Sistematización de experiencias de la Pertinencia Cultural En los Servicios de Salud Materna y del Recién Nacido

Proyecto Madres y Niños Mayas

Proyecto Derechos de Salud Reproductiva de Mujeres Indígenas y Marginadas de Centroamérica

Xe' Lajuj No'j, (Quetzaltenango), marzo de 2017

Centros de Salud atenderían el mal de ojo

La ministra de Salud, Lucrecia Hernández, explicó que se busca incluir males ancestrales en los servicios de atención primaria.

Prensa Libre 23.8.16

"Se dijo que se iba a hacer brujería dentro de los Puestos de Salud y que yo era una chamana"

El Periódico 17.10.16

Lucrecia Hernández Mack asumió como ministra de Salud el 1 de agosto. Con 11 semanas de desempeño, la funcionaria señala que ha analizado que la inestabilidad política impide a las autoridades de los distintos niveles, incluido el Despacho Central, promover políticas integrales y de la larga duración

ACRONIMOS

ANH	Asociación Nuevos Horizontes
BLF	Big Lottery Fund
CAIMI	Centro de Atención Materno Infantil.
CAP	Centro de Atención Permanente.
C/S	Centro de Salud
CT	Comadronas Tradicionales.
HPA	Health Poverty Action
MSPAS	Ministerio de Salud y Asistencia Social.
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PDH	Procuraduría de Derechos Humanos
P/S	Puesto de Salud
SMN	Salud Materno Neonatal.
TSC	Trabajador de salud comunitario
UASPI	Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas

CONTENIDO

1) INTRODUCCION....6
2) ANTECEDENTES....6
3) MARCO TEÓRICO....9
3.1 Pertinencia cultural en los servicios de salud....9
3.2 Marco legal y políticas pública del MSPAS....10
4) RECUPERACIÓN DE LA EXPERIENCIA....11
4.1 Cambio de actitud en el proveedor de salud:....12
4.2 Respeto a los actores de los sistemas de salud indígenas:....12
4.3 Respeto a la referencia y considerar la contra referencia de y hacia los actores de los sistemas de salud indígena en los servicios de salud:....15
4.4 Uso del vestuario indígena por los proveedores de salud.....16
4.5 Respeto a los elementos simbólicos que portan las y los pacientes de los pueblos indígenas en los servicios de salud:....16
4.6 Atención a las o los pacientes en el idioma materno:....17
4.7 Uso del vestuario indígena de los y las usuarias en los servicios de salud....19
4.8 Atención a la usuaria y usuario:....20
4.9 Libre elección de las mujeres para la posición de la atención del parto:....20
4.10 Acompañamiento de familiar, terapeuta indígena u otra persona de confianza del usuario/a – paciente:....22
4.11 Realización de procedimientos acordes a la cultura de los pueblos indígenas:....22
4.12 Devolución de la placenta a los familiares de la paciente:....23
4.13 Adecuación de la dieta a nivel hospitalario de acuerdo a la cultura de los pueblos:....24
4.14 Uso de tés generadores de leche materna en nuestros servicios de salud:....24
4.15 Elementos terapéuticos adecuados a la cultura de los pueblos:....26
4.16 Registro de las/os pacientes – usuarias: Desagregación por pueblos y comunidades lingüísticas:....27
5) INFRAESTRUCTURA....28
6) FINANCIAMIENTO....29
7) CONCLUSIONES....31
8) RECOMENDACIONES....33
9) REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS....34

El presente trabajo, publicado con financiamiento de Big Lottery Fund (Reino Unido), forma parte de los Proyectos: Madres y Niños Mayas y Derechos de Salud Reproductiva de las Mujeres Indígenas y marginadas de Centroamérica. En Guatemala, los Proyectos representan un esfuerzo en conjunto entre Health Poverty Action (HPA) y Asociación Nuevos Horizontes (ANH).

Consultores, Sistematización:
Baudilio Sis
Irma Valey Manuel

Equipo del Proyecto:
Carmen Castro
Angélica Puac
Silvia Vásquez
María Aguaré
Victorina López
Teresa Fuentes
Clara Ambrocio
Diego Perussina
Delfino López
Thomas Hart
Lilian Wug

12 Avenida, 5-09, Zona 3, Quetzaltenango
Tel: 7767 3143
ssljuventudkiche@hotmail.com
www.healthpovertyaction.org

1) INTRODUCCION

El proyecto Madres y Niños Mayas está financiado por Big Lottery Fund (del Reino Unido); se complementa con el Proyecto Derechos de Mujeres Indígenas y Marginadas de Centroamérica, financiado por la Comisión Europea.

Desde su inicio ha buscado incrementar el acceso de la comunidad a los servicios de salud, y su apropiación comunitaria, a través de la capacitación y de la participación de Comadronas Tradicionales (CT) ligadas a los servicios de salud del estado. Las Comisiones de salud han sido apoyadas para que sean interlocutoras entre las comunidades y los proveedores de servicios, asegurando que las comunidades indígenas expresan sus necesidades y las transmiten a los servicios de salud del estado. Así mismo, los prestadores de servicios de salud materna y neonatal, han sido apoyados para responder a las necesidades de las comunidades y mejorar la prestación de cuentas de sus servicios midiendo el grado de satisfacción de la comunidad y estableciendo mecanismos de quejas y reclamaciones, y los sistemas de recopilación de datos han sido desagregados por etnicidad.

También se ha pretendido que los servicios estatales culturalmente apropiados estén disponibles para las personas indígenas, por ejemplo, protocolos de parto vertical; ofreciendo la placenta y el cordón umbilical para disposición ritual; cambiando la comida servida; permitiendo el uso de la ropa tradicional durante el parto; pintar las paredes en colores cálidos; mejorando la temperatura ambiental; instalando baños de vapor. Ha pretendido crear un software electrónico de traducción para que el personal de salud que hable únicamente español pueda comunicarse con un/a paciente que sólo hable Mam o K'iche'. Se ha realizado el seguimiento del impacto de las intervenciones culturalmente apropiadas, y se pretende usar las lecciones y la evidencia para promover la continuación y réplica del enfoque en otro lugar de Guatemala. El monitoreo, evaluación y aprendizaje tenían que ser transversal y un proceso continuo para el proyecto.

2) ANTECEDENTES

Si bien el artículo 93 de la Constitución de Guatemala reconoce que el goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna, existen brechas importantes entre los índices sanitarios de la población indígena y los de la población no indígena.

La CIDH considera que uno de los principales retos en materia de salud indígena es la adecuación cultural del servicio de atención, pues el sistema de salud estatal es percibido como ajeno a la concepción propia de los pueblos indígenas, y su diseño y aplicación se ha determinado sistemáticamente sin su participación.

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos: Informe de País: Situación de Derechos Humanos en Guatemala, 31.12.15

En 2009, el Estado reconoció la importancia de la diversidad como factor en la provisión de servicios de salud pública con la creación de la Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas (UASPI) (Acuerdo Ministerial 1632-2009).

Dicha Unidad tiene como su competencia:

a. El desarrollo de la salud de los Pueblos Indígenas en Guatemala;

b. La valoración, reconocimiento y respeto de los conocimientos, elementos terapéuticos, métodos y prácticas de los sistemas de salud de los pueblos indígenas en Guatemala;

c. La modificación y evaluación de los actuales servicios de salud para que sean adecuados a la cultura de los pueblos, que no agrede sus formas de vida y cosmovisión;

d. El fortalecimiento y promoción de las prácticas de salud indígena, intencionando estudios e investigación, sensibilización de la red del sistema nacional de salud, sobre la lógica de los sistemas de salud indígenas;

e. Propiciar la pertinencia cultural en salud a nivel nacional, entre los cuatro pueblos: Maya, Garífuna, Xinka y No Indígena.

Desde su creación, ha contribuida una serie de iniciativas, incluyendo el diseño y aprobación de las Normas de Atención con Pertinencia Cultural, Manual de Adecuación Cultural del Parto Natural/Vertical, Guía para el registro de la Autoidentificación de las Personas en los Servicios de Salud; y coordinar el proceso de consultas, diseño y aprobación de la Política Pública de las Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala (Acuerdo 102-2015).

