

Atención Prenatal en Areas Rurales de Cuatro Departamentos de Guatemala: Resultados de la Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar, 1995



a g o s t o 2 0 0 1

Atención Prenatal en Areas Rurales
de Cuatro Departamentos de
Guatemala:
Resultados de la Encuesta
Guatemalteca de Salud Familiar, 1995

Noreen Goldman¹
Dana A. Gleit¹
Anne Pebley²
Dr. Hernán Delgado⁴

Con la colaboración de:
Marion Carter¹
Alicia Bermúdez³
Dr. José Adán Montes⁴
Licda. Hilda Fanny Mejía⁴

agosto, 2001

Publicación INCAP DCE/074

¹ Office of Population Research, Princeton University, Princeton, New Jersey, U.S.A.

² School of Public Health, University of California at Los Angeles, Los Angeles, California, U.S.A.

³ Asesor, San José, Costa Rica

⁴ Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

Agradecemos profundamente el apoyo recibido para este proyecto de parte de NICHD (grants R01 HD27361, R01 HD31327 y P30 HD32030) y USAID (#HRN-A-00-97-000018-00) a través de UNC-CH (5-56127). Los hallazgos, opiniones y recomendaciones aquí expresados son de los autores, no necesariamente del UNC-CH o USAID. La Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar (EGSF) fue un proyecto conjunto entre RAND, la Universidad de Princeton, y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Agradecemos a Elena Hurtado, Marie Ruel, Hernán Delgado, y al personal del INCAP su colaboración con la encuesta. El trabajo de campo fue dirigido capablemente por Vinicio Ramírez y Beverly Weidmar Ocampo. También damos las gracias a Elena Hurtado, Betsy Armstrong, Jennifer Wheeler, Junio Robles, y Rachel Veerman por su valiosa asistencia y consejos con este manuscrito. Finalmente, nos gustaría agradecer a dos colegas cuya asistencia fue fundamental para la exitosa finalización de este manuscrito: Marion Carter, quien nos proporcionó ayuda invaluable en todas las etapas del manuscrito, y Alicia Bermúdez quien gentil y eficientemente tradujo el documento del inglés al español.

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	RESULTADOS	
	1. La Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar: Diseño de la Encuesta y Características de las Familias y las Comunidades	5
	2. Proveedores y Establecimientos	12
	3. Patrones de Atención Durante el Embarazo, Parto y Posparto	21
	4. Complicaciones Durante el Embarazo y Parto	28
	5. Prácticas en Cuanto a Referencias	31
	6. Motivación para Buscar Atención y Contenido de la Atención	35
	7. Calidad de la Atención Proporcionada por las Comadronas	41
III.	RESUMEN	47
IV.	DISCUSIÓN	49
	REFERENCIAS	51
	PUBLICACIONES BASADAS EN LA EGSF	55
	APÉNDICE I	56
	APÉNDICE II	59

I. Introducción

En el mundo mueren anualmente cerca de 600.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo. Más del 99 por ciento de ellas vive en países en desarrollo (WHO y UNICEF, 1996), donde otros 50 millones de mujeres sufren anualmente algún tipo de problema o complicación durante el embarazo (NRC, 1997). Estas cifras muestran grandes variaciones en la morbilidad y mortalidad materna entre países industrializados y países en desarrollo, siendo las tasas de algunos de los segundos hasta cien veces más altas que las de algunos de los primeros (Walsh et al., 1993).

Leedham (1985) estima que las comadronas o las parteras tradicionales atienden entre el 60 y el 80 por ciento de los nacimientos en los países en desarrollo y que con frecuencia son la única fuente de atención con que las mujeres cuentan durante su embarazo (Levitt & Minden, 1995). Datos más recientes señalan que cerca de la mitad de los partos en estos países son atendidos por personas sin educación formal o profesional en el campo de la salud (WHO, 1997). La mayoría de las mujeres en dichos países no tienen acceso a atención obstétrica, o no pueden costearla.

Este informe pretende describir y evaluar la atención prenatal que reciben las mujeres en Guatemala. Las tasas de mortalidad materna e infantil en este país se encuentran entre las más altas de América Latina. Estimaciones recientes ubican la mortalidad infantil en Guatemala en 43 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, y la materna en 190 defunciones por cada 100.000 partos (World Bank, 1999). La contribución proporcional de las primeras causas de muerte materna muestra a la hemorragia del parto como la primera causa (24%), retención placentaria en segundo lugar (15 %) y septicemia en tercero (11%) (OPS-OMS, en proceso). En zonas rurales, donde reside la mayor parte de la población, las tasas son aún mayores. La Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de 1995, encontró que para la primera mitad de los años 90, las zonas rurales tenían una mortalidad infantil de 56 por mil, en comparación con el 41 por mil de las áreas urbanas (INE et al., 1996).

Al igual que otros países en desarrollo, Guatemala ha puesto en marcha programas de capacitación e integración de las parteras tradicionales (más comúnmente conocidas como comadronas) al sistema formal de salud, en un esfuerzo por disminuir las muertes infantiles y maternas, así como otros problemas relacionados con el embarazo. Por décadas ha existido una asociación formal entre el Gobierno y las comadronas, quienes desde 1935 pueden obtener un permiso oficial para trabajar, y desde 1955 tienen la posibilidad de asistir a programas de capacitación especiales para ellas. Durante los años 80 el Ministerio de Salud de Guatemala adoptó las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el reconocimiento formal de las comadronas y su integración al sistema formal de salud (Acevedo y Hurtado, 1997; Leedham, 1985).

Un informe posterior (Putney & Smith, 1989) señala que a finales de los 80, cerca de un 70 por ciento de las comadronas guatemaltecas había recibido capacitación, hecho que sugiere una difusión importante de dichos programas. Sin embargo, la calidad de los mismos ha sido fuertemente criticada (Cosminsky, 1982; Greenberg, 1982; Putney & Smith, 1989; Lang & Elkin, 1997). A pesar del incremento en el uso de la atención pública y privada de salud, Guatemala continúa teniendo una tasa de utilización de los servicios de salud prenatal más baja que otros países de América Latina. Las comadronas se mantienen como las principales proveedoras de atención durante el embarazo y parto de las mujeres guatemaltecas, especialmente en las zonas rurales y entre las indígenas (INE et al., 1996; Pebley et al., 1996).

Este informe describe diferentes aspectos de la atención que reciben las mujeres de la Guatemala rural durante su embarazo y parto, basándose para ello en una encuesta de salud materno infantil. Un aspecto importante del estudio es determinar hasta qué punto se han integrado las comadronas al sistema formal de salud. Un objetivo aún es el evaluar la calidad de atención proveída por las comadronas guatemaltecas. Los datos presentados en este informe se basan en la *Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar* (EGSF), la cual fue diseñada para analizar las enfermedades infantiles, los problemas enfrentados por las mujeres durante el embarazo y la utilización de los servicios de salud. La información se obtuvo a través de entrevistas a mujeres sobre sus embarazos más recientes y entrevistas a los proveedores de la atención durante el embarazo, tanto profesionales del sistema formal como otro personal tradicional (comadronas).

