaron miedo de estar solas en el servicio de salud y el deseo de apoyo y ayuda física y psicológica por parte de alguien de confianza. A una usuaria se le ofreció el acompañamiento del esposo, quien no quiso entrar. Únicamente dos usuarias expresaron no desear el acompañamiento en el parto, con el fin de que el proceso de parto fuese más rápido.

A todas las usuarias les fue denegado el acompañamiento en el posparto. Las usuarias expresaron insatisfacción general con este aspecto de la atención, ya que varias expresaron el deseo de tener un acompañante para ayudarlas a levantarse, ayudar con el bebé y sentirse cómodas.

La alimentación con pertinencia cultural en el servicio de salud es importante para respetar el concepto de mantener el equilibrio entre lo frío y caliente en el parto y posparto.^{5, 15} Algunas usuarias mencionaron el uso de bebidas calientes tradicionales en casa durante el parto, como agua caliente y té chiripeco, lo cual no fue permitido en el CUM debido a que debían permanecer en ayuno completo. Otras usuarias refirieron no practicar esta costumbre.

Todas las usuarias explicaron que no se les había ofrecido bebidas calientes ni comida en el CUM, por lo que se vieron en la necesidad de esperar a que sus familiares les llevaran comida que, en algunos casos, significaba esperar hasta la hora de visita del siguiente día. A algunas usuarias se les ofreció agua pura en el servicio de posparto y a algunas no. Una de las usuarias refirió haber recibido un atol por parte de otro paciente. Las usuarias expresaron el deseo de que se les ofreciera una bebida, como atol o agua y una comida debido a que en casa, las comadronas y las familias acostumbran a dar alimentos y bebidas como: atol de masa o tortilla, té de manzanilla, laurel o chiripeco, quilete, caldo de gallina, pulique y guisado.

La adecuación del ambiente físico es un aspecto fundamental de la atención con pertinencia cultural en vista de que tradicionalmente los partos se han atendido en casa, en un lugar conocido y cerrado, con la finalidad de mantener el equilibrio de calor en la paciente durante el parto y puerperio.⁵

Tabla 5.10
Implementación de la adecuación cultural en el CUM según las usuarias,
Tecpán, Chimaltenango, abril-mayo 2017

Práctica intercultural	Usuarías									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Le preguntaron en que idioma quiere ser atendida?	x	x	x	x	x	x	✓	x	x	x
¿Le ofrecieron el parto vertical?	x	x	✓	x	✓	x	x	x	x	x
¿Permitieron el acompañamiento por familia o comadrona?	x	x	✓	x	x	x	x	x	x	x
¿Le ofrecieron bebidas y comida culturalmente aceptadas?	x	x	x	✓*	x	x	x	x	x	x
¿Le hablaron sobre el uso de bebidas y comida culturalmente aceptadas en el puerperio?	✓	x	x	x	x	x	x	x	x	x
¿Le hablaron sobre el uso del temascal?	x	x	✓	✓	x	x	✓	x	x	x
¿Le preguntaron si se quería llevar la placenta?	--	x	x	x	x	--	x	x	x	x

*Agua

Fuente: Codificación de entrevistas en profundidad a usuarias, Tecpán, abril-mayo 2017

Las usuarias en una gran mayoría refirieron sentirse cómodas. Sin embargo, la mitad de las usuarias expresaron su inconformidad con la temperatura de la sala de posparto, ya que esta se encontraba muy fría y a pesar de que a una de las usuarias le fue proporcionado un calentador eléctrico, no tuvo la confianza de pedir a enfermería que se lo encendieran. Una paciente también refirió que dentro de la sala había demasiado ruido y algunas otras refirieron una cantidad insuficiente de cobijas para el frío.

La mayoría de las usuarias mencionaron que la temperatura del agua no fue óptima, ya que se encontraba entre fría o templada, lo cual es contrario a su costumbre de bañarse en el temazcal, el cual es caliente.

El plan educacional es un momento en donde el personal médico sigue generando confianza en la paciente y tiene la oportunidad de explicar las indicaciones pertinentes, tomando en cuenta sus condiciones socioeconómicas y culturales. Ninguna usuaria recibió un plan educacional con pertinencia cultural completo. Además de que se pierde un momento importante para informar y educar a la paciente, también se confiere a la paciente una percepción de discriminación del sistema de salud hacia las costumbres tradicionales de su cultura.

La mayoría de las usuarias recibieron indicaciones sobre cuidados básicos de higiene personal, cuidados del bebé y la importancia del reposo durante el puerperio. A pesar de que la mayoría de usuarias no recibió información sobre bebidas y comidas culturalmente aceptables, dos de las usuarias recibieron educación sobre evitar las comidas frías y consumir atoles calientes, para beneficiar la bajada de leche (ver tabla 5.10).

Pocas usuarias recibieron información sobre las ventajas del uso del temazcal; dos usuarias recibieron indicaciones de su uso para “secar” los puntos de la episiotomía y para bajar la leche, mientras que a una le dijeron que no era necesario el uso del temazcal. Sin embargo al regresar del CUM, la mayoría de usuarias refirió que necesitaron de la comadrona para que les realizara un masaje abdominal, “enfajara” su cintura y preparara el temazcal, lo cual trae beneficios para su salud al mantener el equilibrio mecánico y el estado caliente de la púérpera.

Algunas de las usuarias refirieron que se practican ceremonias con la placenta, quemándola, ya que se considera parte del recién nacido. Sin embargo, a ninguna usuaria se le ofreció la placenta y varias usuarias expresaron que sintieron vergüenza, por lo cual no lo pidieron, a pesar de que deseaban llevársela. Algunas usuarias no conocían de estas costumbres mientras otras sí tenían el conocimiento, pero no estaban interesadas en implementarlo.

Es evidente que las costumbres y creencias de alimentación, uso del temazcal y disposición de la placenta se están desvaneciendo progresivamente posiblemente por influencias culturales de otros grupos sociales. No se está preservando la cultura antigua y hay una pérdida del conocimiento de las costumbres tradicionales por las nuevas generaciones.

Tabla 5.11
Percepción de la adecuación cultural en el CUM, según usuarias
Tecpán, Chimaltenango, abril-mayo 2017

Categoría	Sub-categorías
Percepción de la adecuación cultural en el servicio de salud	Comunicación y uso de idiomas mayas
	"...(prefiero) <i>En kaqchiquel...casi no entiendo el español</i> " (U-6)
	"Sí, el doctor fue el que me preguntó de que si yo hablaba kaqchiquel o en español y yo le dije que español...a veces que usaban palabras altas (lenguaje técnico)... y yo no entendía, entonces le preguntaba a la enfermera..." (U-6)
	Oferta de la opción de atención del parto vertical
	"Porque cuando ya tenía mis bebés, es normal (la posición), acostada... así como uno los tiene" (U-10)
	"...me preguntaron que cómo había tenido a los demás (bebés) aquí en la casa, y les dije "sentada", pero ellos (el personal) me dijeron "cómo va a ser eso que sentada la vas a tener, así no se puede...allá (en el CUM) me costó mucho, porque estaba acostada, y yo siento que me ahogo." (U-4)
	Acceso del acompañamiento en la atención del parto y del puerperio
	"No (le permitieron el acompañamiento), y mi esposo sí quería entrar, pero cuando él entró allí conmigo, lo sacaron y le dijeron—váyase allá a la sala...." (U-4)
	"No, no, no me gustaría que me miren sufriendo...No, yo solita allí con personas que no me conozcan, así lo prefiero (en el parto)." (U-10)
	"A veces por decirle, se queda uno adolorido (en el puerperio), y uno quisiera que estuvieran allí ayudándole a uno a levantarse...porque a uno le cuesta" (U-9)
	Oferta de alimentos o bebidas culturalmente aceptados
	"De allí cuando ya tuve a la nena, me dieron agua fría para tomar." (U-4)
	"La doctora me dijo—su esposo acá lo tiene que comprar, porque acá nosotros comida no estamos regalando nada" (U-4)
	"Sí (hubiera querido), atol sí, no sé, cualquier atol" (U-6)
	Ambiente físico en el servicio de salud
	"....estaba así rico (el ambiente) porque no estaba ni frío ni caliente" (U-1)
	"...me dejó el calentador (el enfermero) y me dijo que si sentía frío que le avisara y que él me lo iba a conectar...Y también había mucho aire, a veces se somataban las cosas, o entran y salen y hay mucha bulla" (U-9)
	"El agua es fría (en la ducha), y uno quiere algo calentito. Es frío...(U-10)
	Uso del temazcal en el puerperio
	"Sólo me dijeron (las enfermeras) que ya no tenía que usar más temazcal, porque allí ya habían hecho bien la limpieza." (U-4)
	"...solo fue una (enfermera) la que me dijo...que me podía meter en el temazcal, me dijo—así como ustedes que siempre se meten al temazcal, se tienen que calentar—como no me bajaba la leche." (U-7)
	Oferta de la placenta al paciente
	"Sí (hubiera querido)...Como ninguno pide (la placenta), -me va a regañar- dije yo. Si voy a pedir eso, -para qué lo quiere- me van a decir (el personal)." (U-8)

Fuente: Codificación de entrevistas en profundidad a usuarias, Tecpán, abril-mayo 2017