Al reconocer los logros significativos de la Unidad, notamos también la falta de financiamiento que ha sufrido la Unidad dentro de los presupuestos del Estado; creando una situación en la cual existen políticas públicas vigentes que favorecen la adaptación cultural de los servicios de salud; pero no existen recursos para su implementación (impresión de documentos, capacitación del personal del MSPAS, recursos para viajar a los distritos de salud, etc.)

Dicha incoherencia del Estado se resalta en 2017, con la aprobación del Congreso de un reconocimiento de Q3,000 anualmente para cada Comadrona activa, pero su veto por la Presidencia poco después.

Las cuestiones de financiamiento y falta de recursos estatales han afectado cada elemento del sistema de salud pública:

> "De forma general, las deficiencias del MSPAS pueden englobarse en: falta de equipo, insumos, medicamentos, personal e infraestructura insuficiente o en malas condiciones, a estas condiciones se suman casos particulares en cada unidad."
>
> - PDH: INFORME ANUAL CIRCUNSTANCIADO SITUACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS 2016.

Para ofrecer un apoyo, los Proyectos Madres y Niños Mayas, financiado por Big Lottery Fund (del Reino Unido); y el Proyecto Derechos de Mujeres Indígenas y Marginadas de Centroamérica, financiado por la

Comisión Europea, trabaja con varios actores en ocho municipios de Quetzaltenango y Totonicapán, siendo Santa Lucia la Reforma, Momostenango, Santa María Chiquimula (Totonicapán); y Cabricán, San Carlos Sija, Cajolá, Palestina de los Altos y San Juan Ostuncalco (Quetzaltenango).

Trabaja con varios actores para intentar mejorar la coherencia de la pertinencia cultural de los servicios, especialmente el MSPAS, Comadronas, Gobiernos Municipales, Comisiones Municipales y Comunitarias de Salud, Ministerio de Educación, Padres de Familia, adolescentes y grupos de Mujeres de Edad Fértil.

Aquí socializamos las experiencias encontradas, positivas y negativas, como un reconocimiento de los logros hasta la fecha; y un mapeo del camino del trabajo que queda.

OBJETIVO y METODOLOGIA

Propósito de la Sistematización:

Examinar los elementos de la Pertinencia Cultural planteados por el Proyecto, compararlos con las políticas del Ministerio de Salud; y evaluar su implementación, y el impacto de su implementación. Se espera notar cuales son los avances y atrasos y producir recomendaciones puntuales, con una ruta de próximos pasos, tanto para el MSPAS, como para las Comisiones de Salud, Organizaciones de la Sociedad Civil y las ONGs de proyectos de cooperación.

Primera etapa: Definición de los productos esperados. Este momento implicó la reunión entre consultor y director nacional de HPA, con el fin de dilucidar el propósito central de la sistematización del conocimiento y práctica referente al nivel de impacto del desarrollo de acciones bajo el enfoque de pertinencia cultura.

Segunda etapa: reuniones de trabajo con el personal de Health Poverty Action (HPA). Estas actividades fueron desarrolladas con el propósito de identificar las prácticas de pertinencia cultural implementadas por el personal y además, un aspecto importante es en cuanto a las actitudes y acciones identificadas por el equipo tanto de repercusión positiva y los de repercusión negativa frente al propósito de acciones con pertinencia cultural. La información obtenida facilitó agrupar la información en aspectos positivos del trabajo realizado, limitaciones encontradas y anécdotas que evidencian las características de la realidad.

Tercera etapa: Reunión con director nacional de HPA para recopilar información. Esta etapa fue de alta relevancia, porque se pudo enfatizar el análisis en el nivel de alcance del proyecto en materia de pertinencia cultural.

Cuarta etapa: el diseño, elaboración, socialización y validación del informe de evidencia de la pertinencia cultural. Previo a la entrega final del documento, se consideró la importancia de un primer documento en calidad de borrador, tomando en cuenta la necesidad de la identificación de vacíos y de agregar otras observaciones que fortalecen dicho documento.

3) MARCO TEÓRICO

3.1 Pertinencia cultural en los servicios de salud

a) Pertinencia cultural en salud

“La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de “derecho a la diferencia” y quiere decir “adecuado a la cultura”. “En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas”.

b) Interculturalidad en salud

"Desarrolla el 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".

c) Objetivo General:

Proporcionar a los proveedores de salud del primero y segundo nivel de atención, lineamientos sobre la atención con pertinencia cultural basados en la salud como un derecho y en el marco de los derechos de los pueblos.

d) Objetivo Específico:

Normar los lineamientos generales de atención en salud con pertinencia cultural, en los servicios de salud del primero y segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en los diferentes cursos de la vida.

e) Sistema de salud indígena

Comprende el conjunto de actores, elementos terapéuticos, organización, coordinación, relación y modelo; que sustenta y le da las características esenciales. Su presencia en la cultura de los pueblos indígenas es genuina, legítima y dinámica; constituyen los mejores sistemas para la prevención, atención y restablecimiento de su salud, por ser parte de su cultura y comprende sus formas de vida y cosmopercepción.

3.2 Marco legal y políticas pública del MSPAS

a) Marco Jurídico Referencial.

La salud es un derecho humano, reconocido en diversos instrumentos internacionales y nacionales, y su ejercicio está directamente vinculado con la implementación de otros derechos. A partir de estos instrumentos, los derechos de los pueblos indígenas en materia de salud incluyen el reconocimiento del derecho a alcanzar y mantener el nivel más alto de salud física y mental, a través de un acceso a los servicios sin discriminación a una atención adecuada, de calidad y culturalmente pertinente. La importancia del marco jurídico reside en el hecho que comprometen a los Estados y países a reconocer jurídicamente a los Pueblos Indígenas como sujetos titulares de derechos.

A continuación, algunos instrumentos nacionales e internacionales con apego a los pueblos indígenas, que sintetizan los avances en materia de derechos de los Pueblos Indígenas, contenidos en leyes, políticas, declaraciones y convenciones ratificados por Guatemala.

b) Marco Jurídico Nacional.

Se consigna la Constitución Política de la República, específicamente lo estipulado en los artículos 1, 2, 58 y 66; Ley Marco de los Acuerdos de Paz, Decreto 52-200, inciso c); Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas (AIDPI); acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria, apartado social; Ley de Idiomas Nacionales, Decreto 19-2003, artículos 7, 8,10, 14, 15, 16; Código de Salud Decreto N° 90-97, artículo 1; y 18 Acuerdo Ministerial 1632-2009 creación de la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad de Guatemala (UASPIIG) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, entre otros vinculantes.

c) Marco Jurídico Internacional.

La Declaración Universal de Derechos Humanos; Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) artículo 25; Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), artículos 23 y 24; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; Declaración y Programa de Acción de Durban. Numeral 92; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), CEPAL-CELADE.

4) RECUPERACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Para la agrupación de la experiencia obtenida, se consideró importante desarrollarla con base a los 16 lineamientos generales de pertinencia cultural en salud, en las normas de atención[1].

A pesar de que las normas de Pertinencia Cultural en Servicios de Salud fueron emitidas desde el 2011, la mayoría del personal no la conocían; sin embargo, mediante el proyecto se les socializó su existencia, trabajando con personal no sólo de los 8 Distritos del área de intervención, sino con personal de todos los distritos de Quetzaltenango y Totonicapán; y con estudiantes de enfermería (Escuela en Santa Lucia la Reforma, estudiantes de Universidad Rafael Landívar, estudiantes de Escuela de Trabajador(a) de Salud Rural, Cabricán).

[1] Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (2010). Departamento de regulación de los programas de atención a las personas. Normas con Pertinencia Cultural…hacia la interculturalidad.

4.1 Cambio de actitud en el proveedor de salud:

Factores positivos identificados:

- En la mayoría de servicios de salud, ya están dejando entrar a la comadrona para acompañar a sus pacientes.
- Se ha superado el uso de frases discriminatorias dirigida a las comadronas, tales como "Tus zacates no lo puedes entrar", debido que actualmente, el personal de algunos servicios de salud es el que ahora ofrece el consumo de algún té.