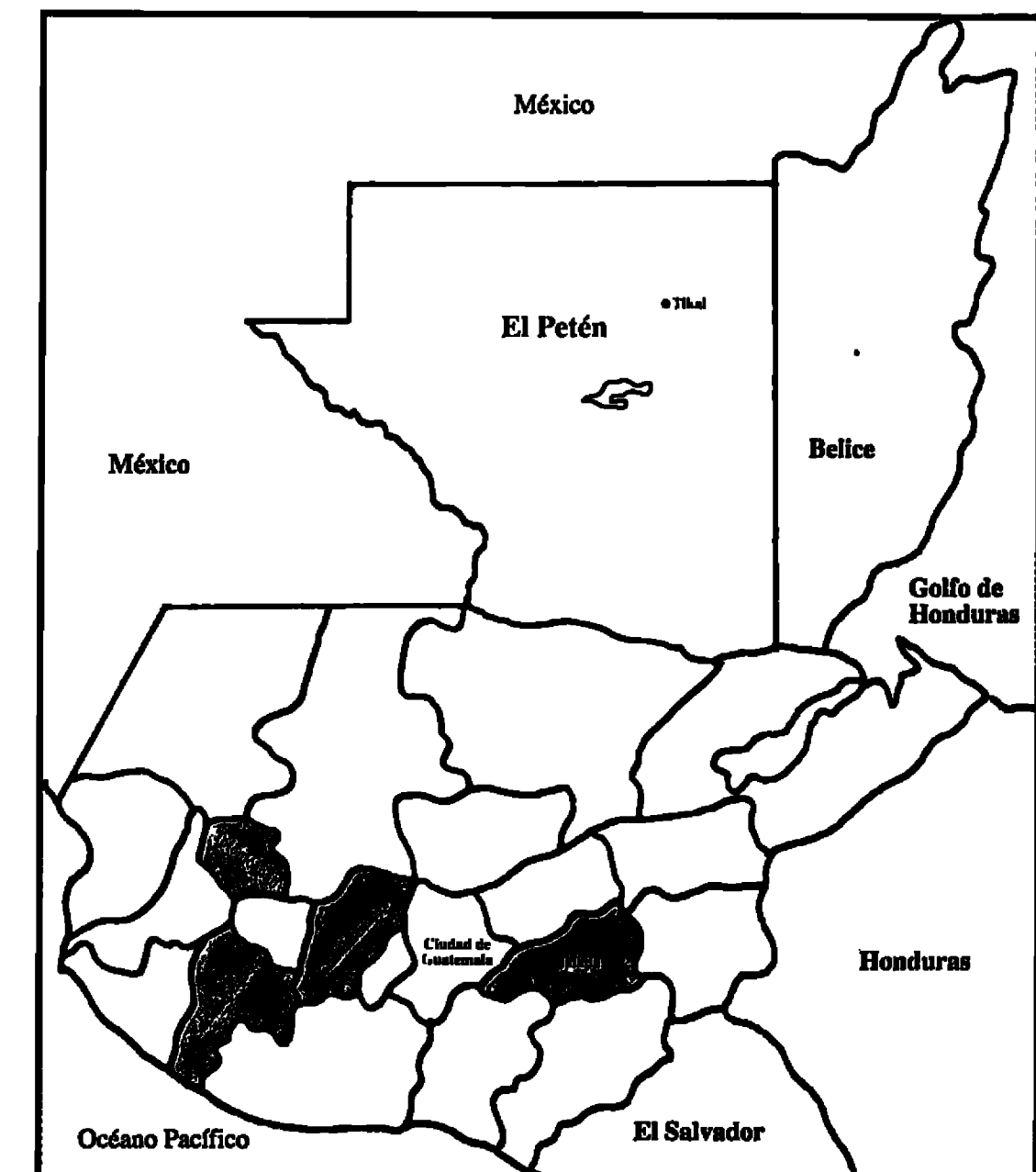
II. Resultados

1. La Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar (EGSF): Diseño de la Encuesta y Características de las Familias y las Comunidades

Diseño de la Encuesta

La EGSF se llevó a cabo entre mayo y octubre de 1995, en 60 comunidades rurales de cuatro departamentos de Guatemala: Chimaltenango, Jalapa, Suchitepéquez, y Totonicapán (ver Figura 1.1). La selección de los departamentos se hizo de modo tal que permitiera diversidad en el trasfondo étnico, idiomático, y socio-económico. La muestra se seleccionó en dos etapas: la primera consistiendo en escoger 15 comunidades al azar de cada uno de los cuatro departamentos, para un total de 60 comunidades. En la muestra se incluyeron únicamente comunidades rurales pequeñas—que contienen entre 100 y 1800 viviendas—y no se tomaron en cuenta las pocas comunidades indígenas (Poqomam) de Jalapa. Las comunidades fueron seleccionadas con probabilidad proporcional al tamaño de la población, para obtener muestras autoponderadas dentro de cada departamento. Sin embargo, la muestra no es autoponderada entre departamentos, ya que los tamaños de muestra son aproximadamente iguales en los cuatro, a pesar de que el tamaño real de la población rural varía considerablemente de uno a otro.¹

Figura 1.1 Mapa de Guatemala Indicando los Departamentos Incluidos en la EGSF



Fuente: Hooks, M. (1993). *Guatemala Women Speak*. Washington, D.C.: The Ecumenical Program on Central America and Caribbean (I-PICA).

¹Debido a que la muestra no es autoponderada entre departamentos, los promedios y proporciones basados en el total de la muestra no representan ninguna población específica. Se pueden obtener estimaciones ponderadas, utilizando el tamaño aproximado de la población rural de las comunidades en los cuatro departamentos (ver Peterson et al 1997, p.7). Las estimaciones para un departamento en particular no necesitan ponderación. Son representativas de la población rural (definida como aquella viviendo en comunidades que tenían entre 100 y 1800 viviendas) de ese departamento en particular.

En la segunda etapa se escogieron 100 viviendas al azar de cada una de las 60 comunidades. Entre estas viviendas, 4.787 completaron una lista; la mayoría de la no-respuesta se debió a casas desocupadas. Se identificó a todas las mujeres entre 18 y 35 años que vivían en estas viviendas y se les invitó a participar en las entrevistas individuales. La muestra total fue de 2.872 mujeres entre 18 y 35 años de edad, aproximadamente 50 en cada una de las comunidades. La tasa general de respuesta en la encuesta fue del 89 por ciento. En el Apéndice I y en Peterson et al. (1997) puede encontrarse información adicional sobre el plan de muestreo.

Las entrevistas individuales se realizaron en español, k'iché y kaqchikel, según la preferencia de la entrevistada. Se cubrió gran variedad de temas, incluyendo los antecedentes de la entrevistada, salud materno-infantil, nivel socioeconómico de la familia y creencias de las mujeres sobre la salud. El tiempo promedio de cada entrevista fue de 74 minutos. El Cuadro 1.1 presenta un resumen de la información contenida en las entrevistas individuales.

Cuadro 1.1 Información Recolectada en el Cuestionario Individual de la EGSF

Sección	Información Recolectada
A. Características del Hogar y la Vivienda	Materiales de construcción y condiciones sanitarias de la vivienda Bienes de consumo duraderos del hogar Acceso al agua y al transporte
B. Datos Generales de la Entrevistada	Edad Etnicidad/idioma Religión Residencia previa Uso de televisión/radio; lectura de periódicos Educación/alfabetización
C. Historia de Nacimientos	Historia completa de nacimientos vivos y de mortalidad infantil Si actualmente está embarazada Historia de pérdidas y mortinatos Control prenatal durante el embarazo actual y embarazos terminados en mortinatos
D. Atención Prenatal y Durante el Parto	Para los dos últimos nacidos vivos desde enero de 1990: Calendario de problemas/proveedores de salud/personas consultadas/remedios caseros durante el embarazo Datos detallados sobre proveedores de salud durante el embarazo Problemas y atención del parto y posparto Problemas antes del parto Peso al nacer; problemas neonatales y atención después del nacimiento Inmunización Causas de mortalidad del bebé Lactancia/suplementación
L. Salud de los Niños	Para los dos niños más jóvenes nacidos desde enero de 1990: Calendario de 2 semanas de diarrea y síntomas respiratorios/proveedores de salud/personas consultadas/remedios caseros Datos detallados sobre proveedores de salud/personas consultadas/remedios caseros Causas de enfermedades; Estado general de salud
F. Uso de Anticonceptivos	Uso en alguna oportunidad y uso actual
G. Nupcialidad	Estado civil actual Fechas de la primera y la última unión Datos generales del esposo o pareja
H. Apoyo Social	Contacto con parientes (padres, suegros, hermanos y cuñados) Ayuda recibida de parientes Toma de decisiones con el esposo/pareja Ayuda recibida del esposo/pareja
J. Creencia sobre Salud	Creencias sobre las causas/tratamientos de enfermedades Uso real e hipotético de diferentes proveedores de salud
K. Estructura de la Comunidad	Percepciones del estado económico de la comunidad Participación de la entrevistada y de miembros de la familia en actividades en la comunidad durante los últimos 5 años
L. Situación Económica	Seguros de salud para miembros del hogar Historia laboral y de ingreso durante las últimas dos semanas para la entrevistada y su esposo/pareja Actividades económicas durante el año pasado Propiedad de la casa y tierra Gasto de la familia (consumos)
M. Observación	Características de la vivienda Presencia de otras personas durante la entrevista Calidad de las respuestas y problemas encontrados

En cada comunidad se realizó también una encuesta comunal que incluyó entrevistas a informantes claves y a proveedores de salud. Los tres informantes claves (el alcalde, una mujer líder y otra persona no líder pero que conocía bien la comunidad) proporcionaron información sobre la comunidad y un listado de los proveedores y los establecimientos de salud en un entorno de 20 kilómetros alrededor de la comunidad. Estos listados se consolidaron para formar un censo de proveedores y establecimientos de salud en cada comunidad.