Tabla 5.12
Resultados de triangulación de información generada de entrevistas en profundidad a personal médico y paramédico, grupos focales con comadronas y entrevistas en profundidad con usuarias del CUM, Tecpán, Chimaltenango, abril-mayo 2017

Resultados de triangulación de información generada en entrevistas en profundidad y grupos focales				
Factores	Personal médico y paramédico del servicio de salud	Comadronas tradicionales	Usuarias del servicio de salud	Conclusión del investigador
Saberes sobre las prácticas interculturales	* El personal expresa la necesidad de más capacitaciones sobre la atención intercultural e inclusión de las comadronas para compartir conocimiento en ambas direcciones. * Menos de la mitad del personal ha tenido acceso a las Normas de Atención con Pertinencia Cultural, lo cual refleja la poca disseminación de estas en el servicio de salud. * Existen deficiencias en el conocimiento de las ventajas, equipo y técnicas del parto vertical, por contar con poca experiencia. * En general, el personal cuenta con una noción básica sobre las principales prácticas de atención con pertinencia cultural, debido a que recientemente se impartió una capacitación sobre este tema.	* Las comadronas refieren que el personal de salud debería de capacitarse más en la atención del paciente indígena, con el fin de aumentar la frecuencia de consulta y la colaboración con los demás actores sociales.	* La edad del personal médico y paramédico, así como la actitud en la atención con el paciente, se interpretó por parte de la usuaria como un indicador de su nivel de conocimiento y experiencia. Las usuarias refirieron que el personal más joven requería de más capacitación en cuanto a la atención intercultural. * Dentro del plan educacional que se impartió a las usuarias no se incluyó la alimentación cultural, uso del temazcal y disposición de la placenta.	El conocimiento sobre las prácticas interculturales en el personal médico y paramédico del CUM es básico; requieren de más capacitaciones para brindar una atención con pertinencia cultural. La total comprensión en este aspecto garantizará una mejor calidad de atención, según la percepción de las comadronas y las usuarias. El conocimiento de las diferentes prácticas según las creencias y tradiciones propias de la cultura, también dará oportunidad a que se incluya la participación de los actores sociales de las comunidades, y beneficiarse del trabajo en equipo.

Factores	Personal médico y paramédico del servicio de salud	Comadronas tradicionales	Usuarios del servicio de salud	Conclusión del investigador
Aceptación cultural de las prácticas y creencias	* El personal reconoce la importancia de que estas prácticas sean implementadas en el servicio de salud porque son parte de la tradición de la comunidad, y porque generan confianza y empatía con los pacientes. * Existe una actitud favorable a implementar el idioma materno del paciente, ofrecer la variante de atención del parto vertical y permitir el acompañamiento durante el parto. * Existe conflicto con las costumbres y prácticas de las comadronas, debido a que en la mayoría de casos dificulta el proceso de atención del parto. * Algunos del personal admiten falta de interés hacia la práctica intercultural y lo explican por la falta de capacitaciones, falta de tiempo y discriminación hacia la cultura indígena.	* Las comadronas reconocen la importancia de implementar el idioma materno en la atención, porque genera confianza y mejora la comunicación. Algunas refieren que no se practica por vergüenza o actitud de superioridad por parte del personal. * Las comadronas perciben discriminación hacia su participación en la atención del parto por el uso de bebidas culturales y prácticas según la tradición en la comunidad. * Algunas comadronas expresan descontento ante el hecho de que las autoridades de los servicios de salud desalientan el uso del temazcal y el consumo de bebidas y alimentos culturales durante el parto y puerperio.	* Existe una demanda irregular de la variante de posición del parto, debido a que muchas usuarias se sienten cómodas en la posición tomada y apenas el 20% expresó inconformidad en la atención. * Las usuarias comparten la idea de confianza, seguridad y apoyo por parte del acompañamiento porque la mayoría expresa que es el esposo o la madre quienes ayudan a la paciente durante el parto. * Las usuarias sienten pena y vergüenza al manifestar sus necesidades al personal de salud, por temor a ser discriminadas o tratadas con inferioridad. * Algunas usuarias expresaron que el servicio de salud no reconoce la importancia de la privacidad y el uso del vestuario. * Personal con poca voluntad para atender el parto vertical o permitir el acompañamiento.	La parcial aceptación de las prácticas interculturales en el CUM, deriva del reciente impulso por parte de la dirección para incluir esta modalidad de atención dirigida al paciente indígena. La mayor parte de médicos, no pone en práctica estos lineamientos por falta de interés o discriminación hacia la cultura, por considerarla inferior o “arcaica” en comparación con el modelo de medicina biomédico. El constante rechazo hacia la interculturalidad, influye en los grupos sociales debido a que no desean utilizar el servicio de salud, sienten vergüenza al ser atendidos en su idioma o se encuentran inconformes con la calidad de atención. Sin embargo, existen médicos y enfermeras que si aceptan estas prácticas y se sienten identificados, debido a que se sienten parte de la cultura y desean capacitarse más para brindar una atención con pertinencia cultural completa.

Factores	Personal médico y paramédico del servicio de salud	Comadronas tradicionales	Usuarías del servicio de salud	Conclusión del investigador
Recursos económicos e insumos	* El CUM no cuenta con suficientes recursos para permitir el acompañamiento, la oferta de alimentación cultural y medicamentos utilizados en el parto y puerperio. * El CUM no cuentan con presupuesto para modificación del ambiente físico de la sala de atención del parto y sala de posparto. La mayor parte de los recursos para la sala de parto vertical son recaudados por el personal, debido a que no cuentan con un presupuesto oficial asignado.	* Las comadronas reconocen la falta de recursos dentro del servicio de salud, por lo que se han visto en la necesidad de acompañar a los familiares y proveer los insumos que la paciente necesita, lo cual representa un alto costo para las familias de escasos recursos.	* Los familiares deben proporcionar la alimentación y medicamentos, provocando que cada vez menos mujeres asistan al CUM. * Se mencionó el alto costo económico para las usuarias de proporcionar algunos de los insumos básicos en un servicio de salud, como jeringas, angiocats y pañales, debido a que el CUM no cuenta con suficientes recursos.	Una de las barreras que detienen el proceso de implementación de las prácticas interculturales es la falta de recursos económicos en el CUM. El impacto sobre la atención hacia los pacientes es significativo ya que el alto costo de los pagos informales que se exigen en el servicio de salud, resulta en la disminución de afluencia de las usuarias y de la demanda de las prácticas. La iniciativa del personal del CUM por mitigar la falta de presupuesto, ha favorecido la calidad de atención al aumentar la oferta de estas prácticas a la comunidad.
Organización del personal e infraestructura	* Hay una falta de cantidad de personal médico lo que impide la atención constante. * Una mala distribución de las tareas propias de la adecuación cultural entre el personal conlleva la deficiencia en la educación al paciente durante su estancia. * Existe una sala de partos con pertinencia cultural la cual no está habilitada al 100%.	* No existe un temazcal habilitado para el uso de las comadronas en el CUM y no tienen conocimiento de la sala de parto con pertinencia cultural. * La mala organización del personal, el proceso de contratación corrupta y los médicos en número insuficiente con sobrecarga laboral deteriora la calidad de atención intercultural.	* Las usuarias mostraron desconocimiento de la existencia de la sala de partos con pertinencia cultural. * La deficiencia de capacidad resolutive del parto y cantidad insuficiente de médicos contribuye a poca afluencia de pacientes por la mala calidad de atención. * Alojamiento de varios pacientes en una sala de partos crea comunidad y una sensación de acompañamiento.	Hay una necesidad de capitalizar los recursos humanos con los que cuenta el CUM, redistribuyendo las tareas propias de la adecuación cultural entre el personal y capacitando de manera continua para garantizar la implementación de las Normas con Pertinencia Cultural y su diseminación en la comunidad. Parte de la infraestructura para la implementación de las Normas ya existe en el CUM, aunque se necesita terminar de equipar la sala de partos con pertinencia cultural e implementar su uso.

Factores culturales	Personal médico y paramédico del servicio de salud	Comadronas tradicionales	Usuaris del servicio de salud	Conclusión del investigador
Factores socio-culturales	* La paciente joven y primípara presenta poca demanda de algunas prácticas de atención con pertinencia cultural, prefiriendo la atención en español, partos en posición de litotomía, y no llevarse la placenta. * La paciente múltipara por influencia del machismo, y experiencias previas, prefiere tener su parto en casa no importando los riesgos. * El nivel educativo de la paciente dificulta la comunicación y la comprensión de las prácticas interculturales ofrecidas, como la posición del parto.	* Pacientes no acuden por discriminación hacia su cultura y por mala atención. * Hay personal médico de ascendencia indígena con pérdida de pertinencia cultural por lo cual les da vergüenza tratar con adecuación intercultural a las personas de su propia cultura. * Pacientes con mayor educación acuden al CUM a pesar de las deficiencias.	* Varias expresan no tener conocimiento ni interés en el parto vertical o el acompañamiento, temor a demandar la entrega de la placenta, cambiar el ambiente del lugar y la alimentación. * Pacientes reconocen las ventajas de bebidas calientes en el posparto como parte de la tradición. * Familiares reacios para acompañar al paciente dentro del servicio de salud. * La mayoría de usuarias tienen al menos un conocimiento rudimentario del español, por lo que no se les habla en su idioma. Algunas prefieren la atención en kaqchikel, mientras otras no lo hablan ni lo entienden. * Predominan los sentimientos de inferioridad por su cultura ante el personal del servicio de salud.	Por la cercanía a la ciudad capital, el bajo nivel de educación, y la influencia de otros medios de comunicación, hay una disminución en la demanda de las costumbres interculturales y existe una desaprobación general en la sociedad hacia estas prácticas, inclusive entre las mismas usuarias.