Limitaciones que persisten

- A veces las pacientes indígenas afirman que aunque lleguen temprano son siempre las últimas en salir, no importando que hayan llegado para vacunación o control de embarazo. Las usuarias manifiestan que los proveedores de salud le dan prioridad a la persona ladina, a quién le "pasan adelante" y le brindan una mejor atención.

> No entendemos por qué para nosotros (los indígenas) no hay medicina, pero para los otros sí
> - Madre

- Hay personal que a pesar de hablar el idioma K'iche' o Mam, niegan hablar el idioma de la población; evidenciándose en este caso alto nivel de alienación como consecuencia del racismo y discriminación existente. La apreciación anterior se identifica en las siguientes frases:

4.2 Respeto a los actores de los sistemas de salud indígenas:

Al iniciar el proyecto, una actitud expresada por personal de salud que "Las comadronas son las que matan a las mujeres (muertes maternas), porque no estudiaron", etc. A pesar de su persistencia en unos casos, se nota que un abordaje consciente y deliberado puede mejorar la situación.

> Las comadronas son las que matan a las mujeres (muerte materna), porque no identifican las señales de peligro
> - Médico

Intercambios:

Dentro de las políticas del MSPAS, se destaca la importancia de respetar Comadronas, Curanderos, Compone-huesos y Guías Espirituales como actores del sistema de salud Maya. El proyecto ha llevado una serie de intercambios principalmente entre personal del Distrito y Comadronas para:

- Conocerse personalmente en un ámbito de respeto mutuo
- Entender las prioridades, necesidades de cada lado
- Comprender el trabajo y sus limitaciones enfrentado por cada lado
- Resolver en un ambiente de respeto mutuo quejas e inconformidades de cada lado
- Comprometerse públicamente a mejorar aspectos que necesitan ser fortalecidos
- Establecer una relación más horizontal entre personal de salud y actores comunitarios.

Los intercambios han sido innovadores y positivos; se notó el grado de madurez tanto de las Comadronas como personal de salud en reconocer sus debilidades y comprometerse a mejorar.

Un ejercicio de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas, trabajando el suyo el personal de MSPAS; y el suyo las Comadronas.
Otro ejercicio innovador era la de "Caritas Felices"; dando el personal de salud la oportunidad de destacar y reconocer públicamente las Comadronas más responsables; mientras que de igual manera las Comadronas reconocieron el personal médica que más ha respetado a ellas. Este tipo de premiación – en vez de críticas constantes – hay que seguir implementando.

> Las Comadronas son mi brazo derecho
> - Coordinador, Distrito de Salud

Es altamente saludable observar que el personal de salud agradece a las comadronas por llevar a sus pacientes a tiempo. De igual forma las comadronas manifiestan que están "contentas" (satisfechas) y resaltan a una profesional afirmando que las trata bien.

Siguen limitantes en el servicio de la ambulancia – existe en cada distrito – para referencias y emergencias. Lo normal actualmente es usar la ambulancia solo para sacar paciente desde el CAP-CAIMI – C/S hacía el hospital; y no para llegar en la comunidad en caso de emergencia y trasladar la paciente a CAP-CAIMI-C/S. En algunos casos, se hace, siempre con la necesidad de solicitar gasolina de la familia de la paciente (los Distritos siguen con asignación de gasolina insuficiente para brindar la atención requerida).

Notamos que las comadronas que no hablan en castellano, no logran la comunicación efectiva con el personal de salud, debido que varios del personal capacitadora también son monolingües castellanos, teniendo como efecto el trato de indiferencia, tal como es manifestada por las propias comadronas indígenas monolingües.

> Antes, nos maltrataban, nos regañaban; ya no es así. Nos toman en cuenta.
> - Comadrona

Nuevas Comadronas:

A pesar del reconocimiento importante de la Comadrona como columna vertical del sistema de salud materna en la Política Pública de las Comadronas de los Cuatro Pueblos de Guatemala (2015), parte del personal de MSPAS apunte por la no-atención de partos por parte de ellas, respaldando su opinión con las políticas de la OMS en cambiar el papel de la Comadrona Tradicional a ser Acompañante del Embarazo. Sin embargo, cuando los Puestos de Salud, ni los Centros de Salud, atienden partos, todos reconocemos que el Estado no tiene la capacidad de atender todos los partos (por ejemplo, San Juan Ostuncalco, con población de más de 50,000, no tiene ni un solo servicio de parto estatal).

Para mientras, existen desacuerdos e incoherencia en la formación de nuevas Comadronas; nos informan de una percepción a veces por parte de Dirección de Área de Salud, a veces por parte de Distritos, que no se debe de adiestrar nuevas Comadronas. Nos comentan de casos de rechazo de ingresar a nuevas Comadronas, a pesar de que ellas han buscado registrarse con el Distrito, con el compromiso de asistir en capacitaciones y coordinar y registrar su producción con el Distrito.

Se sugiere que se empieza con el aumento de la capacidad estatal de atender partos, y luego hablar de la posibilidad de reducir el número de Comadronas Tradicionales activas; pero no al revés.

Otros actores en el sistema de salud Maya:

No se ha realizado de forma sistemática un acercamiento entre personal del Distrito y los demás actores en la Medicina Maya – Curanderos de plantas, compone-huesos, Guías Espirituales. Si bien hay casos de Curanderos que han sido formados en programas anteriores como Promotores de Salud, se nota la persistencia de despreciar enormemente un recurso comunitario de la salud; y la oportunidad de sensibilizar a estos actores sobre VIH, buenas prácticas en la salud preventiva, etc.

Entrar la Comadrona en Sala de Parto con su paciente:

Tanto las Normas del MSPAS como la Ley de Maternidad Segura permite a la paciente ingresar a sala con la persona que escoge – sea familiar o Comadrona. En parte la idea es reducir el miedo de ingresar con desconocidos (uno de los razones por no acudir al servicio de salud); pero también la base científica sobre las ventajas médicas en reducir la ansiedad de la paciente es clara. Además, forma parte importante de las buenas prácticas internacionalmente implementadas como derechos de usuarios de servicio, formando parte de la atención humanizada.

Sin embargo, al inicar el proyecto lo normal era recibir la paciente de su Comadrona al ingresar al servicio, luego “sacar la Comadrona”. Luego de sensibilizar al personal de salud – ay a las Comadronas y sus pacientes sobre sus derechos – se nota mejoría en la situación.

En el Centro de Atención Permanente y Centro de Atención Integral Materno-Infantil (CAP y CAIMI), ya están dejando entrar a la comadrona en la mayoría de casos monitoreados. Se nota la política local del Coordinador del Distrito podría estar a favor de la entrada con paciente, sin embargo nos comentan que "cuando no estoy yo, depende de los turnistas".

4.3 Respeto a la referencia y considerar la contra referencia de y hacia los actores de los sistemas de salud indígena en los servicios de salud:

Existen experiencias de registrar referencias por parte de Comadronas, cuando anteriormente no se registraba fuente de referencia. Para motivar dicho registro, se etiqueta en algunos distritos como "Vidas Salvadas", enfatizando el impacto del trabajo de referencia.

El proyecto trabajó en una serie de talleres y intercambios entre personal de salud y Comadronas nuevas Hojas de Referencia gráficas; sin embargo, al empezar su implementación, la decisión de Mesa Técnica de un Area de Salud era que no se podía aprobar la Hoja validada al nivel local, y teníamos que regresar al uso de la Hoja estandarizada. El proyecto respondió positivamente a varias solicitudes por parte del MSPAS reproducir sus Hojas – desabastecidas en los Distritos – y organizó actividades de orientación a las Comadronas en su uso y su interpretación.

Al nivel de Distrito, los informes de las Comadronas reportan que se está dando más atención a las Hojas de Referencia Comunitaria que antes; pero que persisten actitudes negativas en los hospitales "Nos reciben la paciente, pero tiran nuestra Hoja de Referencia en la basura ante nosotras, porque no somos médicas".

