

Mujeres indígenas se muestran reticentes a acudir a los centros de salud

Comadronas llevan a cabo importante labor

Que se respete el derecho a dar a luz en forma vertical, a la manera tradicional propia de los pueblos indígenas, es el primer avance significativo en la atención de partos en los centros sanitarios de Guatemala. Los protocolos del sistema nacional de salud están siendo revisados para que las mujeres puedan decidir cuál es la posición en la cual prefieren alumbrar a sus hijos. Mientras, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) da pasos para que se acondicionen las salas de parto y capacitar al personal sanitario. La medida es un primer paso en el reconocimiento de la calidad de la atención al parto ejercida desde las cosmovisiones mesoamericanas y la necesidad de integrarla al sistema local.

El trabajo de las comadronas ha resultado vital en el reconocimiento de la medicina de los pueblos indígenas de Guatemala y se constituye como un elemento fundamental dentro del proceso de coordinación entre las redes de salud tradicionales y el sistema sanitario oficial que actualmente se está dando en el país.

Diversas organizaciones reclaman que se garantice el acceso de las guatemaltecas a servicios de salud bien equipados y que estos sean respetuosos con su forma de vivir el embarazo y el trabajo del parto; y que además se reconozca la importante labor que ejercen de las comadronas, quienes se estima están asistiendo el 60% de los nacimientos en el país.¹

Si bien se reconocen los avances en el MSPAS para integrar los sistemas de salud, organizaciones como la Alianza Nacional de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva², demanda que se complemente su capacitación y se las incluya como parte de los servicios de salud reproductiva en todos los niveles de atención. La organización estima que dada la relevancia de su trabajo y la pertinencia cultural con la que lo ejercen, el Estado debería establecer un registro de estas profesionales, destinar una partida presupuestaria para reconocerlas económicamente y promover el intercambio de experiencias y las relaciones de respeto entre el personal sanitario formado en la medicina occidental y las terapeutas indígenas.

Con el fin de que el Ministerio tomase en consideración todas estas cuestiones, la Alianza presentó en junio del año pasado una propuesta de "Acciones prioritarias para la atención oportuna, con calidad y pertinencia cultural de la salud reproductiva de las mujeres indígenas de Guatemala". El MSPAS respondió con un programa inicial de actuación, bien valorado por las organizaciones de mujeres, pero quienes piensan que es necesario seguir trabajando en la construcción y revisión de los Planes Estratégicos y Operativos del Sistema.

Lourdes Xitumul, directora de la nueva Unidad de Salud de los Pueblos Indígenas, señala que se está avanzando en ello y que la normativa del parto vertical ya se está aplicando, de momento, en los centros de atención primaria y hospitales departamentales; mientras que en los hospitales de la ciudad o especializados, las mujeres aún no pueden elegir la postura en que se encuentren más cómodas para dar a luz.

Verónica Buch, coordinadora del Frente de Salud Infantil y Reproductivo de Guatemala (**FERSIGUA**) y secretaria de la Red de la Mujer Indígena por la Salud Reproductiva, explica que parte del trabajo para fortalecer las acciones del PSPAS debe ser el monitoreo de las nuevas disposiciones y las actividades de la Unidad de Pueblos Indígenas.

"Hay que ver que el plan de trabajo suscrito se cumpla, hacer un seguimiento de los nuevos procesos, aunque, en verdad, ahora no contamos con ningún financiamiento para llevar a cabo este trabajo", puntualiza **Buch**.

POR PILAR CRESPO

Las organizaciones se han propuesto también colaborar con el PSPAS en la formulación del Plan Estratégico de Salud para el 2011, y crear una plataforma transformadora en la disminución de la mortalidad materna.

Dar vida, un riesgo

La mortalidad materna es mucho más que un indicador epidemiológico y tal como se destaca en un informe del Centro por los Derechos Económicos y Sociales (**CESR**, por sus siglas en inglés) y el Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (**ICEFI**) constituye "uno de los barómetros más elocuentes de la vigencia en la práctica de los derechos humanos de la mujer y de las garantías mínimas que ofrece un Estado para salvaguardar el derecho a la salud y a la vida de sus ciudadanas".

Guatemala sigue a la cabeza de las naciones con los mayores índices de mortalidad materno infantil, y junto con Bolivia presenta las tasas más altas de toda América Latina. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en el país fallecen 290 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos, y que la mujer guatemalteca corre un riesgo veinte veces mayor que la costarricense de morir por causas relacionadas con la maternidad. El indicador guatemalteco de riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida es el peor de la región, con excepción de Haití y comparable al de la India.