Fuente: Codificación de entrevistas en profundidad a personal médico y paramédico, grupos focales a comadronas y entrevistadas en profundidad en usuarias, CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

6. DISCUSIÓN

El presente estudio demostró que desde la publicación de las Normas con Pertinencia Cultural en el año 2010, se ha visto poco avance en el proceso de la implementación de los principios de adecuación cultural en el CUM de Tecpán, a pesar de la gran proporción de la población que pertenece al pueblo indígena en el departamento de Chimaltenango. Los factores que influyen en la implementación de estas normas, sólo se logran comprender dentro del contexto panorámico de la cultura y la sociedad.

El pueblo indígena, al igual que otros grupos sociales, ha desarrollado su propio modelo de salud conforme a sus necesidades, para interpretar, prevenir y tratar el proceso de salud-enfermedad.¹⁰ El modelo de salud del pueblo indígena es obligado a entrar en un proceso de confrontación y negociación con el modelo biomédico del sistema nacional para desarrollar un modelo pluricultural.⁴⁸ La adecuación cultural implementada en los servicios de salud es clave para iniciar esta negociación con las comunidades indígenas con el propósito de incluirlas en un mismo modelo de salud, lo que aumenta la demanda y, por ende, alienta la oferta de las prácticas con pertinencia cultural.

El modelo multicultural que actualmente existe en Guatemala se define por una desarticulación del modelo tradicional y el modelo biomédico, además de una superposición de este último, creando un ambiente hostil a la adecuación cultural. Aunque hay interacciones bidireccionales entre los actores de estos dos modelos (ver figura 6.4), estos tienden a ser conflictivos y carecen de efectividad para lograr una colaboración y subsecuentemente, un desenlace favorable en la salud de la población.

Las interacciones entre las usuarias y comadronas de las comunidades con el personal médico y paramédico del CUM, representan encuentros entre los dos modelos de salud mencionados. Según los actores involucrados en el estudio, la inhabilidad de facilitar una negociación cultural resulta en la creación de barreras socio-culturales de atención que perjudican al proceso de salud de la población de Tecpán.

La gran mayoría del personal médico y paramédico del CUM sabe el significado de la interculturalidad y de los elementos necesarios para brindar una atención con pertinencia cultural, tales como hablar en el idioma materno de la paciente, ofrecer la opción de escoger la posición que se desea durante el parto, permitir el acompañamiento del familiar o comadrona y respetar la tradición del consumo de alimentos o bebidas culturalmente aceptadas, el uso del temazcal y la entrega de la placenta.

Sin embargo, existen todavía deficiencias por la falta de experiencia y capacitación del personal, lo cual también es percibido por las usuarias y las comadronas. El hecho de que exista una proporción significativa del personal médico y paramédico que no sepan sobre la existencia del manual de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural y el mínimo acceso que se tiene a este dentro del CUM, refleja una deficiente disseminación. Esto se asemeja a los resultados de otro estudio realizado en servicios de salud pública en el departamento de Alta Verapaz en el 2014, en donde pocos médicos poseen saberes sobre pertinencia cultural a partir de fuentes de información apropiadas.⁴⁹

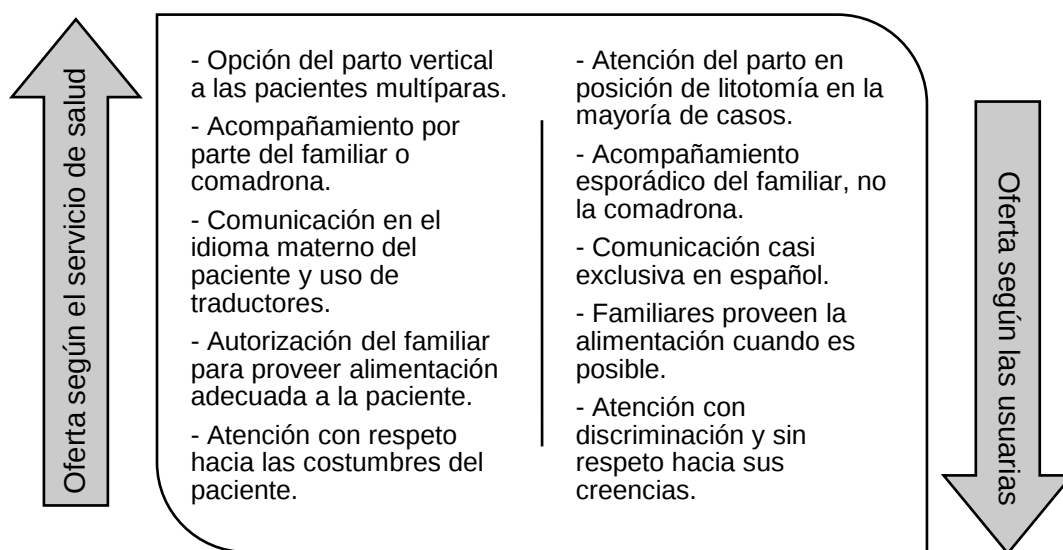
La adecuación del área destinada a la atención del parto con pertinencia cultural es fundamental, principalmente porque se respetan aquellos elementos de la cosmovisión de los pueblos indígenas que determinan la significancia social y espiritual del proceso del parto.⁵ Debido a que recientemente se habilitó la sala de parto culturalmente adecuada en el CUM y sólo cuenta con el 65% del material y equipo respectivo, el parto con pertinencia cultural es una oferta limitada y poco conocida por parte de la población que consulta.

De acuerdo a la definición de interculturalidad, se deben reconocer, respetar y comprender las diferencias y patrones socio-culturales que existen entre los grupos sociales para proporcionar un mejor servicio.⁴⁸ Desde la perspectiva de los médicos y enfermeras, ellos reconocen las ventajas de integrar esta interculturalidad al proceso de atención, porque crea confianza y seguridad en la paciente, y aumenta la frecuencia de referencias por parte de las comadronas.

Algunos médicos y enfermeras presentaron una actitud favorable hacia mejorar la relación con los actores sociales de las comunidades y promover el trabajo en equipo en beneficio de la salud de los pacientes. A pesar de ello, continúan existiendo barreras sociales, políticas, económicas y culturales entre ambos modelos de atención. Dentro del personal del CUM, muchos demostraron interés por compartir sus conocimientos; los pocos que mostraron desinterés, expresaron sentimientos de superioridad y discriminación hacia la cultura indígena.

El acceso a la salud y la importancia que tienen los factores culturales como la percepción cultural de las enfermedades, la religión y el rol de género, se traduce en diferencias en la utilización de los servicios de salud, evidenciado en países subdesarrollados según estudios de Etiopía en 1987⁵⁰, Nigeria en 1983⁵¹ y Ghana en 2006⁵². Dentro del sistema de salud de Guatemala, existe una constante desventaja en la utilización de los servicios de salud por la población mayoritariamente indígena, a causa de la falta de una adecuación cultural y apoyo por parte de las instituciones responsables. El grado de utilización del servicio de salud depende también de características propias de la usuaria como: nivel educativo, edad, experiencias previas, lugar de residencia, nivel socio-económico, exposición a influencias ajenas a su cultura y percepción de la atención.

Figura 6.1
Percepción de la oferta de prácticas interculturales según el personal del CUM y usuarias



Fuente: Elaboración por los investigadores a partir de resultados del estudio.

Al comparar la percepción del personal de salud y las usuarias, se evidencia un desfase entre lo que los médicos y enfermeras deberían de cumplir como parte de un normativo estipulado y la calidad de atención recibida por parte de las pacientes, debido a que la mayoría de usuarias refirieron inconformidades en su experiencia (ver figura 6.1). Se debilita el proceso de adecuación cultural por una falta de reconocimiento de las expectativas de la paciente, llevando a un fracaso en la implementación de estas políticas. Un estudio realizado en Perú en 2009, ha evidenciado la necesidad de tomar en cuenta no sólo la cultura general, sino también las opiniones de la comunidad y del personal de salud para llevar a cabo con éxito este proceso.⁵³

La percepción general de la calidad de atención es una descripción subjetiva que ayuda al servicio de salud a conocer las expectativas y las razones de acudir o no al servicio en el futuro.⁴⁷ A pesar de que la mayoría de usuarias expresaron una buena relación y atención por parte del personal del CUM, algunas otras usuarias identificaron problemas específicos, como falta de respeto hacia su integridad al ser despojadas de sus vestuarios, no permitir que el esposo le acompañara, percepción de ser regañadas e inadecuada comunicación y nivel de comprensión con el personal de salud.