En evaluaciones realizadas, las comadronas reconocen las señales de peligro en sus pacientes, tal como el caso de retención placentaria y el superar el tiempo mínimo de espera, las refieren de manera inmediata.

Se ha identificado el trabajo en equipo en el ingreso de pacientes por emergencias y mayor responsabilidad y sentido humanitario. Como ejemplo se tiene el caso de una paciente que fue trasladado en ambulancia, y al llegar al servicio de salud, el personal se involucró de manera rápida para ayudar para entrar a la mujer y él bebe.

Limitante:

- A nivel local, hay inexactitud de reporte de casos, evidencia de la falta de claridad en los indicadores del MSPAS que deben de cumplir; diferentes establecimientos de salud registran referencias por Comadronas a su manera, unos como "vidas salvadas", otros sin registrar fuente comunitaria de referencia;

Mediante la aplicación de la técnica del FODA, las comadronas pidieron: Que el personal de salud nos reciban las referencias, que no nos griten, que nos hablen en nuestro idioma, que me dejen entrar con mi paciente, que me informen lo que está pasando con el paciente.

4.4 Uso del vestuario indígena por los proveedores de salud.

El MSPAS recomienda el utilizar lo pertinente culturalmente, con el fin de generar mayor confianza y acercamiento con los usuarios del servicio, aunque algunos proveedores de salud no asumen dicho planteamiento estratégico no todos lo valoran, porque consideran que no es necesario.

Aún persiste presión por parte de unos Coordinadores de Distrito que el personal sea uniformado, argumentando su identificación rápida por la usuaria. Sin embargo, las usuarias comentan de su preferencia ver personal en traje porque "así sé que me puedo acercar y hablar en mi idioma".

A pesar de que MSPAS se ha sumado a la promoción de la necesidad y la importancia del impulso de acciones con pertinencia cultural, la mayoría del personal no está convencida que dicha actitud es necesaria y urgente implementarla; una evidencia es que a nivel de distrito, solo una persona de CAIMI utiliza su traje, quien está convencida que el vestuario pertinente culturalmente favorece altos niveles de confianza con su paciente.

En los puestos de salud es donde se observa mayores casos de atención con pertinencia cultural, no así los que trabajan en los Centros de Salud, CAP y CAIMI, porque continúan utilizando el traje hospitalario, aunque se ha demostrado que dicho vestuario genera barrera entre proveedor y usuario.

4.5 Respeto a los elementos simbólicos que portan las y los pacientes de los pueblos indígenas en los servicios de salud:

Se plantea la necesidad de no agredir elementos de la comovisión que portan las usuarias; lo más común se refiere a las pulseras o collares de hilo o cinta roja, usado para evitar que un niño sufra "Mal de Ojo". Otros elementos se refieren a ganchos o bolsitas de hierbas medicinales en la faja de las madres, imágenes religiosas, cuarzos, etc.

Se ha fortalecido la sensibilización del personal de salud, sin embargo no se ha identificado como fuente de discriminación en nuestras áreas de intervención. Las comadronas y madres llevan ruda, fichas, llaves en sus bolsas y no han tenido problemas en el uso de elementos - "No nos dicen nada y no se nos quiten".

Sin embargo, unas madres afirman que estas situaciones ocurren más en hospitales, ej. les quitan su San Simón, sin el cuidado necesario; una usuaria afirma que la lastimaron cuando le arrebataron su San Simón, afirmándole que va en contra de las medidas de bioseguridad.

4.6 Atención a las o los pacientes en el idioma materno:

La Ley de Idiomas Nacionales (2003) establece el derecho a recibir servicios de salud, educación y justicia en el idioma mayoritario del municipio (Distrito de Salud).

Actualmente, el Proyecto ha notado avances:

- Mayor contratación de personal bilingüe, especialmente entre personal de Primer Nivel de Atención (Puestos de Salud, Facilitadoras Comunitarias)
- El monitoreo por parte de Comisiones Comunitarias de Salud de los establecimientos, dentro del marco del proyecto, confirma esta tendencia (por ejemplo, Encuestas de Satisfacción de Usuarias, P/S San Luis, Santa Lucia la Reforma)
- En algunos lugares las enfermeras entran a traducir si la persona no habla el español, por lo que en este caso se evidencia voluntad e identificación con la realidad de la población monolingüe.
- Es relevante saber que el personal de salud cumple con la fase de explicación previa al examen físico, porque en algunos casos ya indica a su paciente, por ejemplo la siguiente frase "ahora tengo que hacer el examen, por favor quitar su faja", situación que con anterioridad no se hacía.

Sin embargo, persiste un vacío en la comunicación en varios establecimientos. Notamos que esta situación:

- Perjudica el diagnóstico médico: un visitante médico al proyecto notó que "en Europa, el instrumento como esfigmómetro o estetoscopio es el último elemento de un diagnosis – primero viene la plática, la investigación y relación de historia clínica, descripción de síntomas, etc. Pero aquí en Guatemala parece ser al revés."
- Es un derecho fundamental en un país multicultural recibir los servicios estatales – a los cuales contribuimos todos – en su idioma.

Dado que un Proyecto no puede determinar la contratación de personal estatal, se planteó diseñar e implementar un alternativa tecnológico; nunca puede re-emplazar personal bilingüe, pero empezamos a diseñar un software sencillo con archivos de sonido, para que el personal médico monolingüe puede saludar, tomar historia clínica y ofrecer explicaciones básicas a pacientes Mam o K'iche'.

Se tomó como punto de partida las Normas de Evaluación en diferentes situaciones – Control Prenatal, Consulta, Reconsulta, etc, con el apoyo de personal de ambos Áreas de Salud. Se diseñó de tal manera que ofrece preguntas cerradas, requiriendo respuesta positiva/negativa, o números (¿cuántos hijos tiene?), o tiempos (¿cuándo empezó?), siendo elementos que pueden manejar la paciente monolingüe.

Una Versión 1 del software fue instalado en un Tablet de 10" y donado a cada distrito, más los dos áreas de Salud, para pilotear.

Primeros comentarios de personal de Salud:
La objeción mayor fue que tiene uso muy limitado, al no poder realizar una traducción simultánea de las respuestas de las usuarias. Reconocemos que así es, pero que no existe aún la tecnología para superarlo.

La incomodidad de personal de salud en presentar lo que consideran otra barrera – en vez de superar barreras de comunicación – entre el personal y su paciente, esta vez barrera de tecnología y poco humanizada.

Otras reservas se responden a actitudes de resistencia de aprender el idioma – "si la traducción fue hecho por la Academia de Lenguas Mayas como ente rector estatal, tal vez; pero si ustedes realizaron la traducción, no tiene validez"; "necesitamos versiones individualizadas para cada Distrito, para tomar en cuenta las variantes regionales".
Validaciones con Madres y Comadronas, al contrario, no se basaron en estas cuestiones, y les gustó el diseño, queriendo verlo en su servicio.
Después de dejar para pilotaje en los servicios, se recogieron sugerencias del personal, y se volvió a actualizar para Versiones 2 y 3, agregando:

> Algunas enfermeras son *qa winaqil* ["nuestra gente"], pero cuando está en el servicio no nos habla, nos contesta en español
> - Madre

- Glosario alfabético para facilitar el uso como herramienta para aprender el idioma
- Consejería básica (Esquema de vacunación, prácticas de buena nutrición, etc)
- Agregando texto en pantalla en español para los archivos de sonido en el idioma Maya
- Agregando registro automático de uso, para evitar sobrecargar personal con registros en papel sobre el número de usos que tuvo el traductor.

Resultados de monitoreo por el Proyecto:
No se han registrado más que un par de usos en los 8 establecimientos que recibieron donación de Tablet con programa.

El comentario más frecuente se trataba de la necesidad de mantener el tablet bajo llave, sin uso, "para que no se pierde, ni se robe, ni se deteriore" (equipo inventariados, propiedad del MSPAS, como es el

caso de esta donación, tiene un responsable; al no estar en buenas condiciones, tiene que re -emplazar a costo personal.

“No se puede compartir un equipo de esta naturaleza, porque trabajamos con turnos: si tuviéremos la donación de uno cada uno, tal vez”.