La mortalidad materna es también un parámetro indicativo de exclusión social y cultural. En Guatemala las mujeres indígenas corren un riesgo tres veces mayor que las no indígenas de morir en el embarazo o el parto. Según datos del MSPAS, las tasa de mortalidad materna para las primeras es de 211, mientras que para las segundas es de 70 por cada 100 mil nacimientos. Las regiones del norte, noroccidente y suroccidente, de población mayoritariamente indígena y rural, son las que presentan los números más elevados.

Aunque no siempre se puede evitar la muerte de la mujer, esta se puede prevenir si se cuenta con un acceso adecuado a cuidados obstétricos de emergencia. Al igual que en otros países, una de las principales complicaciones que pueden presentarse durante el parto o inmediatamente después es la presencia de hemorragias. En Guatemala esta situación es la responsable del 59% de las muertes maternas, mientras que para el resto de América Latina esta cifra apenas sobrepasa en 20%. La ausencia de centros de emergencia y una red vial accesible, la no existencia de programas de bancos de sangre, el coste inasumible por parte de las familias de los servicios médicos y medios de transporte adecuados, y una situación de altitud geográfica son algunos de los factores que multiplican el riesgo de muerte materna por hemorragia.

Sin embargo, no se trata sólo de un problema de recursos. Una de las principales dificultades que presentan las mujeres indígenas para acceder en condiciones de igualdad a los servi-

cios de salud es el desconocimiento del idioma, lo cual favorece la desinformación y aumenta los riesgos, y el trato irrespetuoso o incluso vejatorio, en ocasiones, a las que son sometidas cuando acuden a los centros sanitarios. De hecho, dentro de los principales factores que exponen a la mujer a un alto índice de mortalidad, diversos estudios señalan la incapacidad de atenderlas con calidad y pertinencia cultural lo que hace que muchas mujeres indígenas se nieguen a acudir a los servicios públicos de salud durante el proceso de gestación, parto y posparto incluso cuando es necesario para garantizar sus vidas.

Un sistema que no las entiende

En Guatemala, las mujeres mayas, xincas y garífunas son discriminadas al no ser atendidas en su propio idioma y sentirse agredidas ante una atención deshumanizada, donde son frecuentes los gritos y regaños y no les permiten estar acompañadas de familiares u otras personas de confianza. Uno de los reclamos más habituales es que el personal médico realiza con poco cuidado y de manera generalizada algunos procedimientos médicos, acrecentando innecesariamente el dolor y exponiendo, en algunos casos, a la mujer a riesgos innecesarios como puede ser la realización sistemática de episiotomías o incisiones quirúrgicas³ a las que dan a luz por primera vez.

Claudia Sotz y Libny Per, dos jóvenes katchiqueles que trabajan con facilitadoras culturales en el hospital de Chimaltenango, explican que las mujeres se sienten violadas en su intimidad por la forma en que son expuestas constantemente en las instalaciones sanitarias. "Les quitan su ropa, por la cual luego se preocupan puesto que son prendas muy caras; y le dan unas batas abiertas por la espalda y el pecho, con la que se sienten muy vulnerables. Además, son revisadas continuamente por médicos o estudiantes varones, cuando generalmente ni delante de sus maridos se desnudan", explican las facilitadoras.

Dentro de la cosmovisión maya el parto es un "proceso frío" por lo que debe compensarse con un ambiente cálido, donde la mujer se encuentre abrigada y tenga acceso a bebidas calientes. Sin embargo, estos elementos, considerados importantes para asegurar el bienestar durante el trabajo del parto, no son tomados en consideración dentro de los centros sanitarios. Por ejemplo, para las familias mayas la placenta tiene un papel relevante y debe ser quemada y luego enterrada en un lugar apropiado para asegurar la adecuada recuperación de la madre y la salud del recién nacido. Esta práctica no es aceptada dentro de los protocolos de atención del sistema de salud.

Las comadronas y la cohesión social

En el área urbana, la mayoría de los partos son atendidos por la red del sistema nacional de salud, 41,6% de los casos, mientras que en los domicilios se atiende en promedio el 34% de los nacimientos. En el área rural esa tendencia se revierte por completo: siete de cada diez partos son atendidos por lo general por comadronas en las casas de las familias. (2)

Habitualmente se ha considerado que la comadrona es una mujer de la comunidad que ayuda a sus vecinas a la hora de dar a luz. Esta concepción es una de las principales razones que impiden la valorización de su labor y su complementación con los servicios ofrecidos por los centros hospitalarios, lo que sería fundamental para el bienestar físico y emocional de madres e hijos. El conocimiento y la experiencia de las abuelas comadronas han trascendido durante siglos mediante la tradición oral. El acompañamiento psicosocial que brinda esta terapeuta y los vínculos de confianza que se establecen entre las familias y ellas es determinante para lograr vínculos de cohesión social en las comunidades.