Utilizando estos censos se seleccionaron al azar cinco clases de proveedores en cada comunidad: la persona a cargo del puesto o centro de salud más cercano (o algún otro funcionario si no se ubicaba al encargado), un médico, una comadrona, y otros dos proveedores, incluyendo los no biomédicos como curanderos, hierberos, espiritistas y otros. Se usaron tres cuestionarios diferentes en estas entrevistas, según la clase de proveedor: (1) médicos privados;² (2) personal del puesto o centro de salud; y (3) comadronas y otros proveedores. Los cuestionarios para la última categoría incluyen secciones diferentes para los que atienden a las mujeres embarazadas y para aquellos que ofrecen otras formas de tratamiento. Los cuestionarios para las comunidades y proveedores fueron completadas únicamente en español. El Cuadro 1.2 resume la información recolectada con cada clase de cuestionario incluido en la EGSF, así como el tamaño de la muestra.³

Cuadro 1.2 Resumen de los Datos Recolectados, EGSF (1995)

Cuestionario	Información Recolectada	Número de Entrevistas
Registro del hogar	Lista de miembros, relación con el jefe de hogar, edad, educación	4792
Antropometría	Peso y altura de los niños nacidos después del 1/90 Peso y altura de la madre	3270 niños 2688 mujeres
Mujeres	Ver Cuadro 1.1	2872
Informantes claves	Actividades económicas, salarios en agricultura e industria, bancos, servicios, transporte, agua, sanidad, eventos importantes, costo de los productos, migración, censo de proveedores en 20 Km	180
Centros y puestos de salud	Clase y entrenamiento de los empleados, horas, idiomas, disponibilidad de laboratorio y farmacia, electricidad, agua y sanidad, clase de pacientes, tarifas y pagos, servicios ofrecidos y costo, referencias según clase de enfermedad, equipo y medicinas disponibles, ganancias	48
Médicos privados	Similar al cuestionario para centros y puestos de salud	27
Otros proveedores	Clase de proveedor, entrenamiento, lenguaje, duración del tratamiento, facilidades, electricidad, agua, clase de pacientes, tarifas y pagos, frecuencia del tratamiento/cuidado ofrecido (para mujeres embarazadas y otros), frecuencia de los problemas, referencias, ganancias	169 66 comadronas

²Cuando se hace referencia a médicos en este documento, en general se trata de médicos privados. En la EGSF, algunas preguntas especificaban “doctores privados”, en tanto que otras solamente utilizaban el término “doctores”. En este documento deseamos mantener la terminología empleada en los cuestionarios.

³También este proyecto incluye entrevistas cualitativas y grupos focales, que se ejecutaron en cuatro comunidades rurales en 1994. Sin embargo, este informe se basa únicamente en datos de la EGSF. Los resultados de las entrevistas cualitativas pueden encontrarse en: Acevedo & Hurtado, 1997; Pebley et al., 1999; Carter, 1999.

Información Sobre Atención Durante el Embarazo

Casi toda la información utilizada en este informe se obtuvo de las entrevistas hechas a las mujeres y a los proveedores (médicos, personal de los puestos o centros de salud y comadronas). Las estimaciones de acceso a los proveedores y de características de las comunidades se basan en las entrevistas a los informantes claves.⁴ Los datos de las mujeres provienen de madres que habían tenido al menos un nacido vivo entre enero de 1990 y la fecha de la entrevista en 1995. Se les preguntó sobre control prenatal y asistencia en el parto para los dos nacimientos más recientes ocurridos entre 1990 y 1995. Se obtuvo información para 3.350 nacimientos de 2.020 mujeres. Para cada nacimiento, se les preguntó a las madres sobre complicaciones y atención recibida de distintos proveedores durante cada mes del embarazo, y la información se registró en un cuadro tipo calendario (mostrado en el Apéndice II). Además, para cada proveedor mencionado por las madres, se preguntó la razón por la que lo habían visitado, cuántas veces lo (a) visitó durante el embarazo, y si el proveedor le había dado algunos tratamientos o procedimientos específicos durante esas visitas. Finalmente, se les hizo una serie de preguntas relacionadas con el parto y el período posparto (el puerperio). Los cuestionarios completos utilizados en las entrevistas individuales, así como los de los informantes claves y los proveedores, pueden verse en Pbley y Goldman (1997).⁵

Características de las Familias y las Comunidades en la Muestra

En el Cuadro 1.3 se presentan por departamento, algunas características de las 2.020 mujeres que tuvieron al menos un nacido vivo desde enero de 1990, y de sus familias. Como puede verse en la primera sección del Cuadro 1.3, la etnicidad y el idioma están fuertemente asociados con el departamento. Por ejemplo, casi tres cuartas partes de las madres ladinas⁶ en la muestra viven en Jalapa.⁷ En Suchitepéquez, 28 por ciento de las madres son ladinas y el resto indígenas (kaqchikel), casi todas hablan español. La mayoría de las madres indígenas de Chimaltenango (kaqchikel) pueden hablar español, a comparación de Totonicapán (k'iché) donde únicamente cerca de la mitad lo hace.

Cuadro 1.3 Características de las Madres y las Familias, por Departamento

Total	Jalapa	Suchitepéquez	Chimaltenango	Totonicapán	
	(n=2,020)	(n=510)	(n=516)	(n=495)	(n=499)
MADRES					
<u>Etnicidad/Idioma*</u>					
Ladina (%)	35.0	100.0	28.0	9.3	1.0
Indígena que habla español (%)	51.9	0.0	70.8	83.0	54.9
Indígena que no habla español (%)	13.1	0.0	1.2	7.7	44.1
Último grado aprobado (promedio)	2.3	2.4	2.6	3.0	1.3
Puede leer un periódico (%)	58.1	60.0	58.3	71.7	42.3
<u>Actividad más frecuente en las últimas 2 semanas</u>					
Agricultura (%)	8.9	1.8	4.3	18.4	11.8
Negocios/Comercio (%)	20.6	11.8	10.1	32.1	29.7
Construcción/otro (%)	5.5	5.1	4.7	9.9	2.3
Tareas del hogar/desempleada/estudiante (%)	65.0	81.3	80.9	39.5	56.2
<u>Estado Civil</u>					
Casada (%)	67.2	57.8	58.4	81.1	72.2
Unida (%)	25.4	33.9	32.4	11.9	22.7
Separada/divorciada/viuda (%)	4.8	5.3	6.8	4.3	2.9
Soltera %	2.5	2.9	2.3	2.7	2.2
Tiene seguro médico (%)	4.0	4.9	8.1	2.4	0.4
ESPOSOS/COMPAÑEROS					
<u>Etnicidad/Idioma*</u>					
Ladino (%)	34.5	100.0	26.2	9.2	0.9
Indígena que habla español (%)	63.5	0.0	73.1	89.7	93.0
Indígena que no habla español (%)	2.0	0.0	0.6	1.1	6.1
Último grado aprobado (promedio)	3.4	2.8	3.5	4.5	2.6
<u>Actividad más frecuente en las últimas dos semanas</u>					
Agricultura (%)	57.1	75.8	54.2	61.6	36.8
Negocios/comercio (%)	18.3	5.4	14.8	5.6	47.6
Construcción/otro (%)	22.0	15.6	29.1	29.7	13.3
Tareas del hogar/desempleado/estudiante (%)	2.6	3.2	2.0	3.1	2.2
FAMILIAS					
Consumo mensual per-cápita por hogar (Q)	(n=2,020) 23.2	(n=510) 26.0	(n=516) 25.2	(n=495) 21.0	(n=499) 20.4
Consumo mensual por hogar (Q)	139.6	150.4	151.3	125.4	130.0
<u>Propiedades</u>					
Ninguna (%)	23.3	17.0	43.3	27.8	3.3
Menos de cinco hectáreas (%)	75.2	78.9	55.6	72.2	95.7
Cinco hectáreas o más (%)	1.5	4.1	1.1	0.0	1.0
Piso de tierra en la casa	64.8	75.8	55.0	51.5	77.3
Agua de chorro (%)	56.9	41.8	45.5	83.6	57.7
Inodoro dentro de la casa (%)	8.8	9.0	16.3	9.1	0.4
Electricidad (%)	51.1	25.9	30.0	85.2	65.3
Carro/pick-up (%)	7.6	7.4	5.4	11.7	5.8
Teléfono (%)	0.4	0.2	0.8	0.2	0.4

*A las entrevistadas en Jalapa no se les hizo la pregunta de etnicidad o idioma; todas se codificaron como ladinas. Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995)

La mujeres tienen, en promedio, poca educación formal (2.3 años), y únicamente 58 por ciento de ellas puede leer un periódico. Estimaciones basadas en las actividades que realizaron durante las dos semanas previas a la entrevista, señalan que cerca de dos terceras partes de las madres (65 por ciento) no forman parte de la fuerza de trabajo remunerada. Solamente cuatro por ciento tiene algún tipo de seguro de salud.⁸

⁴Las estimaciones basadas en respuestas de los informantes claves se obtuvieron promediando las respuestas de los tres informantes en cada comunidad para respuestas cuantitativas o seleccionando la más frecuente en respuestas cualitativas.

⁵Información sobre como obtener los datos de la EGSF y la documentación relacionada puede obtenerse en la siguiente dirección electrónica: <http://www.rand.org/1141EGSF>.

⁶Ladina es un termino usado en Guatemala para referirse a la población no indígena, ya sea esta mestiza o blanca.

⁷A las entrevistadas del departamento de Jalapa no se les indagó su etnicidad porque la pregunta podría incomodar a las entrevistadas; todas las entrevistadas fueron codificadas como ladinas.