Sin embargo, hemos recibido más interés por otros actores, al donar programa instalable en teléfono y/o computadora desktop:

- Escuela de Enfermería Comunitaria
- Curso de Enfermería Comunitaria de la Universidad Rafael Landívar
- Estudiantes de Técnico en Salud Rural.

Sentimos que sigue con potencia, pero no en el ámbito clínico, sino como herramienta para aprendizaje del idioma.

4.7 Uso del vestuario indígena de los y las usuarias en los servicios de salud.

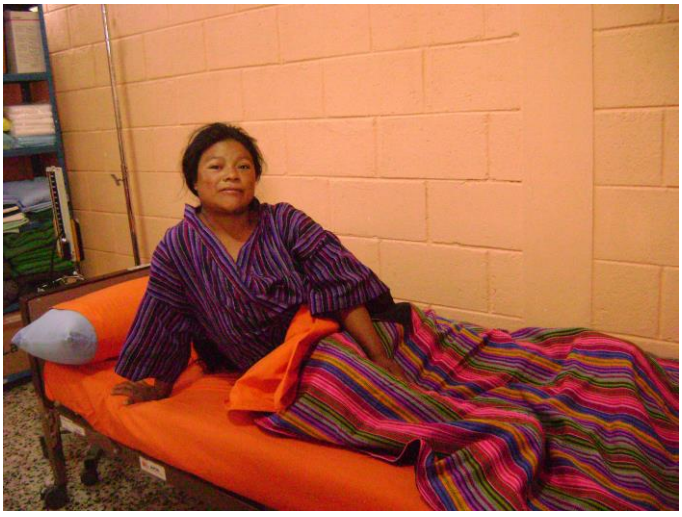
El uso de vestuaria indígena por la usuaria nace de varios factores:

- El alto grado de significado emocional, espiritual del traje, ubicando la usuaria dentro de una identidad no sólo social, sino también en comunidad con sus antepasados
- La percepción de la bata hospitalaria como “indecente”
- La percepción de la bata hospitalaria como frío.

El Proyecto realizó una serie de cuatro talleres con Comadronas, Madres y personal de MSPAS, tanto en el área K’iche’ como Mam, para diseñar y consensuar batas con colores de tela típica más pesada. Se realizó prototipo de tres batas, cada vez incluyendo sugerencias (sobre tamaño de mangas; quitando ziper; cambiando faja, etc.)

En los CAP y CAIMI, HPA entregó batas con material que guarda y genera calor, es decir, lo más caliente posible, tales como sabanas y cubrecamas de colores cálidos.

En el proceso de monitoreo realizado, se ha observado el uso de batas; además las señoras manifiestan que les gusta. La mujer se siente bien usando las batas, no les da vergüenza porque no son transparentes, no se ve la hemorragia, no son frías, además son largas como sus cortes (falda).



En algunos servicios de salud como el caso del CAP de Cajolá, las mujeres que llegan por atención del parto, afirman que son atendidas sin imponer el vestuario del servicio. Algunas madres dicen que “Al tener otro bebé piensan

regresar al servicio de salud por la ropa y el buen trato".

En unos casos, persiste el uso de batas y cubre camas de tela transparente y fría, es por ello que cuando se les compartió la donación de batas, el personal de salud manifestó que prefería bata blanca para ver la hemorragia. Sin embargo, algunas usuarias manifestaron que "Yo sé cuándo estoy mojada y que me chequeen (evaluar), por lo que no se necesita una bata transparente".

4.8 Atención a la usuaria y usuario:

El MSPAS plantea la buena práctica de atender paciente mujer por personal médica mujer. Es poco lo que se ha avanzado en este aspecto, porque solo cuando el médico de turno tiene pacientes, la enfermera es quien da la consulta, y esto les ha parecido más a las usuarias, porque no se sienten bien con que un hombre las atienda y las "toque".

En la mayoría de servicios en salud, quienes atienden son enfermeros o ginecólogos, y el hecho de que no hay atención prestada por mujer, la demanda del servicio de salud es baja; y que cuando acuden al servicio de salud, prefieren estar acompañada de la comadrona o de algún familiar. A nivel de información se dice que el ministerio habla que debería de poner a una mujer médica, sin embargo no se cumple porque la mayoría de atención es prestada por hombres.

El personal masculino manifiesta la dificultad que afronta, porque afirma que las mujeres no quieren entrar a consulta mucho menos desarrollar el trabajo de parto. Por otra parte, las usuarias aducen que "está muy lejos tener la atención de salud según las necesidades", es otra razón que en la mayoría de veces prefieren ser atendidas en casa.

4.9 Libre elección de las mujeres para la posición de la atención del parto:

Existe el Manual de Parto Vertical del MSPAS, en su mayoría extraída de los Protocolos introducidos por el Ministerio de Salud en Perú. En común con las Normas de Atención con Pertinencia Cultural, el documento, al iniciar el Proyecto, era desconocido por casi todo el personal de Salud Reproductiva en los Distritos.

El Proyecto ha realizado esfuerzos de sensibilizar personal en el Manual, con actividades con personal de varios Distritos realizando talleres en Quetzaltenango y en Momostenango. Acompaño en unas ocasiones personal de la USAPI de Guatemala, enfatizando la naturaleza del Manual como política del MSPAS, no sólo una estrategia del Proyecto.

En unos talleres, el Proyecto contrató a una ginecóloga del sector privado, a sugerencia de la UASPI (por no tener acceso a una capacitadora especialista el MSPAS al nivel nacional, mucho menos local). En dichos talleres, el Proyecto incluyó presencia y participación de Comadronas tradicionales, por su experiencia en la atención de parto vertical.

El Proyecto también realizó un video – en versiones Castellano, Mam y K'iche' – para apoyar la sensibilización, distribuyendo copias a los Distritos y Áreas de Salud, y a UASPI, para su diseminación nacional.

Entre los demás insumos[2] donado por el Proyecto fueron báneres mostrando las diferentes posiciones del Parto Vertical incluidos por el MSPAS en su Manual, para ser colocados en las Salas de Parto para apoyar a la mujer señalar cómo quiere atenderse.

En algunos servicios de salud, se ha logrado la buena práctica de que la comadrona atiende el parto y el personal médico solo observa, y apoyan cuando hay necesidad de ayudar; es de resaltar la actitud positiva sobre la misma del Programa de Salud Reproductiva de Quetzaltenango.

Sin embargo, en la mayoría de los servicios, la política aún no ha trascendido en cuanto a su implementación; consultando al MSPAS a nivel nacional, nos informaron que solo existe una persona indígena de Alta Verapaz con experiencia en atención de parto vertical, pero indican que no se le interrumpa para capacitar a otros. Lo anterior evidencia negligencia y falta de voluntad es replicar los conocimientos.

Como resultado, se conocen experiencias en Parto Vertical actualmente realizadas por MSPAS en el área de intervención (por ejemplo en Momostenango, Santa María Chiquimula, Cajolá), pero no han sido cuantificados por el servicio de salud. Pero en la mayoría de los casos, el personal de salud dice que la gente no pide el parto vertical, sin embargo en la práctica, los proveedores de salud no ofertan el servicio de parto vertical, ni preguntan; por lo que la atención en posición ginecológica ha sido una imposición. A veces incluso nos comentan que el desconocimiento del ginecólogo en cuanto al proceso natural del parto, ha permitido que regañen a la parturienta por estar cambiando de posición durante el trabajo de parto.

[2] Se les facilitó barras, mesas, tarima con colchoneta (experiencias de parto vertical de Perú) para no atender parto en el piso. Asimismo, se hizo entrega de cojín para que el ginecólogo se ubique según la posición del parto.

Los proveedores de salud, en su mayoría plantean diferentes argumentos para evitar la atención de parto vertical, lo que se evidencia cuando dicen que "solo han recibido teoría y que necesitan la práctica, porque solo así afirman que "tal vez lo harían"; además se les ha dado laso, pero no lo utilizan afirmando que no alcanzarían el techo. En otros casos, manifiestan su temor de atender en forma vertical el parto por el riesgo de que el bebé resbala y caiga en su cabeza (situación que no sucede con las Comadronas).