En términos generales, la percepción que tienen las usuarias acerca del CUM es compleja. Aunque reconocen el nivel de capacidad terapéutica y de experiencia del personal, algunas usuarias prefieren mantener la tradición y cultura de sus antepasados y sólo consultan en casos de emergencia o complicaciones y cuando han sido referidas por comadronas. De manera similar se concluye en un estudio descriptivo realizado en El Salvador en 2011, en donde la renuencia de las mujeres indígenas a acudir a los servicios de salud, se atribuye al irrespeto e ignorancia de sus tradiciones culturales.⁵⁴

Las primíparas y usuarias jóvenes se predisponen a consultar al servicio de salud, por considerarlo como el lugar capaz de brindar una atención óptima y segura. Esto último refleja una pérdida progresiva de la identidad cultural y el conocimiento de las costumbres tradicionales por las nuevas generaciones, lo cual se remonta a procesos políticos y sociales que subyacen en la historia del país.

El Conflicto Armado Interno en Guatemala (1960-1996) resaltó las inequidades ya existentes en el país desde tiempos de la Colonia.⁵⁵ Apoyándose en prejuicios tradicionales racistas en contra del pueblo indígena, los desplazamientos de comunidades mayas completas mediante la política de tierra arrasada, el secuestro y ejecución de líderes mayas y guías espirituales, el reclutamiento militar en las zonas del interior del país y la represión del idioma, el vestuario y la religión maya, resultó en una infracción al derecho a la identidad étnica del pueblo maya y la desintegración familiar y comunitaria.⁵⁵⁻⁵⁶ Esta desarticulación social constituyó el debilitamiento de valores culturales y la pérdida de la identidad cultural de poblaciones significativas.⁵⁶⁻⁵⁷

En vista de la constante desvitalización del conocimiento y la práctica de los elementos culturales en el municipio de Tecpán, surge la necesidad de futuros estudios cualitativos que se enfoquen en describir la cultura dinámica y propia de cada región, ya que el alcance de la pertinencia cultural en un servicio de salud está estrechamente ligado a las características socio-culturales de los pacientes que acuden al mismo.

Adicionalmente, en comparación con regiones del país más aisladas, el municipio de Tecpán por su cercanía con la ciudad capital, ha participado en un proceso de ladinización más acentuado y por ende, ha disminuido la demanda de adecuación cultural en los servicios de salud. Esto posiblemente explica la baja prioridad de la oferta de servicios con pertinencia cultural por parte del MSPAS en el departamento de Chimaltenango, en comparación con otros departamentos en donde la cultura indígena es practicada con mayor intensidad. Por tanto, se cuestiona hasta qué punto el servicio de salud debe responsabilizarse de velar por la continuación de las prácticas culturales, cuando estas mismas se están dejando de exigir por la población.

Para la comunidad indígena, la atención con pertinencia cultural inadecuada, resulta en un desequilibrio dentro del espectro de su cosmovisión de salud-enfermedad.¹⁵ Dentro de este marco referencial, aparece la práctica por comadronas, quienes poseen el “*don divino*” de atender el parto según las necesidades culturales de sus pacientes. Es por ello que dentro del estudio, prevaleció la preferencia de las usuarias por ser atendidas por comadrona, quedarse en casa con sus familias y utilizar el temazcal.

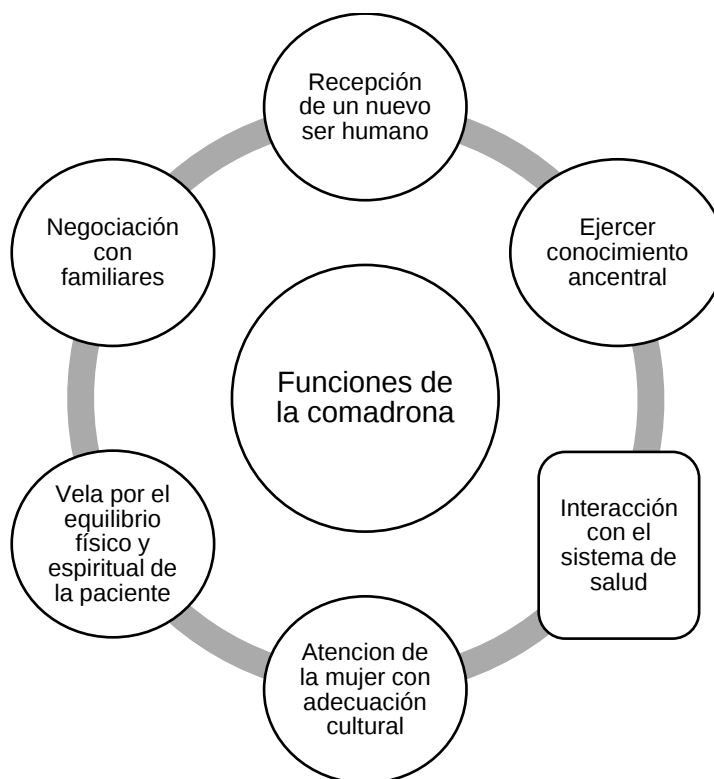
Las comadronas son representantes de la cultura indígena y las responsables de mantener las creencias y tradiciones de las comunidades con respecto al embarazo, el parto y el puerperio. Su rol en la comunidad les permite influir grandemente en la percepción general de la población sobre el servicio de salud, debido a que ellas son el '*primer contacto*' y sus opiniones inciden en las decisiones de la paciente en cuanto a la atención del parto. Sin embargo, como lo describe la antropóloga María Mosquera Saravia, esta relación de jerarquía y respeto en la comunidad se ha ido reemplazando por una "*relación mercantilista*". La presión hacia una mayor capacitación biomédica para las comadronas por parte de la sociedad y del sistema de salud, las ha obligado a adaptarse a un sistema hegemónico y ajeno a su cosmovisión, perdiendo aspectos de su rol tradicional y sus conocimientos empíricos.²¹

Junto con las usuarias, las comadronas determinan el nivel y tipo de demanda de atención que se presenta al servicio de salud (ver figura 6.2). Las comadronas presentan una percepción generalmente desfavorable de la calidad de atención ofrecida en el CUM. La atención es vista como inefectiva, desigual e ineficiente al abordar a las pacientes indígenas. Esta percepción se ha desarrollado a través de los años de experiencia de las comadronas y se extiende hacia todo el sistema de salud pública, lo cual también fue evidenciado en el estudio en el año 2010 sobre la "Sistematización de los servicios de salud con pertinencia cultural".¹

La relación con el personal del servicio de salud actualmente es muy limitada, y existe un conflicto constante entre ambas cosmovisiones, lo que es percibido por ambos grupos. Las comadronas tienen desconfianza hacia el sistema salud por varias razones, incluyendo: discriminación, maltrato, falta de recursos y falta de adecuación cultural. Por otro lado, el personal médico y paramédico no comprende ni valida las creencias y prácticas de su cultura.

Las comadronas tienen poca exposición al concepto de pertinencia cultural en los servicios de salud y niegan su implementación en el CUM, refiriendo causas como la falta de aceptación, falta de recursos y pérdida de la identidad cultural del personal. Aunque reconocen estas barreras a la implementación, la mayoría también se encuentran dispuestas a mejorar la colaboración con el servicio de salud, si se llegaran a presentar condiciones favorables. Ellas afirman que uno de los beneficios de ofrecer una atención con adecuación cultural, es que aumentaría la afluencia de pacientes hacia el servicio de salud.

Figura 6.2
Rol de la comadrona en su comunidad e interacción con los actores involucrados

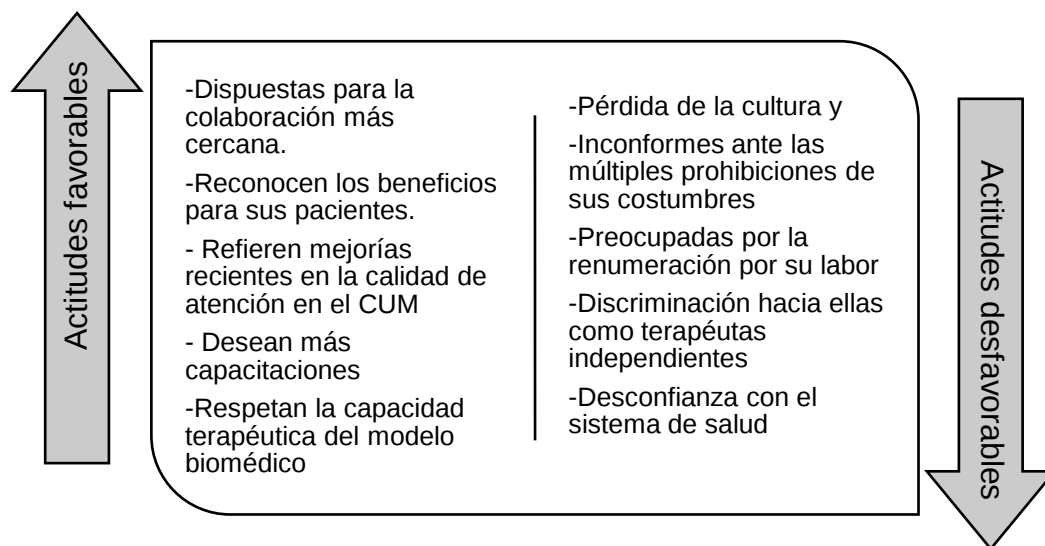


Fuente: Elaboración por los investigadores a partir de resultados del estudio.