Los esposos o compañeros indígenas hablan más español que ellas. Los hombres tienen, en promedio, un año más de educación que sus esposas o compañeras. Más de la mitad de los hombres trabaja en la agricultura.

Las familias en estas zonas cuentan con pocos recursos. En la EGSF se les preguntó a las entrevistadas si los miembros de la familia habían comprado, cosechado, producido o recogido una lista de 40 productos comestibles o de primera necesidad durante los siete días previos a la entrevista. Con esta información Gragnolati (1998) estimó una medida de consumo mensual per-cápita del hogar.

Esta medida de consumo estima los recursos disponibles mejor que el ingreso, dado que está menos sujeto a fluctuaciones de corto plazo y al hecho de que tiende a ser registrado en forma más exacta, especialmente en comunidades agrícolas donde la comida puede ser producida y consumida dentro de cada hogar (Deaton, 1989; Montgomery et al., 2000). El consumo promedio es bajo entre las familias de la EGSF, aproximadamente 23 quetzales mensuales por persona en el hogar.⁹ A pesar de la importancia de la agricultura, pocas familias poseen cinco o más hectáreas de tierra (7.14 manzanas), cantidad definida por la ley agraria del vecino país de Honduras como el mínimo de tierra irrigable en que una familia puede subsistir (Valverde et al., 1977). La mayoría de las familias vive en casas con piso de tierra y menos de un 10% tienen un inodoro adentro de la casa. Únicamente cerca de la mitad disponen de agua de chorro y electricidad; solo unos pocos poseen un carro o pick-up y prácticamente nadie tiene teléfono.

Cuando se analiza el acceso a las 60 comunidades incluidas en la muestra, medido según distancia a la capital y disponibilidad de transporte público, el Cuadro 1.4 indica que las comunidades de Totonicapán son, en promedio, las más remotas. La mayoría de las comunidades tiene agua entubada, pero solamente una cuarta parte de ellas posee alcantarillado. A los informantes claves se les hizo una serie de preguntas tendientes a indagar la proporción de familias involucradas en ciertas actividades económicas. Las respuestas muestran que en casi todas las comunidades, más de la mitad de las familias trabaja en la agricultura. Muchas familias en Suchitepeque¹⁰ trabajan en fincas comerciales y en cerca de una cuarta parte de las comunidades de Chimaltenango y Totonicapán, más de la mitad de las familias produce artículos o alimentos para la venta. Al preguntar sobre la migración de residentes de las comunidades hacia fincas comerciales o otros lugares de Guatemala, se encontró que en cerca del 30 por ciento de las comunidades, dicha migración era frecuente. Además, en 23 por ciento de las comunidades los residentes migraban hacia otros países, especialmente los Estados Unidos. En 39 por ciento de las comunidades es frecuente que las familias reciban dinero de esos emigrantes que viven fuera del país.

⁹La medida excluye gastos menos frecuentes como cosméticos, transporte, vestido, gastos médicos y celebraciones.

Cuadro 1.4 Características de las Comunidades^a, por Departamento (Porcentajes)^b

	Total	Jalapa	Suchi- tepéquez	Chimal- tenango	Totoni- capán
Población de la comunidad					
Menos de 1,000	27.6	28.6	26.7	46.7	7.1
1,000 a 2,999	39.7	50.0	40.0	20.0	50.0
3,000 a 10,000	32.8	21.4	33.3	33.3	42.9
Distancia ^c a la Ciudad de Guatemala (en Km.)	150.4	165.6	155.4	81.9	198.9
Servicio de buses y carreteras transitables todo el año	33.3	40.0	33.3	53.3	6.7
Agua entubada	76.7	73.3	46.7	100.0	86.7
Sistema de desagüe/alcantarillado	26.7	26.7	33.3	33.3	13.3
Agricultura es una actividad importante ^d	91.7	100.0	73.3	93.3	100.0
Trabajo en fincas comerciales es una actividad importante ^d	15.0	0.0	46.7	13.3	0.0
Producir artículos para la venta es una actividad importante ^d	11.7	0.0	0.0	26.7	20.0
Trabajo en fábricas es una actividad importante ^d	5.0	0.0	6.7	6.7	6.7
Migración hacia las fincas comerciales es frecuente	31.7	33.3	80.0	13.3	0.0
Migración hacia otro lugar de Guatemala es frecuente	26.7	0.0	53.3	20.0	33.3
Migración hacia otros países es frecuente	23.3	20.0	26.7	6.7	40.0
Recibido de giros es frecuente	38.9	33.3	64.3	6.7	53.3
Número de comunidades	60	15	15	15	15

^aLas estimaciones basadas en las entrevistas con informantes claves se obtuvieron de la siguiente forma: para respuestas categóricas se usó el valor más frecuente, si no lo había, el valor mediano (si la escala era ordinal) o la respuesta del alcalde o la persona que hubiera vivido más tiempo en la comunidad.

^bExcepto la distancia a la ciudad de Guatemala.

^cLa distancias se miden en la ruta más conveniente, no necesariamente la más corta.

^dA los informantes claves se les preguntó la proporción de las familias en la comunidad que realizaban ciertas actividades laborales. Si la mayoría de las familias participaba en una actividad, esta se clasificó como una actividad importante de la comunidad.

Fuente: Entrevistas con informantes claves en la EGSF (1995). Los datos sobre población de la comunidad se tomaron de fuentes externas y la distancia de las capitales municipales hasta la ciudad de Guatemala la proporcionó el *Instituto Geográfico Nacional*.

II. Resultados

2. Proveedores y Establecimientos

Sistema de Atención de la Salud

El sistema de atención de la salud en Guatemala se define a menudo como pluralístico, a causa de la coexistencia y uso concurrente de prácticas biomédicas y tradicionales (Cosminsky & Scrimshaw, 1980; Pehley et al., 1996). Las diferencias entre dichas prácticas se han hecho menos tangibles en épocas recientes, conforme los proveedores tradicionales adoptan más los procedimientos biomédicos y utilizan con mayor frecuencia medicamentos occidentales, tendencia que también se observan en el resto de los países en desarrollo. En Guatemala las comadronas son quienes con mayor frecuencia ofrecen la atención relacionada con el embarazo, y generalmente son muy respetadas dentro de sus comunidades. Desde tiempos prehispánicos han ofrecido a las mujeres cuidado durante el embarazo, parto y posparto. Sin embargo, las mujeres guatemaltecas muestran una tendencia a buscar cuidado biomédico con mayor frecuencia, que en el pasado, continuando también con sus visitas a las comadronas. La atención biomédica se ofrece en los servicios de salud del gobierno (puestos y centros),¹⁰ que proporcionan consulta gratis o por un costo nominal a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Las cifras más recientes estiman que en Guatemala hay 857 puestos y 254 centros de salud (MSPAS, 1999). Además, el MSPAS recluta y capacita a trabajadores de salud voluntarios en las comunidades, conocidos como promotores de salud. También puede obtenerse atención biomédica de médicos privados y ocasionalmente de enfermeras profesionales. Los médicos, y especialmente los hospitales, tienden a concentrarse en las áreas urbanas. Mientras que los hospitales del gobierno proveen cuidado sin costo alguno, los privados tienden a ser extremadamente caros. Cerca de un 17 por ciento de los guatemaltecos están inscritos en el IGSS (Instituto Guatemalteco de Seguro Social), un programa de salud que opera sus propias clínicas y es pagado por el gobierno y los patronos (PAHO, 1998). Guatemala en su totalidad, tiene la capacidad institucional para proporcionar servicios médicos a únicamente 20 por ciento de las mujeres que dan a luz (Schieber y Delgado, 1993).

Programas de Capacitación para Comadronas

En Guatemala los programas de capacitación para las comadronas empezaron en 1955, y desde esa fecha han sido modificados varias veces. Las comadronas que no han recibido la capacitación tienen prohibición legal para ejercer la práctica (Cosminsky, en proceso; Greenberg, 1982), aunque en la realidad lo continúan haciendo (Hurtado & Sáenz de Tejada, en proceso). El programa de capacitación actual lo ejecuta el Ministerio de Salud. Este tiene una duración de 15 días (8 horas diarias) y es dictado por una enfermera con al menos un año de educación en enfermería.¹¹ Estos programas están diseñados para: enseñar a las comadronas higiene general y cuidado básico durante el embarazo; motivarlas para que remitan todas las mujeres embarazadas al centro o puesto de salud para vacunación contra el tétano, exámenes prenatales y seguimiento posparto; e instruir las para que reconozcan y refieran los casos de embarazos de alto riesgo o complicaciones a un médico u hospital (Cosminsky, 1977; Putney & Smith, 1989). Como parte de estos esfuerzos, los programas de capacitación frecuentemente condenan ciertas prácticas tradicionales (como uso de temascal, masajes, remedios de hierbas) y motivan la adopción de otras prácticas biomédicas en su lugar (Cosminsky, 1982; Greenberg, 1982; Putney & Smith, 1989). Algunas comadronas que ya han recibido el curso tienen acceso a capacitación adicional, consistiendo de reuniones mensuales en el centro de salud y una capacitación de tres días, la cual es sujeta a disponibilidad de financiamiento (Lang & Elkin, 1997). Algunas agencias no gubernamentales e internacionales también ofrecen cursos de capacitación, adicionales a los dictados por el Gobierno.