Se me va a resbalar, se me va a caer y no seré responsable
- Médica

Se nota aquí la incoherencia entre las políticas del MSPAS y la formación médica – ginecológica en el país.

4.10 Acompañamiento de familiar, terapeuta indígena u otra persona de confianza del usuario/a – paciente:

Tal como se nota arriba, Tanto las Normas del MSPAS como la Ley de Maternidad Segura permite a la paciente ingresar a sala con la persona que escoge – sea familiar o Comadrona. Se ha notado que reduce la barrera emocional entre usuaria y servicio de salud pública, y forma parte de los derechos de la mujer. En nuestro contexto, es una práctica que reduce la oposición de una familia referir a la madre al servicio en el caso de complicaciones.

Mediante el acompañamiento, coordinación y capacitación que HPA ha brindado a los diferentes distritos de salud, se ha logrado que la comadrona entre y acompañe a su paciente en la sala de partos. En ausencia de la comadrona, el personal de salud ha permitido la entrada del esposo o madre de la paciente; aunque estos casos han sido mínimos, regularmente ha sido la comadrona quien ha acompañado estos casos.

Sin embargo, en algunos centros de atención, no dejan entrar a la comadrona para que acompañe el proceso de parto. De igual forma, ha resultado más difícil a entrada de familiar, en algunos casos lo permiten muy poco. Los centros de atención, no cuentan con suficiente personal, por ello que algunas comadronas dicen depende de quién está de turno, algunos dicen que entren la familia, pero otros dicen que no. En algunos casos se ha logrado, pero únicamente mediante la negociamos, ejemplo: cuando el médico dice que sí, pero a la hora de la hora depende de quién está de turno.

El mayor problema en el acceso ha sido en el Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango; argumentando el personal – con cierta razón – que el espacio en Sala de Parto es limitado, y tienen que dar prioridad a los estudiantes, por su condición de ser hospital escuela. Notamos que en este caso, se da prioridad a las necesidades del proveedor de salud, en vez de la usuaria.

4.11 Realización de procedimientos acordes a la cultura de los pueblos indígenas:

Se busca reducir prácticas chocantes con los aspectos y abordajes culturales; siempre y cuando no perjudican la salud de la madre. Entre estas prácticas negativas se incluye el rasgar a la mujer, notando el Manual de Parto Vertical del MSPAS recomiende no realizarlo sin razón específica.

El tacto vaginal tiene una explicación médica, pero no hay una explicación clara por parte del médico, inclusive en algunos casos se obvia dicha información; es por ello que algunas pacientes huyen de la sala de parto, pero aunque la paciente sea profesional, pero cuando es primeriza no deja de sentir miedo a los procedimientos. El Proyecto ha insistido en la importancia de sensibilizar a las Comadronas, en primer lugar, sobre los motivos, para ella pueda explicar a su paciente. Se ha pedido que dichas explicaciones formen parte de las capacitaciones mensuales de las Comadronas, en vez de empezar a explicar en el momento de trabajo de parto. Además, se ha enfatizado la importancia de las explicaciones en el idioma materno.

El Proyecto ha suministrado algunos insumos tales como batas calientes y típicas, cortinas, sábanas, pinturas en ambiente de color cálido; esto con el fin de agilizar y garantizar la recuperación de la usuaria.

Aunque en un bajo porcentaje, pero se ha implementado la importancia de la explicación de todo el procedimiento a realizar en los procesos de parto. Sin embargo, las comadronas manifiestan que se ha hecho pero muy poco.

Uno de los procedimientos que se maneja en la cultura maya, es que las comadronas oren por su paciente, y esto contribuirá evitar complicación. Se ha notado que el personal del MSPAS actualmente no impiden tales prácticas (por ejemplo en Santa Lucia la Reforma permiten en el servicio los procedimientos de confesión familiar en el momento de parto).

4.12 Devolución de la placenta a los familiares de la paciente:

Las Normas del MSPAS reconocen la importancia cultural de la placenta, y su disposición ritual. En grupos focales comunitarias, HPA ha constatada la oposición de la práctica de tirar en la basura de CAP o CAIMI – "hemos visto un caso en donde fue recogido y comido por un perro". En diferentes comunidades, existen diferentes formas de disponer de la placenta – su entierro, su secada en temascal, su disposición en el río, etc.; desde la cultura maya se afirma que esto contribuye para que la matriz regrese luego a su lugar y la puérpera no sufre de dolor o cólico. En común con países como Perú, el MSPAS claramente recomienda ofrecer a la familia.

Actualmente, en algunos servicios de salud, el personal pregunta si quieren llevar la placenta y ombligo. En algunos CAP y CAIMI, dicen qué mejor si la familia lleven la placenta, porque no tienen dónde tirarlo. Cuando es llevado, les piden 2 bolsas de nylon negro para no contaminar el ambiente.

Sin embargo, persisten en unos casos la resistencia por parte del personal, argumentando que será fuente de contaminación[3]. Dado las medidas de bioseguridad y disposición de desechos médicos a nivel de CAP y CAIMI actual, no se puede considerar un argumento serio.

Unos han argumentado la posibilidad de ser fuente de "contaminación por VIH"; pero las Normas del MSPAS obligan la prueba de VIH para cada embarazada, y en casos de diagnóstico confirmado de laboratorios por VIH, los partos son atendidos por cesárea, según normas, en este caso no aplica la devolución de la placenta.

4.13 Adecuación de la dieta a nivel hospitalario de acuerdo a la cultura de los pueblos:

Se aclara que a HPA no tuvo intervención a nivel hospitalario, sin embargo, partiendo de la experiencia plantea lo siguiente:

Un factor de oponerse a tener parto en servicio de salud se ubica en una dieta culturalmente "fría"[4]; "En el hospital, me dieron banano y gelatina después del parto; con esta comida, iba a enfriar mi leche, mejor no comí".

Los niveles de intervención del Proyecto – Primer y Segundo nivel, P/S, CAP, CAIMI, C/S, menos hospitales – significó que el cambio de dieta no formó parte de su incidencia – dado que el MSPAS no provee comida a sus pacientes. La familia es la encargada de traer comida a la paciente, y no se ha notado oposición por parte de los proveedores de salud a la dieta escogida culturalmente por la familia.

A nivel hospitalario, no hay consideraciones, no hay dietas especializadas, y esta situación va en contra de la práctica de la población indígena[5].

4.14 Uso de tés generadores de leche materna en nuestros servicios de salud:

El MSPAS ha reconocido la importancia del uso de té de plantas medicinales, enfatizando en especial el uso de Ixbut como estimulador de leche materna. Como parte de su incidencia, el Proyecto ha donado huertos de plantas medicinales usadas en la maternidad a CAP, CAIMI, C/S y P/S que han solicitado. Existencia de plantas para uso en maternidad: dosis y contraindicaciones (por ejemplo, Ixbut, romero,

[3] cuando el Proyecto lo discutió con una autoridad de salud, argumentó que no se puede "por contaminar fuentes de agua"; cuando preguntamos cuál era su práctica actual de recoger de partos domiciliarios, quitó su oposición.

[4] No se trata de la temperatura de la comida, sino de su clasificación cultural – carne de res es "caliente", carne de marrano es "fría". Conocer clasificaciones de comida, enfermedades y medicamentos en una escala de frio a caliente debería formar parte de la formación médica para conocer la percepción comunitaria; si no, un médico receta dieta o medicina que no pone en la práctica su paciente. Como siempre, la buena práctica empieza en conocer a su paciente.

[5] Al plantear el problema con una autoridad de salud, la respuesta al Proyecto era que "la gente no puede pedir gustos".

manzanilla, alfafa, pimpinela, ruda). Una comadrona en uno de los servicios, promociona y exige el uso de plantas generadoras de leche para las pacientes.

Personal médico fue capacitando por personal del proyecto y por comadronas (valor agregado de las actividades, abordando la relación desigual de poder entre personal médico y Comadronas, por ejemplo en Xesana, Santa María Chiquimula; en Olintepeque; con Escuela de Enfermería Santa Lucia; con Fundación Jurakan, y otros), con videos y socio dramas, práctica que fue aceptada por las participantes.