El rechazo hacia el CUM presentado por algunas comadronas se puede atribuir al deseo de mantener sus costumbres ancestrales y la desconfianza hacia los actores a quienes se les responsabiliza por la pérdida de su cultura, incluyendo a las instituciones gubernamentales, como el MSPAS. La insistencia en conservar las creencias tradicionales es aún más fuerte en las comadronas en comparación con las usuarias, lo que las convierte en las principales promotoras y guardianes de estas prácticas, frente a un proceso de aculturación en la población (ver figura 6.3).

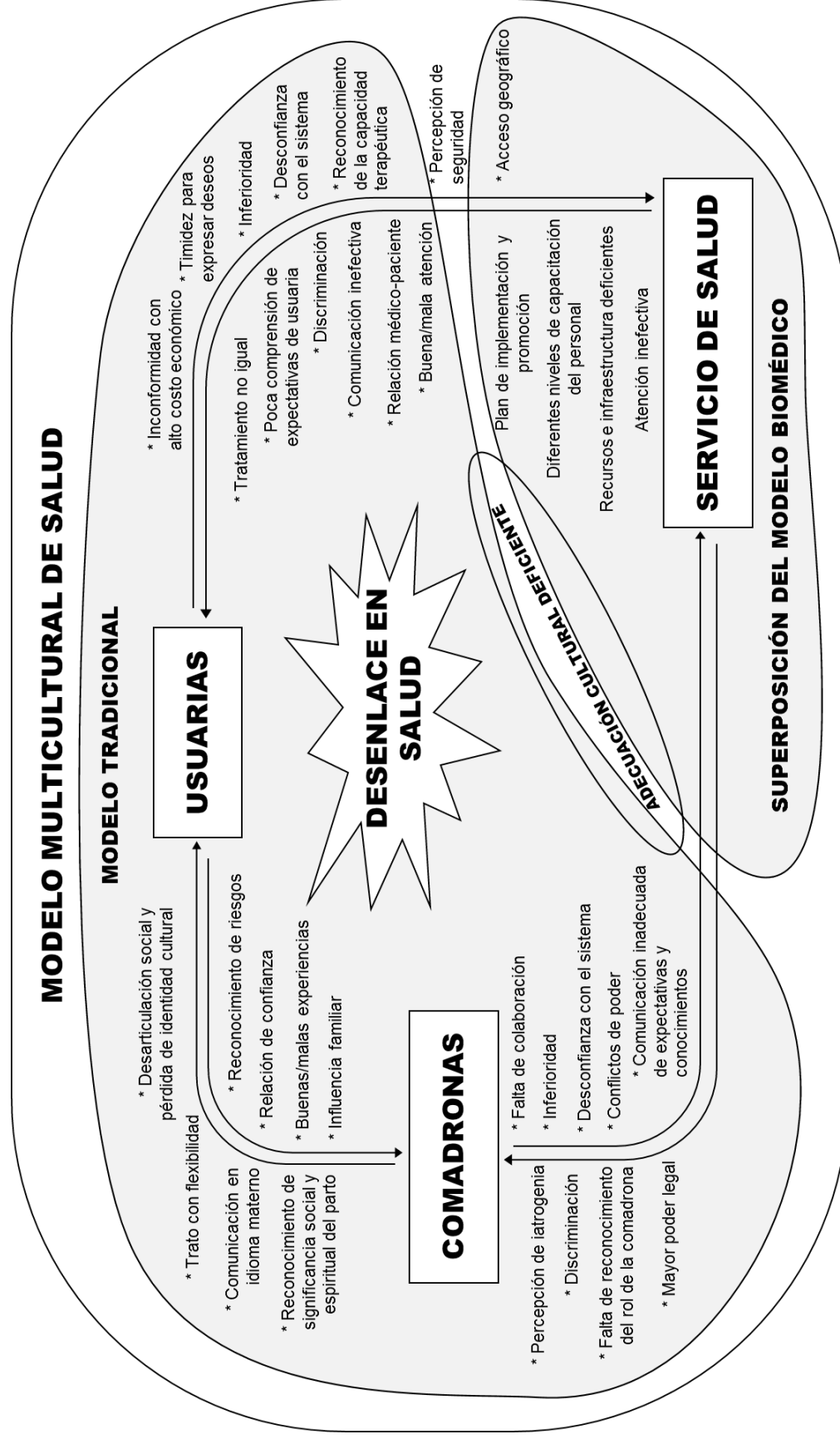
En general, no se considera necesario que el servicio de salud adopte estas prácticas en su totalidad, más que comprenda, respete e integre elementos propios de la cultura para acoger a los pacientes, brindando un ambiente de confianza y empatía.⁴⁸ A pesar de la reciente y parcial implementación de las prácticas según las Normas de Atención con Pertinencia Cultural y que aún no se cuenta con la autorización final del Área de Salud de Chimaltenango, el proceso de adecuación cultural ha tenido un impacto positivo, perceptible en las comadronas y las usuarias.

Figura 6.3
Actitudes de las comadronas con respecto al sistema de salud y la adecuación cultural



Fuente: Elaboración por los investigadores a partir de resultados del estudio.

Figura 6.4
Interrelación entre los modelos de atención biomédico y tradicional en el CUM de Tecpán



Fuente: Elaboración por los investigadores a partir de resultados del estudio.

7. CONCLUSIONES

1. Existe una gama compleja de factores económicos, estructurales, organizacionales y socioculturales que influyen en la implementación de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural en el CUM de Tecpán, dentro de los cuales, la falta de recursos económicos supone ser la barrera más significativa por obstaculizar el avance de adecuación intercultural en el servicio de salud.
2. La iniciativa reciente por parte de la dirección y personal del CUM en la habilitación de un espacio para el parto culturalmente adecuado y la aceptación de la interculturalidad como prioridad en la calidad de atención, han sido factores facilitadores de la implementación de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural.
3. El personal médico y paramédico del CUM de Tecpán posee saberes limitados de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural por una escasa disseminación y acceso dentro del servicio de salud y falta de experiencia de las prácticas con adecuación cultural entre las pacientes atendidas.
4. La sala de parto culturalmente adecuada en el CUM de Tecpán cuenta con la mayoría de elementos de infraestructura y equipo según lo establecido en las Normas de Atención con Pertinencia Cultural, y se encuentra pendiente de la autorización del Área de Salud de Chimaltenango para ser ofrecida públicamente a la población.
5. Las prácticas de interculturalidad implementadas en el CUM de Tecpán, tales como hablar en el idioma materno, ofrecer la opción del parto vertical y permitir el acompañamiento, son percibidas con una actitud favorable por el personal del servicio de salud, debido a que crea confianza y empatía con las usuarias y garantiza un aumento en la afluencia de pacientes y una disminución del riesgo obstétrico.
6. Las comadronas, como terapeutas tradicionales, exhiben una actitud desfavorable hacia la calidad de atención del CUM por una marginación continua de su labor. La relación con el personal del servicio de salud es limitada y distante, debido a la discriminación cultural percibida y los conflictos constantes.

7. En la opinión de las usuarias, la calidad de atención y relación con el personal del CUM fue satisfactoria, pero negaron el haber sido ofertado un servicio con prácticas de interculturalidad en el parto y el puerperio. No obstante, las expectativas de atención difieren en algunas usuarias, ya que algunas han perdido el conocimiento y la aceptación de ciertas prácticas culturales.

8. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Siendo Guatemala un país multiétnico y multilingüe, se recomienda promover el programa de Medicina Tradicional y Alternativa e implementar las Normas de Atención con Pertinencia Cultural en todos los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, para lograr una inclusión cultural a nivel nacional, y de esta manera, aumentar la cobertura y mejorar la salud de la población.

Al Área de Salud de Chimaltenango:

- Apoyar la implementación de prácticas interculturales en los servicios de salud que ofrecen una atención del parto y puerperio, a fin de facilitar el acceso a las mujeres que habitan en áreas retiradas de las comunidades y que cuentan con escasos recursos para cubrir los gastos generados de la consulta.

Al Centro de Urgencias Médicas de Tecpán:

- Crear el espacio para el intercambio de ideas y experiencias entre el personal del servicio de salud y las comadronas, con el fin de reconocer e incluir su labor como terapeutas en la atención del parto.
- Sensibilizar al personal médico y paramédico en la adecuación intercultural del parto y puerperio a través de capacitaciones continuas o talleres prácticos, con el objetivo de mejorar la calidad de atención y generar interés para la implementación de estas prácticas en la consulta diaria.
- Mejorar la comunicación entre el personal médico/paramédico y las usuarias que consultan, para comprender sus expectativas con respecto a la atención del parto y puerperio, y evaluar los cambios necesarios para garantizar una adecuación cultural efectiva.
- Realizar las gestiones respectivas para promover la implementación de alimentación culturalmente aceptada durante el parto y el puerperio y la construcción de huertos de plantas medicinales para uso interno del CUM.

- Sugerir la asignación de tareas específicas, propias de la atención con pertinencia cultural, como la oferta del parto vertical y el plan educacional en el puerperio, a personal médico/paramédico del CUM para asegurar el cumplimiento de dichas prácticas en cada paciente que consulta.