¹⁰ Los centros de salud se ubican en las capitales municipales, comúnmente están dirigidos por un médico, y algunas veces cuentan con facilidades para internamiento de los pacientes. Por otro lado, los puestos de salud se encuentran en comunidades pequeñas, frecuentemente son administrados por un auxiliar de enfermería, un técnico de salud rural, o un estudiante de medicina, y ofrecen servicios limitados. A diferencia de las enfermeras profesionales que tienen un grado universitario, las auxiliares de enfermería tienen poca capacitación, generalmente de 8 a 10 meses además de una educación formal de nueve años. En los centros y puestos de salud normalmente no se atienden partos.

¹¹ Aunque oficialmente las responsables de la capacitación son enfermeras profesionales, en la mayoría de los casos lo llevan a cabo auxiliares de enfermería con poca experiencia en parto (Hurtado y Sáenz de Tejada, en proceso).

Los programas de capacitación de comadronas han sido objeto de muchas críticas (Cosminsky, 1982; Greenberg, 1982; Putney & Smith, 1989; Lang & Elkin, 1997). Se les ha considerado muy didácticos, tediosos, demasiado complicados e inapropiados para mujeres mayores, rurales y generalmente analfabetas. Además, las enfermeras que los conducen tampoco poseen la mejor preparación en cuanto técnicas de enseñanza, generalmente no hablan la lengua indígena, y tienden a desautorizar a las comadronas. Se les ha criticado también porque utilizan modelos urbanos muy occidentales, los cuales (1) emplean métodos de enseñanza culturalmente inapropiados; (2) promueven el uso de procedimientos que son poco prácticos en el medio en que trabajan las comadronas, particularmente para partos en casa (v.gr. esterilización de tijeras con agua hirviendo); y (3) desmotivan, o incluso condenan, prácticas tradicionales que no tienen efectos negativos y pueden tener algunos positivos (v.gr. parto en posición erguida y no supina o cauterización del cordón umbilical en vez de usar tijeras esterilizadas). También se ha cuestionado la efectividad de las sesiones de refuerzo de la supervisión y capacitación (Putney & Smith, 1989).

Accesibilidad a los Servicios y Costo de los Proveedores

El Cuadro 2.1 muestra la disponibilidad de los servicios de atención en el embarazo, tradicionales y biomédicos, en las 60 comunidades de la EGSE. Los resultados se basan en la información suministrada por los informantes claves sobre la presencia de diferentes clases de proveedores y establecimientos en la comunidad, o en un radio de 20 Km. de la misma, y el tiempo que se tarda en llegar desde el centro de la comunidad hasta el proveedor.¹² Los resultados indican que todas comunidades tienen una comadrona cerca, generalmente dentro de la comunidad. Por otro lado, los servicios biomédicos son mucho menos accesibles. Solamente 40 por ciento de las comunidades tienen un centro o puesto de salud¹³ y solo cerca de una quinta parte de las mismas cuentan con un médico que atiende a mujeres embarazadas. Únicamente en cerca de la mitad de las comunidades se puede encontrar un médico a menos de una hora de viaje. Los hospitales son aún menos accesibles: solamente una cuarta parte de las comunidades pueden acceder a un hospital público en menos de una hora de viaje. Casi la mitad de las comunidades no cuenta con un proveedor o establecimiento biomédico.¹⁴

¹² El tiempo de viaje se calculó: (1) tomando la forma más barata de viajar reportada por los informantes claves de cada comunidad (v.gr. a pie, en bus), y (2) promediando el tiempo de viaje reportado para esa forma de viajar en cada comunidad.

¹³ No se presentan estimaciones separadas para centros y puestos de salud porque algunos de los informantes claves de las comunidades aparentemente identificaron estos establecimientos de forma incorrecta.

¹⁴ Esta estimación excluye farmacias porque ofrecen muy poco medicamento relacionado con el cuidado por embarazo.

Cuadro 2.1 Porcentaje de Servicios de Salud Disponibles Dentro o Cerca de la Comunidad, por Departamento

	Total	Jalapa	Suchi- tepèquez	Chimal- tenango	Totoni- capàn
Comadrona					
En la comunidad	96.7	100.0	93.3	93.3	100.0
Hasta 1 hora de viaje	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Centro o Puesto de Salud					
En la comunidad	41.7	26.7	53.3	60.0	26.7
Hasta 1 hora de viaje	88.3	80.0	93.3	100.0	80.0
Enfermera que Atiende Mujeres Embarazadas^a					
En la comunidad	6.7	13.3	6.7	0.0	6.7
Hasta 1 hora de viaje	8.3	13.3	6.7	0.0	13.3
Médico que Atiende Mujeres Embarazadas^a					
En la comunidad	21.7	20.0	26.7	26.7	13.3
Hasta 1 hora de viaje	53.3	60.0	60.0	53.3	40.0
Clínica IGSS					
En la comunidad	1.7	0.0	0.0	6.7	0.0
Hasta 1 hora de viaje	28.3	13.3	40.0	13.3	46.7
Clínica Privada					
En la Comunidad	26.7	20.0	40.0	26.7	20.0
Hasta 1 hora de viaje	55.0	53.3	66.7	46.7	53.3
Hospital Público					
En la Comunidad	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Hasta 1 hora de viaje	25.0	6.7	26.7	33.3	33.3
Hospital Privado					
En la comunidad	5.0	0.0	13.3	6.7	0.0
Hasta 1 hora de viaje	21.7	6.7	26.7	26.7	26.7
Disponibilidad de Servicios Biomédicos					
Algún servicio biomédico en la comunidad	51.7	33.3	60.0	66.6	46.7
Algún servicio biomédico dentro de hasta una hora de viaje	91.7	80.0	100.0	100.0	86.7
Número de comunidades	60	15	15	15	15

Nota: El tiempo de viaje es el promedio del medio más barato de transporte mencionado. En caso de desacuerdo con respecto a la clasificación de un proveedor, se tomó la categoría biomédica más baja.

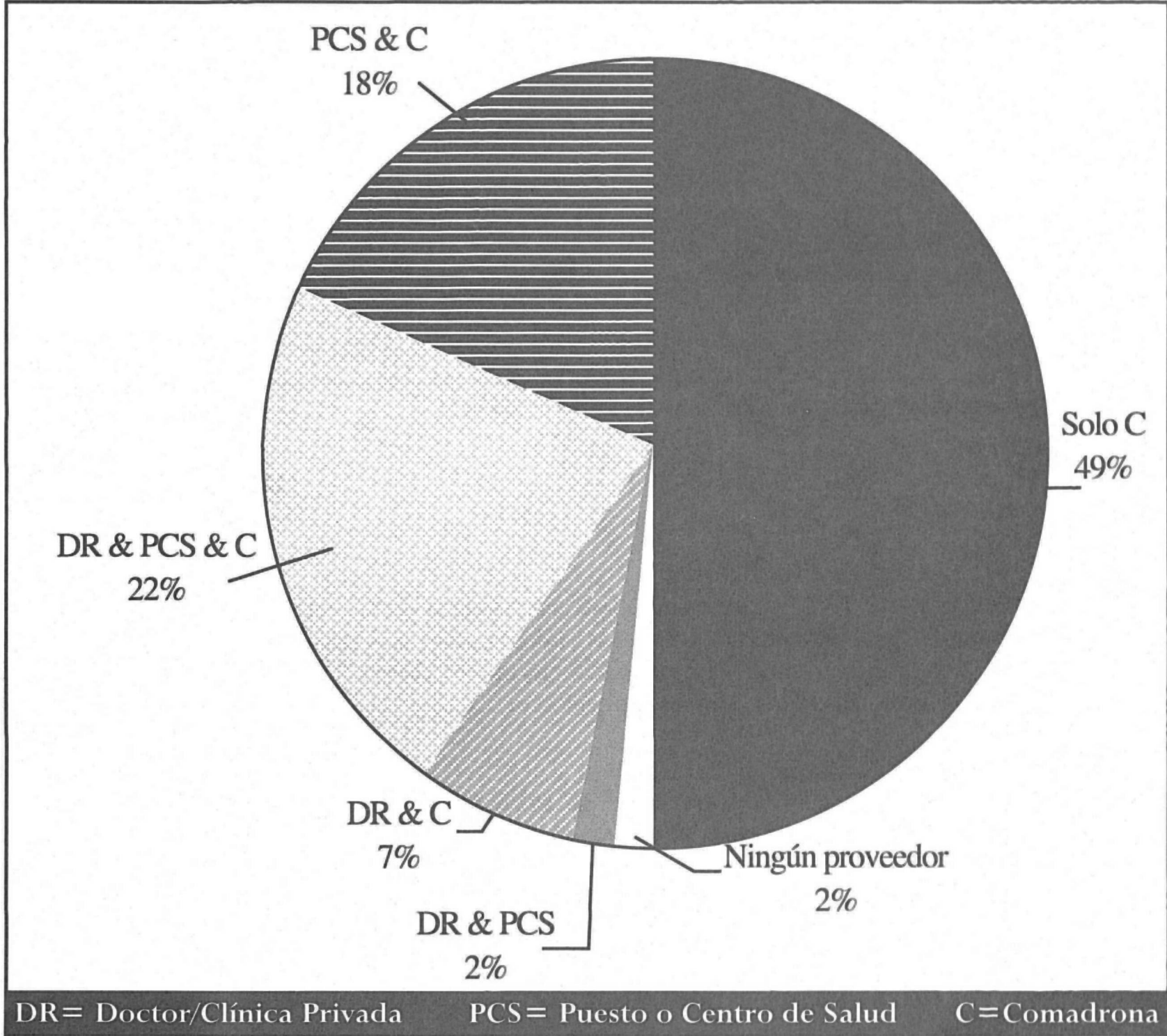
^aEn el censo se preguntó a los informantes por facilidades (incluyendo clínicas privadas) y proveedores (incluyendo doctores y enfermeras privados). En muchos casos los doctores o enfermeras privados trabajan en las clínicas privadas, por lo que estas categorías se traslapan. Por ejemplo, 30% de las comunidades tienen una clínica privada o un doctor que atiende mujeres embarazadas.