> La semana pasada, no tenía nada que dar a una paciente para fiebre; pero recordé las plantas, recenté, y el niño ya mejoró
>
> - Médico

Durante el monitoreo de su uso, una comadrona agradece al personal donde fue atendida su paciente, porque después del parto le dieron un té de manzanilla, situación que en años anteriores eso no era posible. Contribuyendo a esta práctica, la existencia de cafetera para las pacientes de postparto, donado por HPA. En este caso, la paciente dice que al tener otro bebe va volver al servicio

Actualmente se ha visto cambios positivos, porque en algunos centros la medicina natural ya es aceptada. En este aspecto, las comadronas están muy agradecidas con HPA, por implementar huertos de plantas medicinales en puestos y centros de salud, y en el CAP. Esto ha favorecido para que algunos médicos se interesan por las plantas generadoras de leche

El MSPAS tiene en su lucha un departamento en medicina alternativa y natural, empezó con cuatro empleados para el país, pero en 2016 fue reducido a dos. Actualmente el MSPAS, pide bodega para todo tipo de plantas, porque es más barato y además contrarresta la realidad de que no hay medicina.

En diferentes establecimientos de salud, se ha notado diferentes experiencias: en unos P/S, se han robado plantas; en otros, falta de mantenimiento (durante el frío, falta de protección) ha matado plantas. Pero en general, la respuesta ha sido positiva. En unos casos, es la Comadrona que tiene el huerto en su casa, en otros, es el personal del CAIMI que da mantenimiento, en otros (por ejemplo, Carmen, Palestina), es la Comisión Comunitaria de Salud. Notamos la demanda por las Comadronas tener huertos individuales en su casa.

4.15 Elementos terapéuticos adecuados a la cultura de los pueblos:

Se reconoce un conjunto de prácticas y terapias ancestrales que forman parte importante de la maternidad en los pueblos indígenas. Unos, como el uso del "altar maya" son usados por las personas que practican las espiritualidad Maya; otros, como el temascal, por los comunitarios de todas las manifestaciones de su fe.

Altares Mayas:

> Llevo a mi paciente a lugares sagrados, esto para evitar que el parto se complique
> - Comadrona

Ya existen altares a la vista pública como el caso del altar maya en el hospital de Quetzaltenango. HPA, con el respaldo importante del Área de Salud Quetzaltenango, espera pronto tener el primer altar en algún servicio, y de esta forma propiciar la práctica terapéutica con base a la cultura de los pueblos; y así las comadronas cuenten con un espacio específico, como el casos de algunas comadronas que ponen su candela en CAIMI de Cabricán. Notamos, sin embargo, que en el mismo municipio, un sondeo entre Comadronas para establecer un altar Maya en el servicio hasta ahora no ha sido aceptado; unas argumentan que ya no practican ceremonias; otras argumentan que los altares ancestrales para la maternidad ya son establecidos, y nuevos no tienen sentido.

Ambiente acogedor:

Durante las consultas comunitarias previos al Proyecto, sobresale la oposición de atender un parto en el servicio de salud por el ambiente "fría", con el correspondiente percepción de perjudicar la salud tanto de la madre como el bebé ("con hemorragia en el parto, se enfría el cuerpo de la madre, se enfría su leche, se enferma el bebé"). Otras manifestaron "en la casa, caminamos alrededor del fuego cuando ya se acerca trabajo de parto; ¿cómo lo haría en el Centro de Salud?".

Las Normas del MSPAS hasta establecen temperatura del ambiente recomendado; pero previo al proyecto, no se había tomado en cuenta.

El proyecto ha facilitado el cambio de color en ambiente para recuperación del paciente, la mayoría lo ha realizado, por lo que en actualidad ya no es blanco ni celeste. Dichos colores del ambiente han sido seleccionados con el personal y comadronas. Cortinas típicas, sirven como beneficio extra de división para privacidad en postparto (por ejemplo, Santa Lucia la Reforma). La donación de calentadoras sencillas a CAP y CAIMI ha sido útil en salas de parto y pos parto.

Algunas comunidades (por ejemplo Tizate, San Juan) recaudan fondos para comprar pintura, cortinas y mejorar el servicio de salud, por lo que se califica como altamente positivo dicha práctica.

4.16 Registro de las/os pacientes – usuarias: Desagregación por pueblos y comunidades lingüísticas:

Al nivel internacional, la OMS reconoce la importancia en tener sistemas de información que nos ayude a medir prioridades entre diferentes poblaciones, por ejemplo Pueblos Indígenas. En Guatemala, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo ha hecho esfuerzos importantes de medir el estatus de salud de diferentes poblaciones; mientras que la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil (ENSMI) ahora incluye desagregación de datos por etnicidad.

En los distritos de intervención del Proyecto, se nota avances, pero mucho que hacer. Los formularios del MSPAS como SIGSA C/S incluye el registro de comunidad étnica de la paciente; otros documentos como Carné de Comadrona también incluyen etnicidad, a sugerencia del Proyecto.

Sin embargo hay limitantes significativas:

- En la mayoría de los casos, el personal asigne a la usuaria una identificación ("por no querer ofender preguntando a la paciente"
- Existe en el MSPAS Manual de Auto identificación, para orientar el personal sobre la importancia de registrar etnicidad, pero el documento ha llegado con el personal a través del Proyecto, no por el MSPAS
- El MSPAS no ha capacitado su personal sobre el tema, ni sobre las herramientas para explicar su importancia a la usuaria.

5) INFRAESTRUCTURA

Se ha mencionado la importancia de crear ambiente acogedor para la usuaria del servicio. Aquí consideramos otros aspecto de remodelar, en forma sencilla, los ambientes:

Temascal:
El Chuj (mam) o Tuj (K'iche') es un elemento mencionado en las Normas del MSPAS. Notamos que antes del Proyecto, existía en CAP (Santa Lucia la Reforma) y en CAIMI (Momostenango), pero actualmente ya no. En el primer caso, necesidad de utilizar el espacio obligó su destrucción; en el segundo caso, problemas de responsabilizarse para su mantenimiento obligó la decisión; y en ambos casos, la falta de demanda comunitaria sobresalió.

Preguntando en las comunidades sobre la falta de demanda, notamos que:

- La mayoría de las nuevas madres quieren salir a su casa lo más antes posible, incluso pocas horas después del parto
- Además, se sienten menos cómodas en un temascal pública – "no tiene el mismo sentido que el tuj en mi casa".

En el caso de San Carlos Sija, personal solicitó al proyecto construir para su CAP; hasta la fecha, dificultades en obtener proveedores locales de construcción con facturas contables ha obstaculizado su construcción.

Cómo práctica tradicional, hemos notado variedad de actitudes entre personal del MSPAS:

- En algunos servicios de salud sigue la oposición al uso de temascal, algún personal que se cree mestizo prohíbe y maltratan, mucho fuego, no quiero que entren más a ese horno, la matriz se infecta, por lo que es mejor la ducha.
- en el hospital solo hablan de agua fría; a pesar de que se dice que los CAP deben de tener temascal, pero si hubiera tampoco se cuenta con los recursos para su administración.
- En CAP y CAIMI no cuenta con todos los servicios de posparto, es por ello que únicamente brinda el servicio de observación durante las 24 horas, sin embargo al identificar que no existe algún riesgo, la señoras puérperas se retiran para tener el servicio y los otros cuidados en sus casas.

6) FINANCIAMIENTO

Se notó en la introducción los limitantes en cuanto a recursos que enfrenta el MSPAS. El Banco Mundial [6] informa que:

- Guatemala gasta 2.3% de PIB en salud pública (en la Unión Europea, por ejemplo, es 7.8%)

- De todos los gastos en salud, sólo 38% en gasto público, mientras que 68% es gasto privado (en el Reino Unido, por ejemplo, es 83% público, 17% privado)

- Sumando gasto público y privado, Guatemala gasta $233 por persona en salud al año (en el Reino Unido, es $3,935 por persona.