Juana Ajquejay Batz, tiene 45 años y lleva más de quince ayudando a nacer a niños y niñas en la zona de Patzicía. Relata que, siempre y cuando no haya ninguna complicación, el domicilio es siempre el lugar más adecuado para recibir a un nuevo miembro de la familia. "Las mujeres prefieren dar a luz en sus casas puesto que allí pueden preparar lo que es necesario y disponer de sus propias cosas; estar acompañadas por su madre y su esposo y tienen a sus otros hijos cerca, lo que les permite

estar tranquilas", comenta.

Ajquejay explica que su trabajo comienza con un control prenatal continuo, donde evalúa las condiciones de la casa y aconseja acerca de la adecuación del espacio y los enseres que serán necesarios durante el parto; trata de implicar al esposo en el proceso del embarazo, aconseja acerca de la alimentación y evalúa la posición y el crecimiento de la criatura dentro del vientre materno. Durante el trabajo del parto transmite seguridad y confianza a la mujer y le proporciona infusiones calientes de manzanilla, alucema y comino, que la ayudan a estar caliente y relajada lo que facilita que pueda empujar con fuerza.

La comadrona señala que cuando detecta una complicación en el proceso del parto, la primera dificultad reside en convencer a las familias de la necesidad de llevar a la mujer a un centro de salud; y la segunda que, cuando llegan al mismo, el personal sanitario le impide seguir acompañando a la parturienta. "Cuando llevas a la mujer y tratas de explicarle al médico lo que ocurre, él ni siquiera te escucha y además te responsabiliza de lo que ocurre, acusándote de que la mujer está mal porque tú la has manipulado", comenta. Un tipo de hechos que confirma la antropóloga **Robbie Davis-Floyds**, quien en varias de sus investigaciones ha señalado que "las agencias internacionales han tendido a echarle la culpa a las comadronas tradicionales de la mortalidad materna, cuando lo que realmente pasa es falta de transporte y maltrato cuando llegan al centro de salud" (Inforpress 1675).

Almeda Aguilar, coordinadora del Proceso de Trabajo de Comadronas a nivel nacional, un componente del PNSR, reconoce la existencia de este problema dentro del sistema nacional de salud, y afirma que se está trabajando tanto en la sensibilización del personal médico como en el fortalecimiento de las conocimientos y habilidades de las comadronas tradicionales a través de cursos de capacitación y la elaboración de materiales educativos.

El tema de la capacitación levanta, sin embargo, ciertas susceptibilidades. **Ajquejay** relata que ella ha podido fortalecer sus habilidades con cursos de enfermería auxiliar y obstetricia comunitaria, pero que no es lo habitual entre sus compañeras, a quienes se niega el acceso a escuelas formales de salud por no saber, en ocasiones, leer o escribir, o no disponer del grado de primaria o secundaria exigido por el Ministerio de Educación. "Mientras, están formando únicamente desde la óptica occidental, a chicas muy jóvenes, sin ningún tipo de experiencia, como enfermeras especialistas en obstetricia- parteras- y mandándolas a las comunidades", denuncian **Ajquejay** y **Boch**.

Aguilar destaca que el proceso de formación de estas parteras respondió a un momento puntual en el que, por falta de sensibilización hacia la medicina tradicional no parecía posible trabajar con las comadronas y que, en la actualidad, la voluntad política no solo apuesta por el fortalecimiento de sus capacidades, sino que busca la integración de estas terapeutas dentro del sistema nacional de salud. Un debate este último en el que existen grandes controversias (Inforpress 1841).

(1)Este porcentaje se eleva hasta el 90 o 95% en departamentos como Quiché o Alta Verapaz.

(2)La Alianza Nacional de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva jugó un importante papel en la reciente creación de la Unidad de Atención en Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MSPAS, que desde este año se encarga de modificar los servicios de salud para que sean adecuados con la cultura de las personas que acuden a ellos y fortalecer las prácticas de salud indígena (Inforpress 1841).

(3)Realización de una incisión quirúrgica en la zona del periné cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura. La episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está contraindicada por la Organización Mundial de la Salud.

(4)Encuesta Nacional de Condiciones de Vida: Principales resultados 2006. Instituto Nacional de Estadística, versión digital.