Fuente: Censo de proveedores y facilidades facilitado por los informantes claves en la EGSF (1995).

La disponibilidad de proveedores o establecimientos varía sustancialmente de un departamento al otro. Por ejemplo, Totonicapán es el departamento en el que es más difícil encontrar un médico en o cerca de la comunidad, a comparación de Chimaltenango, el departamento de mayor acceso a puestos o centros de salud.

La Figura 2.1 presenta la distribución de las 60 comunidades según la combinación de los diferentes proveedores que viven en la comunidad. Cerca de la mitad de ellas cuenta únicamente con una comadrona y un dos por ciento (una comunidad) no tiene ni siquiera eso. Por otro lado, 22 por ciento tiene comadrona, un doctor y un centro o puesto de salud.

Figura 2.1 Proporción de Proveedores que Ofrecen Atención Durante el Embarazo en la Comunidad



Fuente: Censo de proveedores proporcionados por los informantes claves en la EGSF (1995)

Los costos promedio de la atención durante el embarazo y el parto y la clase de pago que se acepta, calculados con la información obtenida en las entrevistas hechas a médicos y a comadronas, se muestran en el Cuadro 2.2. La variación de los resultados es enorme. El costo de parto y unas pocas consultas prenatales con un médico es hasta diez veces mayor que las mismas visitas hechas a una comadrona. El costo promedio de un parto atendido por un médico (350 quetzales) es más del doble que el consumo promedio mensual de un hogar (140 quetzales, Cuadro 1.3). Los datos del Cuadro 2.2 también indican que más de tres cuartas partes de las comadronas aceptan pago no monetarios por parte de pacientes que no tienen dinero y que más de la mitad de los médicos privados no cobran a estas pacientes.

Cuadro 2.2 Costo de los Servicios de Salud Relacionados con el Embarazo

Comadronas	(n=66)
Tarifa promedio por embarazo y parto	Q40
Si la Paciente No Tiene Dinero:	
Acepta pago en especie (%)	77.3
No cobra (%)	4.5
Médicos Privados	(n=26)
Tarifa promedio por examen prenatal	Q16
Tarifa promedio por parto	Q350
Si la Paciente No Tiene Dinero:	
Acepta pago en especie (%)	19.2
No cobra (%)	57.7

Fuente: Entrevistas a los proveedores en la EGSF (1995).

Características de los Proveedores

En los Cuadros 2.3, 2.4 y 2.5 se presentan las características de las comadronas, los centros y puestos de salud y los médicos privados que atienden mujeres embarazadas. Los datos provienen de las entrevistas a proveedores. Solamente la información sobre comadronas en el Cuadro 2.3 se presenta por departamento, dado que el tamaño de muestra de los centros y puestos de salud y los médicos privados es relativamente pequeño.

Casi todas las 66 comadronas de la EGSF son mujeres (Cuadro 2.3) y con la excepción de las de Jalapa (donde se supuso que eran ladinas pues no se hizo la pregunta sobre etnicidad), la gran mayoría son indígenas. Menos de un tercio tiene alguna escolaridad, siendo esta cifra mucho menor entre las de Jalapa y Totonicapán. Al preguntárseles la motivación que habían tenido para ejercer la profesión, una mayor proporción de ellas en todos los departamentos, excepto en Jalapa, dijo que por la experiencia que tenían o por “llamado divino” (el destino), y no tanto debido a la capacitación o aprendizaje que hubieran recibido. A pesar de lo anterior, un porcentaje importante (76 por ciento) dijo haber asistido a cursos de capacitación relacionados específicamente con cuidados durante el embarazo y parto; en el resto de este documento se hará referencia a ellas como “comadronas adiestradas”.¹⁵ Como fue mencionado anteriormente, el programa de capacitación dirigido por el Ministerio de Salud tiene una duración de 15 días, con ocho horas diarias. Estos programas y las diferencias entre comadronas con y sin capacitación se discutirán en las secciones cinco y siete de este reporte.

Cuadro 2.3 Características de las Comadronas, por Departamento (Porcentajes)^a

	Total	Jalapa	Suchi- tepéquez	Chimal- tenango	Totoni- capán
Mujeres	97	94	95	100	100
Indígenas	65	0	80	87	100
Idiomas					
Maya y español	38	0	58	40	57
Solo idioma indígena	15	0	0	27	43
Solo español	46	100	42	33	0
Alguna educación formal	30	18	40	53	7
Como aprendió a atender mujeres embarazadas					
Empirismo/por experiencia	38	47	30	33	43
Fue su destino	36	6	50	47	43
Curso o práctica	15	24	15	13	7
De otra persona	9	24	5	0	7
Entrenamiento formal					
Llevó curso para comadronas/embarazo/parto	76	70	80	60	93
Llevó otro curso	15	18	10	33	0
No ha llevado ningún curso	9	12	10	7	7
Trabaja como					
Solo comadrona	65	35	65	73	93
Comadrona/curandera	18	29	20	20	0
Comadrona/curandera/otro	8	24	5	0	0
Comadrona/otro	9	12	10	7	7
La mayoría de las clientes son					
Familiares	2	0	5	0	0
No familiares	86	94	90	100	57
Mitad y mitad	12	6	5	0	43
Horas que pasó atendiendo clientes los últimos 7 días (promedio)	10.2	11.5	13.5	6.2	8.2
Número de partos que atendió en la última quincena (promedio)	2.2	2.9	1.4	2.5	2.1
Lugar donde la comadrona atiende las clientes					
La gente viene a su casa	29	47	30	20	14
Va a la casa de la cliente	52	24	55	47	86
Las dos cosas	20	29	15	33	0
Tiene cuarto separado para atender ^b	59	46	56	75	100
Tiene electricidad ^b	50	23	44	100	50
Tiene agua entubada o segura ^b	62	46	56	88	100
Número de comadronas	66	17	20	15	14

^aExcepto para las horas que paso atendiendo clientes en los últimos 7 días y el número de partos en las dos ultimas semanas

^bEntre las comadronas que atienden clientes en su casa (n=32, 48% del total de comadronas).

Fuente: Entrevistas a las comadronas en la EGSF (1995).

Los datos indican que las comadronas, además de atender a las mujeres embarazadas, asumen otros roles, como ha sido sugerido en estudios etnográficos anteriores. Un 35 por ciento atiende también otra clase de pacientes enfermos, cifra que es significativamente mayor en Jalapa y menor en Totonicapán. Generalmente las comadronas no trabajan tiempo completo; en la semana anterior a la encuesta solo dedicaron 10 horas en promedio a atender clientes. En promedio atienden un parto por semana (v.gr. 2.2 nacimientos cada dos semanas); y sus clientes generalmente no pertenecen a sus familias. Más de la mitad de ellas (52 por ciento) va a casa de la parturienta. De las que reciben las mujeres en su propia casa, un poco más de la mitad tienen un cuarto independiente para atenderlas. Cerca de la misma proporción tiene electricidad y agua segura en el lugar adonde atienden a las mujeres que dan a luz.

¹⁵ En las entrevistas individuales, entre las mujeres que buscaron ayuda de una comadrona, se trató de identificar si la comadrona era empírica o adiestrada. Las respuestas de las madres (2.829 nacimientos) mostró que en 94 por ciento de los casos las comadronas eran adiestradas. Sin embargo, es probable que este dato sea poco confiable dado que las mujeres pueden no conocer la situación real de la comadrona, o querer creer (y reportarlo así en la entrevista) que si tuvo capacitación.