Para 2017, se prevé un aumento importante de casi Q700m, lo cual es bienvenido, pero de ninguna manera se considera suficiente para las necesidades de la población; cuando se analiza la naturaleza de la poca inversión pública en salud, se encuentra una serie de factores que impiden que la inversión llegue al nivel comunitaria. Actualmente existe polémica sobre el pago de bonos por antigüedad de personal, y la sostenibilidad o no de los pactos colectivos actualmente en vigencia para trabajadores de salud; mientras que personal trabajando por contrato ha visto atrasos significativos en recibir pago.

Frente a este panorama, unos actores han manifestado que la pertinencia cultural de los servicios es "un lujo" que el país no puede ofrecer.

Sin embargo, la experiencia nos demuestra que, lejos de ser un lujo, es una obligación estatal de ofrecer el servicio de salud que responde a las necesidades y demandas de la población. Notamos, además, que los costos no deberían ser elevados.

Como ejemplos, cuantificamos unas de las donaciones realizada por el Proyecto a servicio de salud para poder empezar a implementar el parto vertical, ambiente acogedor y humanizado para las madres:

[6] Banco Mundial: Gasto en Salud, Sector Público: www.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.ZS (consultado17.3.17)

Ejemplo de Reacondicionar Sala de Partos:

1 colchón forrado
1 cama de madera con colchón
1 Calefacción
1 campo de recepción del Recién Nacido
2 Tarimas
12 Batas típicas
8 juegos de sabanas de colores acogedores
6 cubrecamas típicas
10 vigas de pared para parto vertical
10 botes de pinturas de 5 galones
2 juegos de brochas para pintar.
2 Mantas vinílicas de parto Vertical
2 Paquetes De Trifoliares de Normas de Pertinencia Cultural
2. Paquetes de Trifoliares sobre la Maternidad Segura
2 Estudios, Conocimientos, Actitudes y Prácticas comunitarias sobre la maternidad

Costo Total: Q23,061.00

Ejemplo de Huerto de Plantas Medicinales para establecimiento de salud:

3 Ixbut
3 Manzanilla
3 Albahaca
3 Pimpinela
3 Ruda
3 Pericón
3 Alfalfa
3 Romero
3 Salvia Santa
3 Altamisa
3 Apazote

Costo de Plantas: Q327

Guía de capacitación (por ejemplar): Q25

Costo de percoladora para ofrecer té medicinal a la paciente: Q159

Malla para circular huerto (17 yardas): Q204

Costo Total: Q625.

7) CONCLUSIONES

a) Se identificaron cambios de actitud en el proveedor de salud, y en la actualidad la comadrona: tiene confianza de llevar a la paciente de parto en los servicios de salud, y en ausencia de la misma se permite el acompañamiento de familiar

b) En los 8 distritos que el programa de HPA y ANH acompañó, se ha logrado disminuir las frases discriminatorias con usuarios del servicio y actores del sistema de salud indígena

c) Al inicio del Proyecto, era evidente el desconocimiento y manejo de las normas de pertinencia cultural y del manual de parto vertical en servicios de salud; dicha situación ha mejorado, con mucho trabajo que hacer aún.

d) Se ha dado cumplimiento al propósito del proyecto para el beneficio de las usuarias de los servicios de salud, sin embargo no se alcanzó que en todos los centros de salud, CAP y CAIMI la atención es en el idioma materno.

e) En los 8 distritos de salud beneficiados con el proyecto HPA, cuenta con equipo de apoyo (Tablet) pero el personal de los servicios de salud no valora su alto nivel de utilidad, la Tablet no impactó como se esperaba, pero no se duda que es un excelente apoyo para brindar un servicio más humanizado.

f) Se ha logrado la incidencia en espacios originalmente no contemplados, de estudiantes de enfermería en Santa Lucia y Universidad Rafael Landívar en Quetzaltenango, entre otros.

g) Ha sido ventaja enorme tener un equipo técnico del Proyecto sensible a la realidad multicultural del país, además hablan el idioma materno de la población en donde les correspondió intervenir. Asimismo, se consideró el hecho de intervenir con población femenina, es por ello que el personal técnico de campo fue de sexo femenino.

h) No tuvimos como área de incidencia los hospitales, por lo que no se cuenta con elementos valorativos referente al nivel de respeto hacia los actores del sistema salud indígena.

i) Las comadronas que hablan español afirman, que se ha dicho que ellas sí les están atendiendo bien, pero no es en todos los casos. Al comentario del personal de MSPAS: “Aquí toda la gente habla español”, nuestra reacción como proyecto, es: No es cierto, porque conocemos la comunidad; y aunque la persona hable el español, tienen derecho de hablar su idioma.

8) RECOMENDACIONES

a) El MSPAS debe dar énfasis en implementar sus propias normas de pertinencia cultural en los servicios de salud, para aumentar la demanda de usuarias. Implica de igual manera financiar adecuadamente su Unidad de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas; y aclarar con su personal los indicadores del MSPAS para medir los avances.

b) Que el MSPAS fortalezca y monitoree el registro adecuado de etnicidad en los servicios de salud, mediante la capacitación de su personal.

c) Que el distrito de salud, en sus reuniones mensuales incluya técnicas participativas en los procesos de formación, para permitir el análisis y reflexión del personal en la atención oportuna y de calidad al usuario para prevenir la morbimortalidad materno infantil.

d) Incluir un espacio para la práctica de la costumbre (práctica espiritual) en los servicios de salud, para la práctica de valores de las comunidades; es importante resaltar de manera constante que es un derecho legítimo de los pueblos originarios.

e) Dar uso a las mantas en donde se encuentran dibujos referentes a las diferentes posiciones para la atención del parto vertical; de esta forma, las mujeres obtendrán mayor información previa a la experiencia de parto.

f) Desarrollar temas de fortalecimiento de la identidad y de autoestima, entre personal del MSPAS – por ejemplo, para superar resistencia al uso de traje indígena y su idioma en su servicio. Además, la sensibilización del personal del MSPAS sobre los procedimientos de acuerdo con la cultura Maya es imprescindible: Rasurar ofende la integridad de la señora, el manual dice solo en casos necesarios, pero lo hacen de forma rutinaria; conocer los motivos para las prácticas culturales (la entrega de la placenta a la familia, etc.) es necesario para un trato adecuado a la usuaria.

g) En concepto de abordaje de temas delicados, es recomendable tener comunicación en el idioma materno, es por ello que es mejor la relación con terapeuta.

h) Es importante que la educación popular se comparte en el sistema educativo, esto vendría a sensibilizar, entender y hacer llegar el mensaje de convivencia entre culturas. Debe enfatizarse el papel de la educación popular – y el uso de términos comprensibles, no técnicas – como parte de los derechos de la población a entender su situación de salud; y para disminuir la relación desigual de poder que actualmente existe entre personal médica y la población.

i) El personal médico en reuniones mensuales con Comadronas deben explicar los procedimientos de parto, lo ha hecho, pero hace falta profundizar y desarrollarlo con la paciencia necesaria, y más que todo, en el idioma materna.

9) REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

a) Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (2010). Departamento de regulación de los programas de atención a las personas. Normas con Pertinencia Cultural…hacia la interculturalidad.

b) Proyecto Derechos de Salud Reproductiva para Mujeres Indígenas y Marginadas de Centroamérica Proyecto Madres y Niños Mayas Quetzaltenango (2015). Voces de la Comunidad: Conocimientos, Actitudes, Prácticas y Demandas sobre La Salud Materna en Ocho Municipios Mayas de Guatemala

c) Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (2011). Manual de Adecuación Cultural del parto natural/vertical y sus distintas posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala.

d) Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (2015). Guía Operativa para el registro de autoidentificación de las personas en los servicios de salud.

HPA
Health Poverty Action
12 Avenida 5-09
Zona 3
Quetzaltenango
(502) 7767 3413
ssljuventudkiche@hotmail.com
www.healthpovertyaction.org

Asociación Nuevos Horizontes
19 Avenida A 11-44
Zona 3
Quetzaltenango
(502) 7767 6463
nuevosorizontes272016@gmail.com

LOTTERY FUNDED