Al Centro de Salud de Tecpán

- Mejorar el nivel de capacitación de las comadronas, enfatizando en los conceptos de atención con pertinencia cultural para facilitar su colaboración con el sistema de salud pública.
- Proveer capacitaciones que refuercen aquellas prácticas tradicionales que se han mostrado beneficiosas para la paciente, como el uso de ciertas bebidas durante el parto y el puerperio, y el uso correcto del temazcal, apoyando la conservación de la cultura de los pueblos indígenas.

A Organizaciones socioculturales y comunitarias

- Reforzar la identidad cultural de la población, proveyendo más apoyo económico y recursos a la red tradicional de terapeutas mayas, invirtiendo en la investigación y disseminación de las prácticas culturales y velando por el uso y enseñanza de los idiomas mayas a las futuras generaciones.

A la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas, USAC

- Continuar con la realización de estudios cualitativos sobre las prácticas, creencias culturales y las expectativas dinámicas que poseen los diferentes grupos socioculturales en Guatemala, para llegar a implementar con efectividad los servicios con pertinencia cultural.

9. APORTES

Con la realización del presente estudio cualitativo y etnográfico, se logró crear una descripción real, detallada y profunda de los conocimientos, prácticas y percepciones de los tres grupos estudiados, según el contexto socio-cultural en el cual se desenvuelven, para comprender cada una de sus particularidades y la forma en que estos grupos se relacionan. Esta descripción será el marco de referencia para el CUM de Tecpán, en el proceso de adaptación de una nueva política de atención en salud, debido a que se tomará una perspectiva más holística e integral de los cambios que se pretendan realizar y de qué forma estos afectan a los actores involucrados.

De igual manera, permitirá al personal del servicio de salud ser conscientes de los factores que determinan la implementación de las prácticas de interculturalidad, con el fin de crear estrategias orientadas a satisfacer las necesidades de la población y a superar las barreras que impiden un acercamiento a un enfoque cultural en la atención. Este enfoque es compartido por muchos otros modelos exitosos a nivel nacional, en donde ya es incluida la interculturalidad como parte un único sistema de salud.

Finalmente, se estarán publicando los resultados de este estudio en actividades extracurriculares a través de la presentación de pósteres académicos, a manera de generar interés en los profesionales de la salud y estimular la discusión sobre la pertinencia cultural en el campo de la salud pública.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa. Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural. Guatemala: MSPAS; 2010.
2. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Caracterización departamental Chimaltenango [en línea]. Guatemala: INE; 2012 [accesado 26 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2013/12/09/WLRHnUWzRBAKCy7DmFWiScsP3EkRtPvg.pdf>
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención integral en salud [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011 [accesado 20 Feb 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=378-modelo-de-atencion-mpas&Itemid=518
4. Cevallos R, Amores A. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas: Recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renovación de la APS [en línea]. Quito: Organización Panamericana de Salud, Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas; 2009 [accesado 26 Feb 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. Normas con pertinencia cultural hacia la interculturalidad. Guatemala: MSPAS; 2010.
6. Álvarez Álvarez C. La etnografía como modelo de investigación en educación. *Gaz Antropol.* [en línea]. 2008 Abr [accesado 26 Mar 2017]; 24(1): 1-15. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G24_10Carmen_Alvarez_Alvarez.pdf
7. Murillo J, Martínez C. Investigación etnográfica [en línea]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2010 [accesado 26 Mar 2017]. Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf

8. Gómez Sánchez I, Rodríguez Gutiérrez L, Alarcón L. Método etnográfico y trabajo social: algunos aportes para las áreas de investigación e intervención social. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología* [en línea]. 2005 Dic [accesado 24 Feb 2017]; 15(44): 353-66. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/20637/2/articulo3.pdf>
9. Arias Valencia MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones [en línea]. Veracruz, México: Universidad Veracruzana, Salud Pública; 1999 [accesado 24 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/Triangulacionmetodologica.pdf>
10. Valladares L. Cultura y salud: antropología aplicada a la medicina. Guatemala: Impreofset Óscar de León Palacios; 1992.
11. Francke P. Perú: El sistema integral de salud y los nuevos retos para la cobertura universal [en línea]. Washington, DC: Banco Mundial; 2013 [accesado 24 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/SERV-Estudio-UNICO-Peru.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Estudio antropológico sobre creencias de la medicina maya como apoyo a la prestación de servicios sanitarios a la población por el área de salud de Sololá y al proyecto de atención primaria en salud y medicamentos esenciales. Guatemala: OPS/OMS, Programa de Medicamentos Esenciales; 1989.
13. Bauwens EE. The anthropology of health. St. Louis: C.V. Mosby; 1978.
14. Eder K, García Pu MM. Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala. 2 ed. Guatemala: ASECSA; 2003.
15. Mosquera MT. Los aportes de la cosmovisión maya para la atención de la salud brindada por los terapeutas tradicionales. En: *Lógicas culturales y políticas: Un laborioso tejido en la Guatemala plural*. *Rev Est Interétnicos*. 2008 Ene; 15 (21): 137-46.
16. Rodríguez MIB. Aproximación a la antropología de la reproducción. *Rev Antropol Ibero-am* [en línea]. 2005 Jul [accesado 20 Feb 2017]; (42): 1-25. Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.pdf>

17. Sargent C. Birth. En: Ember CR, ME, editors. Encyclopedia of medical anthropology: health and illness in the world's cultures. New York: Springer; 2004: vol. 1 p. 224-30.
18. Rodríguez L. Factores sociales y culturales determinantes en salud: La cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. En: III Congresso da Associação Latino Americana de População del 24 al 26 Sep 2008 en Córdoba [en línea]. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva; 2008 [accesado 20 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>
19. Davudsdóttir R. Anthropology of childbirth: Cross-cultural approach [tesis Licenciatura en Antropología en línea]. Reykjavík: University of Iceland, Social and Human Sciences; 2012 [accesado 26 Feb 2017]. Disponible en: <http://skemman.is/en/item/view/1946/11098>
20. Van Hollen C. Perspectives on the antropology of birth: A review. Cult Med Psych [en línea]. 1994 Dic [accesado 20 Feb 2017]; 18(4): 501-12. Disponible en: <http://surface.syr.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=ant>
21. Mosquera MT. Lógicas y racionalidades: entre comadronas y terapeutas tracionales. Guatemala: IDEI - USAC; 2006.
22. Mosquera MT, Kolstrup N. La comunicación entre paciente y trabajadores de salud en una sociedad multiétnica. Guatemala: IDEI - USAC; 2006.
23. Acevedo Ligorria JA. Una aproximación a la antropología médica en Todos Santos Cuchumatan, Huehuetenango: Estudio de las creencias, prácticas y recursos populares relacionados con la salud [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1986.
24. Peters H, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger R, Rahman H. Poverty and access to health care in developing countries. Ann N Y Acad Sci [en línea]. 2008 Oct [accesado 25 Feb 2017]; 1136(1): 161-71. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1425.011/full>
25. Gulliford M, Figeroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? J Health Serv Res Policy [en línea]. 2002 Jul [accesado 25 Feb 2017]; 7(3): 186-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171751>

26. Chomat AM, Solomons NW, Montenegro G, Crowley C, Bermudez OI. Maternal health and health seeking behaviours among indigenous mam mothers from Quetzaltenango, Guatemala. *Rev Panam Sal Pub* [en línea]. 2014 Feb [accesado 1 Mar 2017]; 35(2): 113-20. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v35n2/a05v35n2.pdf>
27. Ishida K, Stupp P, Turcios-Ruiz R, William DB, Espinoza E. Ethnic in inequality in Guatemalan women's use of modern reproductive health care. *Int Perspect Sex Reprod Health* [en línea]. 2012 Jun [accesado 1 Mar 2017]; 38(2): 99-108. Disponible en: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3809912.pdf
28. Sáez Salgado M. Interculturalidad en salud en Chile: de la teoría a la práctica [en línea]. Argentina: G.A.T.z. Ediciones Digitales; 2012 [accesado 1 Mar 2017]. Disponible en <http://www.bioetica.org/cuadernos/contenidos/SAEZ.HTM>
29. Menéndez EL. Interculturalidad, 'Diferencias y antropología' at home: Algunas cuestiones metodológicas. En: Fernández Juárez G. coordinador. *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural* [en línea]. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2006 [accesado 21 Feb 2017]; p. 51-65. Disponible en http://www.bivica.org/upload/ag_salud-interculturalidad.pdf
30. Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural [en línea]. Lima: Ministerio de Salud; 2011 [accesado 21 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>
31. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de Medicina Tradicional y Alternativa. Manual de adecuación cultural del parto natural/vertical y sus distintas posiciones en el marco multicultural de Guatemala [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011 [accesado 25 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>
32. García Morales KY, Orellana Zelaya DY, Solórzano Pozuelos DE. Conocimientos, actitudes, percepciones y prácticas acerca del parto vertical [tesis Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2012 [accesado 26 Mar 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8958.pdf

33. Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas. La Organización Internacional del Trabajo, OIT y los pueblos indígenas [en línea]. Copenhagen: IWGA; 2011 [accesado 21 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.iwgia.org/derechos-humanos/procesos-internacionales/oit.b>
34. Naciones Unidas. Declaración de los Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas [en línea]. Ginebra: ONU; 2007 [accesado 21 Feb 2017]. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/512/10/PDF/N0651210.pdf?OpenElement>
35. Guatemala. Congreso de la República. Acuerdo legislativo No. 18-93 del 17 de Nov de 1993, se establece los principios generales de los derechos humanos, incluyendo derecho a la cultura [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 1993 [accesado 21 Feb 2017]. Disponible en https://www.oas.org/juridico/mla/sp/gtm/sp_gtm-int-text-const.pdf
36. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Guatemala: Acuerdo sobre identidad y derechos de los pueblos indígenas. En: Oralidad: Lenguas, identidad y memoria en América [en línea]. México: UNESCO; 1996 [accesado 21 Feb 2017]; p. 70-9. Disponible en: http://www.lacult.unesco.org/doc/oralidad_08_70-79-anales.pdf
37. Guatemala. Congreso de la República. Decreto Número 19-2003. Ley de Idiomas Nacionales [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 2003 [21 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.unicef.org/guatemala/spanish/LeyIdiomasNacionales.pdf>
38. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Acuerdo Ministerial 1632-2009. Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala. Acuerdo Ministerial No. 8-2010. Reglamento Interno de la Unidad, se establece esta unidad para propiciar la pertinencia cultural en los cuatro pueblos [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2011 [accesado 21 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/referenciallegal/AcuerdoMinisterial16322010ReglamentointernoUASPIIG.pdf>
39. Guatemala. Congreso de la República. Decreto Número 32-2010. Ley para la maternidad saludable, se establece la salud de la maternidad y acceso equitativo a los servicios de salud [en línea]. Guatemala: Congreso de la República; 2010 [accesado 21 Feb 2017]. Disponible en: http://www.osarguatemala.org/Archivos/PDF/201510/255_1.pdf

40. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad. Política nacional de comadronas de los cuatro pueblos de Guatemala 2015-2025 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2015 [accesado 21 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/images/files/pueblosindigenas/documentos/PoliticaComadronas2016.pdf>
41. Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Consejo Municipal de Desarrollo del Municipio de Tecpán Guatemala. Dirección de Planificación Territorial. Chimaltenango: Plan de desarrollo Tecpán Guatemala, Chimaltenango 2011-2025 [en línea]. Guatemala: SEGEPLAN; 2010 [accesado 28 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.segeplan.gob.gt/nportal/index.php/bibliotecadocumental/category/53chimaltenango?download=104;pdm-patzicia>
42. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Instituto Nacional de Estadística. Memoria de estadísticas vitales y vigilancia epidemiológica. Memoria de Labores. Guatemala: MSPAS, INE; 2015.
43. Pineda B. Sector salud en Guatemala: Lineamientos de política, económica, social y de seguridad 2012-2020 [en línea]. Guatemala: Centro de Investigaciones Nacionales; 2010 [accesado 26 Feb 2017]. Disponible en: <http://mejoremosguate.org/blog/wp-content/uploads/2012/02/Salud.pdf>
44. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección y teléfonos: Chimaltenango [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2016 [24 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/index.php/component/jdownloads/send/5-numeral-2-direccion-y-telefonos/9-chimaltenango>
45. Ávila C, Bright R, Gutiérrez JC, Hoadley K, Coite M, Romero N. Guatemala: Análisis del sistema de salud 2015 [en línea]. Bethesda: Abt Associates, Proyecto Financiamiento y Gobernanza en Salud; 2015 [accesado 1 Mar 2017]. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KW5C.pdf
46. O'Donnel, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. Cad. Saúde Pública [en línea]. 2007 [accesado 8 Jun 2017]; 23(12): 2820-2834. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001200003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

47. Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López, G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* [en línea].1998 [accesado 25 Feb 2017]; 40 (1): 3-12. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
48. Alarcón AM, Vidal HA, Rozas JN. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile* [en línea]. 2003 [accesado 8 Jun 2017]; 131 (9): 1061-1065. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v131n9/art14.pdf>
49. León Tiul MM. Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural. [tesis Maestría en Enfermería Materno Neonatal en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014 [accesado 25 Feb 2017]. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/0s5/05_0143_E.pdf
50. Kloos H, Etea A, Degefa A, Aga H, Solomon B, Abera K. Illness and health behaviour in Addis Adava and rural central Ethiopia. *Soc Sci Med* [en línea]. 1987 [accesado 26 Feb 2017]; 25(9): 1003-19. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3423840>
51. Stock R. Distance and the utilization of health facilities in rural Nigeria. *Soc Sci Med* [en línea]. 1983 [accesado 26 Feb 2017]; 17(9): 563-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6879255>
52. Gymiah SO, Takyi BK, Addai I. Challenges to the reproductive health of needs of African women on religion and maternal health utilization in Ghana. *Soc Sci Med* [en línea]. 2006 Jun [accesado 25 Feb 2017]; 62(12): 2930-44. Disponible en: <http://www.genderbias.net/docs/resources/guideline/Challenges%20to%20the%20reproductive-health.pdf>
53. Mayca J, Palacios-Flores E, Medina A, Velásquez JE, Castañeda D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [en línea]. 2009 [accesado 15 Feb 2017]; 26 (2): 145-60. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a04v26n2.pdf>

54. González JI, Flores PD. Factores que influyen en la atención del parto extrahospitalario en mujeres del municipio de Chilanga, Morazán enero-junio 2011 [tesis Maestría en Salud Pública en línea]. San Miguel, El Salvador: Universidad de El Salvador, Facultad Multidisciplinaria Oriental; 2011 [accesado 26 Feb 2017]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/4731/1/50107809.pdf>
55. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Situación de los derechos humanos en Guatemala:Diversidad, desigualdad y exclusión [en línea]. Guatemala: OEA; 2015 [accesado 29 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/guatemala2016.pdf>
56. Comisión para el Esclarecimiento Histórico. Guatemala: Memoria de Silencio [en línea]. Guatemala: Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas; 1999 [accesado 29 Jun 2017]. Disponible en: http://www.undp.org/content/dam/guatemala/docs/publications/UNDP_gt_PrevyRecu_MemoriadelSilencio.pdf
57. Arcón Puzul MC. Situación socioeconómica de los desplazados internos, víctimas del conflicto armado interno. [tesis Licenciatura Trabajo Social en línea]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Trabajo Social; 2008 [accesado 29 Jun 2017]. Disponible en: http://www.repositorio.usac.edu.gt/4020/1/15_1458.pdf



11. ANEXOS

11.1. Instrumentos de recolección de datos



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

“ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL PUERPERIO INMEDIATO CON PERTINENCIA INTERCULTURAL”

Guía para el grupo focal - comadronas

Localidad del grupo focal: _____

Fecha y hora: _____

Presentación

- **Objetivo de la investigación:** Analizar la percepción de las comadronas con respecto al proceso de atención del parto y puerperio.
- **Objetivo del grupo focal:** Explicar el objetivo principal de la investigación, el procedimiento con el cual se obtendrá la información y la manera en que esta después será analizada e interpretada para generar conclusiones.

Identificación del moderador

Cargo	Nombre
Moderador	
Redactor/Grabador	
Observador	

Participantes

Lista de asistentes grupo focal de comadronas				
No.	Nombre	Edad	Idioma materno	Tiempo ejerciendo su profesión como comadrona
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Percepción de las comadronas sobre pertinencia cultural en los servicios de salud

1. Para empezar con la entrevista, alguien me podría decir si han escuchado o tienen conocimiento sobre qué son las prácticas de interculturalidad? Si no es así, les explicaré.
2. ¿Ustedes piensan que se usan estas prácticas/costumbres en los hospitales y centros de salud? ¿Por qué?
3. ¿Creen que hoy en día las mujeres prefieren tener a su bebé en hospitales o en la comunidad? ¿Por qué creen que sucede esto?

Rol de las comadronas en el proceso de atención del parto en los servicios de salud

1. ¿Cuántas pacientes refieren ustedes al CUM de Tecpán en un año aproximadamente? ¿Alguien quisiera contarnos su experiencia?
2. ¿Cómo les trata el personal médico que trabaja actualmente en el CUM? ¿Cómo le hace sentir?
3. ¿Cómo han tratado los médicos a las pacientes que ustedes han referido para atención del parto? ¿Qué dificultades han observado?
4. ¿Les permiten entrar a las salas de parto del CUM? Explique porqué.

Aplicación de prácticas interculturalidad en los servicios de salud

1. ¿Creen que los médicos y enfermeras del CUM deberían hablar el idioma de las pacientes que atienden?
2. ¿Ustedes piensan que las comadronas deberían atender partos en el CUM? ¿Por qué?
3. ¿Ustedes creen que los médicos y enfermeras deberían recibir capacitaciones sobre la manera en que ustedes atienden los partos en su comunidad? ¿Por qué?
4. ¿Qué se debería mejorar en el CUM para que las mujeres consulten con más confianza?

¿Alguien quisiera agregar algo más? Eso es todo, terminamos con la entrevista.

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN.

**“ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL PUERPERIO INMEDIATO CON PERTINENCIA
INTERCULTURAL”**

Entrevista a profundidad - usuarias

Presentación

- **Objetivo de la investigación:** Describir la opinión de las usuarias del servicio de salud con respecto a la atención del parto y recomendaciones recibidas durante el puerperio por parte del personal de salud.
- **Objetivo del grupo focal:** Explicar el objetivo principal de la investigación, el procedimiento con el cual se obtendrá la información y la manera en que esta después será analizada e interpretada para generar conclusiones.