El Cuadro 2.4 muestra ciertas características de los 48 centros y puestos de salud incluidos en la muestra.¹⁶ En 38 de los puestos y centros visitados, la información se obtuvo de la persona a cargo de la institución. Como es de esperar los 23 puestos y 25 centros son bastante diferentes entre sí. La mayoría de los puestos cuenta con un personal relativamente pequeño, algunas veces una única persona. Cerca de la mitad no tienen personal profesional (v.gr. médico, estudiante de medicina o enfermera profesional), sino que cuentan con una enfermera auxiliar y/o un técnico de salud rural. Por otra parte, en la mayor parte de los centros el personal es de al menos 10 personas, incluyendo médico y enfermera profesional, y una cuarta parte cuenta con facilidades de internamiento para los pacientes.

Cuadro 2.4 Porcentaje de Centros y Puestos de Salud (CPS) con Ciertas Características

	Total de CPS	Puestos de Salud	Centros de Salud
Personal			
Uno	17	35	0
Dos o tres	25	48	4
Cuatro a nueve	14	17	12
Diez o más	44	0	84
Tienen entre el personal			
Doctor	50	4	92
Estudiantes de medicina	29	43	16
Enfermero/a graduado/a	46	0	88
Algún personal profesional ^a	73	48	96
Algún personal auxiliar ^a	96	91	100
Internamiento de pacientes	12	0	24
La entrevistada es mujer	64	70	60
Algún funcionario prof/aux habla un idioma indígena ^b	60	43	79
Algún funcionario prof habla un idioma indígena ^b	15	0	32
Cobra algo por examen prenatal ^c	2	0	4
Ofrece servicio de parto	29	22	36
SI OFRECE: Cobra algo por el parto	0	0	0
Instrumentos/materiales en buen estado			
Estetoscopio regular	98	96	100
Estetoscopio fetal	56	56	56
Esfigmomanómetro	81	83	80
Esterilizador/autoclave	94	91	96
Balanza para adultos	96	91	100
Balanza para bebés	90	83	96
Termómetro	98	100	96
Instrumentos de parto	62	52	72
Forceps	10	0	20
Espéculo vaginal	90	78	100
Microscopio	33	0	64
Antisépticos	92	91	92
Tubos, bolsas y agujas para transfusiones	40	30	48
Guantes	92	100	84
Medicamento/vitaminas disponible todas las semanas del año pasado			
Antibióticos ^d	75	78	72
Analgésicos ^e	69	74	64
Sulfato ferroso	54	56	52
Acido fólico	33	35	32
Tiene laboratorio	29	0	56
Tiene farmacia	52	52	52
Tiene electricidad	90	78	100
Tiene agua entubada	85	74	96
Número de centros y puestos de salud	48	23	25

^aEl personal profesional (prof) incluye doctores, estudiantes de medicina y enfermero/a(s) graduado/a(s).

El personal auxiliar (aux) incluye auxiliares y técnicos en salud rural.

^bNo incluye los puestos de salud de Jalapa pues ahí no se hizo la pregunta sobre etnicidad e idioma.

^cLa tarifa es 25 centavos.

^dIncluye solamente los antibióticos importantes para la atención de la salud materna: trimetropina/sulfametoxazol, ampicilina, y penicilina-procaina y benzatinica.

^eIncluye aspirina, acetaminofen (tylenol) e ibuprofen.

Fuente: Entrevistas al personal de centros y puestos de salud en la EGSF (1995).

Los datos revelan que más de la mitad de los entrevistados (generalmente la persona a cargo de la institución) son mujeres. Sin tomar en cuenta los datos de Jalapa, se encontró que 60 por ciento de los puestos/centros cuenta con al menos una persona que habla una lengua indígena. Sin embargo, la mayoría de estos funcionarios son auxiliares y no profesionales. Ninguno de los profesionales en los puestos y menos de un tercio en los centros habla alguna lengua indígena. Ninguno de los establecimientos cobra por el parto y solamente en uno de ellos hay una tarifa estipulada (25 centavos) por cuidado prenatal.

La mayoría de los puestos/centros cuentan con el equipo básico (Cuadro 2.4), como por ejemplo estetoscopio regular, esfigmomanómetro, esterilizador/autoclave, balanzas, termómetro, espéculo vaginal, antisépticos y guantes. Sin embargo, muchos no cuentan con un estetoscopio fetal. Aunque la mayoría tienen instrumentos para el parto, a menudo no cuentan con microscopio o equipo para transfusiones. Casi todos los puestos/centros cuentan con abastecimiento suficiente de antibióticos y analgésicos, pero sólo la mitad de ellos tienen suficientes suplementos de hierro y solo la tercera parte cuenta con suplementos de ácido fólico. Dada la importancia de estos suplementos entre mujeres embarazadas desnutridas, este hecho puede tener consecuencias graves en la salud materno infantil. Cerca de la mitad de las instituciones cuentan con farmacia, pero ningún puesto y solo la mitad de los centros tienen laboratorio. Es más probable que los centros cuenten con electricidad y agua entubada, no así los puestos.

Solamente uno de los 27 médicos privados entrevistados no ofrece cuidado prenatal o de maternidad. El Cuadro 2.5 solo incluye los 26 que si lo hacen. Cuarenta y seis por ciento de ellos trabaja en Jalapa, hecho que debe tenerse en cuenta al interpretar las estimaciones derivadas de la muestra de doctores. Casi todo son hombres, a diferencia de lo encontrado entre el personal de los centros o puestos de salud. Excluyendo los médicos en Jalapa, cerca de la mitad de los médicos habla un idioma indígena. Generalmente trabajan con personal muy reducido, pocas veces mayor que una enfermera y una secretaria. La mayoría cuenta con equipo y materiales básicos, pero a menudo carecen de equipo especializado como por ejemplo equipo para transfusiones. También debe mencionarse que aunque como un tercio cuenta con abastecimiento de vitaminas o medicinas, casi todos se las cobran a los pacientes cuando las recetan. Por este hecho, muchos guatemaltecos prefieren ir directamente a las farmacias para tratamiento, en vez de pagar las altas tarifas de los médicos privados (Hurtado & Esquivel, 1986).

¹⁶ Hubo cinco comunidades en las EGSF en las cuales no se entrevistó ningún puesto o centro dentro de la comunidad o en un entorno de 20 Km a su alrededor. Las otras 55 comunidades estaban cubiertas por las 48 instituciones incluidas en la muestra.

Cuadro 2.5 Frecuencia de Ciertas Características entre los Médicos Privados que Ofrecen Atención Maternal y Prenatal

Característica	Porcentaje
<u>Departamento de residencia</u>	
Jalapa	46
Suchitepéquez	19
Chimaltenango	19
Totonicapán	15
<u>Doctores en la clínica donde trabajan</u>	
Uno	92
Dos	8
<u>Otro personal</u>	
Cero	38
Uno	35
Dos	15
Tres o más	12
Mujeres	4
Indígenas ^a	21
Habla un idioma indígena ^a	50
<u>Equipo/materiales en buen estado</u>	
Estetoscopio regular	96
Estetoscopio fetal	73
Esfigmomanómetro	96
Esterilizador/autoclave	50
Balanza para adultos	92
Balanza para bebés	50
Termómetro	100
Instrumentos de parto	62
Forceps	4
Espéculo vaginal	94
Microscopio	15
Antisépticos	100
Tubos, bolsas, y agujas para transfusiones	42
Guantes	100
<u>Medicamentos/vitaminas disponibles todas las semanas del año pasado</u>	
Antibióticos ^b	35
Analgésicos ^c	31
Sulfato ferroso	27
Acido fólico	31
Tiene electricidad	100
Tiene agua entubada	96
<u>Número de doctores</u>	26

^aExcluyendo los doctores de Jalapa (n=14)

^bIncluye solamente los antibióticos importantes para la atención de la salud materna (i.e. trimetropina/sulfametoxazol, ampicilina, penicilina-procaína y benzatinica).

^cIncluye aspirina, acetaminofen (tylenol) e ibuprofen.

Fuente: Entrevistas a los doctores privados en la EGSF (1995).

II. Resultados

3. Patrones de Atención Durante el Embarazo, Parto y Posparto

Durante las entrevistas individuales se hicieron preguntas detalladas a las mujeres sobre el cuidado prenatal y la asistencia que recibieron durante los dos últimos nacimientos ocurridos desde enero de 1990. Estos datos permiten determinar la clase de cuidado recibido durante y después del embarazo, la oportunidad de las consultas hechas y la frecuencia de las mismas a diferentes clases de proveedores.