Identificación del moderador

Cargo	Nombre
Moderador	
Redactor/Grabador	
Observador	

Participantes

Lista de participantes de usuarias entrevistadas						
No.	Nombre	Edad	Nivel educativo	Idioma materno	Municipio/ Comunidad	Fecha/hora en que se realiza la entrevista
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

Percepción general de la usuaria del servicio de salud

1. Para empezar con la entrevista, ¿ha tenido usted algún parto en el CUM de Tecpán? ¿Quién la refirió?
2. ¿Usted prefiere que su parto sea atendido por comadrona o en un servicio de salud? ¿Por qué?
3. ¿Cómo diría usted que fue su experiencia en el CUM? ¿Fue buena/mala?
4. ¿Qué aspectos diría usted que no le gustaron del CUM? ¿Qué cosas si le gustaron?

Percepción de las usuarias en la atención del parto

1. ¿Cómo la trataron cuando llegó al CUM? ¿El personal fue amable con usted? ¿Quién o quiénes le atendieron?
2. El personal que la atendió en su parto, ¿le habló en otro idioma además del español? ¿Usted entendió lo que el médico hablaba? ¿Le entendieron a usted?
3. Antes de atender su parto, ¿le preguntaron si usted quería tener a su bebé acostada, de pie o sentada? ¿Usted se sintió bien en la posición que tomó? ¿Por qué?
4. ¿La comadrona o algún familiar le acompañó en el parto? ¿Por qué?

Percepción de las usuarias en el puerperio inmediato

1. ¿Qué pasó después del parto? ¿A dónde la llevaron? ¿Fue agradable/incómodo?
2. ¿Le dieron a usted algún atol, té o comida después del parto? ¿Le hubiera gustado tomar o comer algo en especial?
3. ¿Su familia entró a visitarle el día en que tuvo a su bebé?
4. ¿Qué consejos le dio el médico o las enfermeras después de que tuvo a su bebé? ¿Le recomendaron algún té, hierba o comida para consumir en casa?
5. ¿Le hablaron sobre el uso del temazcal?
6. Finalmente, ¿usted regresaría al CUM para tener otro bebé? ¿Por qué?

¿Quisiera agregar algo más? Eso es todo, terminamos con la entrevista.

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN.

**“ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL PUERPERIO INMEDIATO CON PERTINENCIA
INTERCULTURAL”**

Lista de cotejo - infraestructura y equipo

A continuación se detalla una lista de elementos con respecto a la infraestructura y equipo básico de atención del parto con pertinencia cultural según lo dictan las Normas de Atención con Pertinencia Cultural.

INFRAESTRUCTURA DE SALAS DE PARTO Y POSPARTO			
MATERIAL	SI	NO	OBSERVACIONES
Ambiente con luz tenue y temperatura agradable			
Protección de ventanas con cortinas de colores			
Paredes de colores vivos y diversos			
Identificación de la sala de parto en el idioma de la comunidad			
Espacio para familiares o acompañantes			
EQUIPO EN SALAS DE PARTO			
Equipo completo de atención del parto			
Esfigmomanómetro			
Estetoscopio			
Equipo de reanimación neonatal			
Balanza pediátrica			
Lámpara cuello de ganso			

Taburete de madera circular			
Sillas (2)			
Cojines (2)			
Banco o taburete alto			
Argolla de metal o madera instalada en el techo			
Lazo			
Colchoneta			
Balde			
Bolsas de agua			
Botas de tela			
Campos estériles			
Batas para la paciente			
Set de medicamentos para el parto			
Alimentos culturalmente aceptados			
Medicamentos naturales (bebidas, té, etc.)			
Porcentaje de cumplimiento (%)			

**“ATENCIÓN DEL PARTO Y DEL PUERPERIO INMEDIATO CON PERTINENCIA
INTERCULTURAL”**

Entrevista semi-estructurada - personal médico y paramédico

Presentación

La presente entrevista tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento del personal médico y paramédico que labora en el Centro de Urgencias Médicas de Tecpán, sobre el tema de pertinencia cultural en las prácticas de atención del parto y puerperio, según las Normas de Atención con Pertinencia Cultural. Para tal fin, el encargado de la investigación deberá de anotar las respuestas a las preguntas que se indican a continuación, teniendo presente que la información servirá únicamente para fines prácticos, por lo que este instrumento es totalmente confidencial.

Conocimiento y actitudes del personal médico y paramédico

01. Podría usted indicarme, ¿cuál es su profesión dentro del CUM?

- | | |
|------------------------|-------|
| Médico especialista | -1 |
| Médico general | -2 |
| Enfermera graduada | -3 |
| Auxiliar de enfermería | -4 |
| Otro (especifique): | _____ |

02. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el CUM?

03. ¿Conoce usted acerca de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural? Cuéntenos al respecto.

04. ¿Cuenta el servicio de salud con una copia de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural?

05. ¿Diría usted que actualmente se aplican? **(SI RESPONDE SI, PASAR A PREGUNTA 06; SI RESPONDE NO, PASAR A PREGUNTA 07)**

06. ¿Qué aspectos de las Normas diría usted que se ponen en práctica dentro del CUM? Explique porqué si se practican. **(PASE A PREGUNTA 08)**

07. ¿Cuál diría usted que es la barrera principal de la NO implementación de estas prácticas?
Explique porqué considera esto.

- Falta de presupuesto/recursos -1
- Falta de políticas -2
- Organización de la institución -3
- Falta de voluntad del personal -4
- Falta de conocimiento del tema -5

08. ¿Habla usted otro idioma además del español?

09. ¿Usted le pregunta a los pacientes en qué idioma prefieren ser atendidos?

10. ¿Usted piensa que debería de implementarse esta práctica?

11. ¿Conoce usted sobre las prácticas de atención del parto vertical? Cuéntenos al respecto.

12. ¿Cree usted que debería de practicarse? ¿Por qué?

13. ¿Le es permitido a la comadrona o algún acompañante estar presente en la atención del parto? ¿Han experimentado alguna dificultad?

14. ¿Debería de implementarse esta práctica? ¿Por qué?

15. ¿Sabe usted sobre el uso de bebidas naturales o alimentos fríos y calientes durante el parto y puerperio? Cuéntenos al respecto.

16. ¿Cree usted que el CUM debería de ofrecer estas bebidas y alimentos a sus pacientes?

Percepción del personal médico sobre pertinencia cultural en el servicio de salud

17. ¿Por qué cree usted que algunas mujeres prefieren resolver su parto con comadronas?

18. ¿Por qué cree usted que otras mujeres prefieren consultar al servicio de salud?

19. ¿Cómo es su relación con las pacientes? Cuéntenos su experiencia.

20. ¿Cómo es su relación con las comadronas? ¿Cree usted que su trabajo en la comunidad es importante?

21. ¿Qué esfuerzos se han hecho para implementar las prácticas de interculturalidad en el CUM?

22. Para finalizar con la entrevista, ¿cree usted importante el hecho de conocer más acerca de estas prácticas de interculturalidad? ¿Por qué?

ESO ES TODO, MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

11.2. Resultados

Tabla 11.1
Barreras de la implementación de las prácticas de interculturalidad en el servicio de salud
CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

Barrera	#	Porcentaje
Falta de presupuesto/insumos	9	69%
Falta de conocimiento del tema por el personal	6	46%
Falta de voluntad/interés el personal	4	30%
Organización deficiente del personal e infraestructura	3	23%
Falta de políticas de atención a nivel central	2	15%
Falta de participación de las comadronas	2	15%
Cultura machista	1	7%
Falta de conocimiento de las prácticas por el paciente	1	7%
Falta de promoción/publicidad	1	7%
Falta de educación de la población	1	7%
Dificultad del acceso geográfico	1	7%

Fuente: Entrevistas en profundidad a personal médico y paramédico,
CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

Tabla 11.2
Infraestructura y equipo en la sala de atención del parto vertical,
CUM, Tecpán, abril-mayo 2017

Infraestructura de salas de parto y posparto		
<i>Características</i>	<i>Sí cuenta</i>	<i>No cuenta</i>
Ambiente con luz tenue y temperatura agradable	✓	
Protección de ventanas con cortinas de colores		✓
Paredes de colores vivos y diversos		✓
Identificación de la sala de parto en el idioma de la comunidad		✓
Espacio para familiares o acompañantes	✓	
Equipo en salas de parto		
<i>Material</i>	<i>Sí cuenta</i>	<i>No cuenta</i>
Equipo completo de atención del parto	✓	
Esfigmomanómetro	✓	
Estetoscopio	✓	
Equipo de reanimación neonatal	✓	
Balanza pediátrica		✓
Lámpara cuello de ganso	✓	
Taburete de madera circular	✓	
Sillas (2)	✓	
Cojines (2)	✓	
Banco o taburete alto		✓
Argolla de metal o madera instalada en el techo		✓
Lazo	✓	
Colchoneta	✓	
Balde	✓	
Bolsas de agua		✓
Botas de tela	✓	
Campos estériles	✓	
Batas para la paciente	✓	
Set de medicamentos para el parto	✓	
Alimentos culturalmente aceptados		✓
Medicamentos naturales (bebidas, té, etc.)		✓
Porcentaje de cumplimiento (%)	65%	35%

Fuente: Lista de cotejo realizada por el grupo investigador,
CUM, Tecpán, abril-mayo 2017