Clase de Atención Recibida Durante el Período de Embarazo, Parto y Posparto

En el Cuadro 3.1 se muestra la clase de atención recibida por las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. Ahí se ve que casi todas las mujeres en la EGSF recibieron algún tipo de asistencia durante el embarazo—solamente cuatro por ciento no buscó ningún proveedor durante este período. Tal como se mencionó previamente, el principal proveedor que las mujeres buscan en todas las etapas del embarazo, parto y puerperio son las comadronas, y la mayoría de los partos da a luz en la casa.¹⁷

Sin embargo, se encuentran algunas diferencias por departamento. Las mujeres embarazadas de Totonicapán son las que más recurren en las comadronas durante su embarazo y a su vez, las que con mayor frecuencia tienen el parto en la casa. En los cuatro departamentos las mujeres utilizaron cuidado biomédico y visitaron la comadrona durante el mismo embarazo, en vez de usar la atención biomédica en forma exclusiva. En el 28 por ciento de los embarazos en la muestra total,¹⁸ las mujeres visitaron ambos, las comadronas y algún tipo de proveedor biomédico (especialmente algún puesto o centro de salud) y en un 11 por ciento de los casos solamente visitaron a un proveedor biomédico.¹⁹ De nuevo las estimaciones por departamento presentan variaciones: las mujeres de Jalapa son las que con mayor frecuencia utilizan únicamente servicios biomédicos y las de Totonicapán las que lo hacen en menor proporción. Aunque con el tiempo el cuidado biomédico durante el embarazo se ha hecho más frecuente (INCAP et al., 1989; INF et al., 1996), en todos los departamentos, con la excepción de Jalapa, la mayor parte de las mujeres depende de las comadronas para su cuidado durante el embarazo y parto. Por lo tanto, pareciera que muchas de las mujeres que visitan las comadronas no son aconsejadas de buscar consulta biomédica, o no tienen interés buscarla cuando se les ofrece.

¹⁷La mayoría de los nacimientos ocurridos en la casa fue atendido por una comadrona (95%). Las enfermeras u otro personal de los puestos o centros de salud asistieron partos en la casa solo ocasionalmente.

¹⁸Este valor (28 por ciento) es la suma de las proporciones de mujeres atendidas por una comadrona y un centro o puesto de salud (18.6%), una comadrona y un doctor (7.8%) y una comadrona, un centro o puesto de salud y un doctor (1.7%)

¹⁹Este valor (11 por ciento) es la suma de las proporciones de mujeres que eran atendidas solamente por personal de un centro o puesto de salud (5.3%), solamente por un doctor (5.5%) y por ambos (0.6%)

Cuadro 3.1 Características de la Atención en el Embarazo, Parto y Posparto, por Departamento (Porcentajes)

	Total	Jalapa	Suchi- tepéquez	Chimal- tenango	Totoni- capán
Proveedores visitados durante el embarazo					
Ninguno	4.2	6.1	4.0	2.3	4.3
<u>Solamente tradicional</u>					
Comadrona	56.3	38.5	59.2	56.2	71.4
<u>Cuidado combinado</u>					
Comadrona & CPS	18.6	24.6	13.5	23.0	13.3
Comadrona & doctor	7.8	6.7	9.5	8.2	6.9
Comadrona, CPS, & doctor	1.7	2.4	0.7	2.8	1.1
<u>Solamente médico</u>					
CPS	5.3	11.6	4.2	3.2	2.1
Doctor	5.5	8.7	8.1	4.1	1.0
Doctor & CPS	0.6	1.4	0.8	0.2	0.0
Lugar del parto					
La casa	85.4	80.6	80.6	85.8	94.6
Hospital/clínica/CPS	14.3	18.8	19.0	14.1	5.4
Otro ^a	0.3	0.6	0.4	0.1	0.0
Asistente durante el parto					
Comadrona	80.9	73.1	77.2	83.5	89.9
Doctor	11.1	13.3	15.7	11.2	4.5
Enfermera	3.5	5.0	4.8	3.2	0.8
Personal del CPS	0.9	1.0	1.1	1.2	0.2
Otro/Ninguno	3.6	7.6	1.3	0.8	4.5
Proveedores en el posparto					
Ninguno	28.9	25.8	26.9	16.5	46.3
<u>Solamente tradicional</u>					
Comadrona	59.3	55.0	61.5	70.8	50.2
<u>Cuidado combinado</u>					
Comadrona & CPS	0.6	0.7	0.2	1.1	0.2
Comadrona & doctor	0.6	0.6	0.5	1.1	0.4
<u>Solamente biomédico</u>					
CPS	1.9	1.7	3.2	1.6	1.1
Doctor	8.7	16.1	7.7	9.0	1.8
Doctor & CPS	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
Proveedores que vieron el niño en el posparto					
Ninguno	28.4	23.0	24.2	21.2	45.0
<u>Solamente tradicional</u>					
Comadrona	55.1	53.6	58.8	60.2	47.8
<u>Cuidado combinado</u>					
Comadrona & CPS	1.2	1.9	0.8	1.9	0.1
Comadrona & doctor	0.7	1.1	0.8	0.7	0.0
<u>Solamente biomédico</u>					
CPS	4.5	3.1	6.2	4.2	4.3
Doctor	10.1	17.1	9.0	11.7	2.7
Doctor & CPS	0.1	0.2	0.1	0.1	0.0
Número de nacimientos	3,350	841	836	831	842

Nota: Las enfermeras se incluyen en la misma categoría que los doctores

CPS= Centro o Puesto de Salud

^aEsta categoría incluye nueve nacimientos que tuvieron lugar en una farmacia, en el carro, en el campo, en la carretera, en el seguro social mexicano, o algún otro lugar no especificado.

Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995)

El Cuadro 3.2 presenta los patrones de atención durante el embarazo y parto según grupo étnico e idioma de la madre. Se observan diferencias importantes entre los distintos grupos étnicos. Menos de 40 por ciento de las ladinas se hizo atender en forma exclusiva por una comadrona; este porcentaje entre las indígenas de habla no hispana fue de más del 80 por ciento. Las ladinas eran más propensas a buscar cuidado biomédico (exclusivo o combinado con una comadrona) durante su embarazo que las mujeres indígenas, especialmente que aquellas que no hablaban español. Mientras que casi una cuarta parte de las ladinas solo consultaron establecimientos biomédicos o a médicos privados durante su embarazo, solo como un siete por ciento de las indígenas de habla hispana lo hicieron, y ni una sola de las indígenas que no hablaban español.²⁰ Las ladinas también dieron a luz en un establecimiento biomédico con mayor frecuencia que las indígenas.

²⁰ Los valores representan la suma de las proporciones de las mujeres que visitaron solamente un centro o puesto de salud, solamente un doctor y ambos, doctor y centro o puesto de salud. Para las ladinas este valor es 11.0+10.6+1.3 o 22.9 por ciento y para las mujeres indígenas que hablaban español, 3.0+3.6+0.3 o 6.9 por ciento.

Cuadro 3.2 Características de la Atención en el Embarazo, Parto y Posparto, por Etnicidad e Idioma de la Madre (Porcentajes)

	Total	Ladina	Indígena	
			Habla español	No habla español
Proveedores visitados durante el embarazo				
Ninguno	4.2	5.4	3.5	2.4
<u>Solamente tradicional</u>				
Comadrona	56.3	38.7	61.2	82.4
<u>Cuidado combinado</u>				
Comadrona & CPS	18.6	22.2	17.9	13.0
Comadrona & doctor	7.8	8.6	8.7	2.0
Comadrona, CPS, & doctor	1.7	2.2	1.8	0.2
<u>Solamente biomédico</u>				
CPS	5.3	11.0	3.0	0.0
Doctor	5.5	10.6	3.6	0.0
Doctor & CPS	0.6	1.3	0.3	0.0
Lugar del parto				
La casa	85.4	75.4	89.0	97.6
Hospital/clínica/CPS	14.3	24.0	10.9	2.4
Otro ^a	0.3	0.6	0.1	0.0
Asistente durante el parto				
Comadrona	80.9	68.8	85.9	93.4
Doctor	11.1	18.8	8.3	2.4
Enfermera	3.5	5.1	3.2	0.0
Personal del CPS	0.9	1.2	0.7	0.2
Otro/Ninguno	3.6	6.0	1.8	4.0
Proveedores en el posparto				
Ninguno	28.9	25.6	27.6	40.9
<u>Solamente tradicional</u>				
Comadrona	59.3	53.4	63.9	58.0
<u>Cuidado combinado</u>				
Comadrona & CPS	0.6	0.7	0.6	0.2
Comadrona & doctor	0.6	0.8	0.7	0.0
<u>Solamente biomédico</u>				
CPS	1.9	2.4	2.0	0.4
Doctor	8.7	17.0	5.3	0.4
Doctor & CPS	0.0	0.1	0.0	0.0
Proveedores que vieron el niño en el posparto				
Ninguno	28.4	22.5	28.5	41.4
<u>Solamente tradicional</u>				
Comadrona	55.1	51.7	57.8	54.4
<u>Cuidado combinado</u>				
Comadrona & CPS	1.2	1.6	1.2	0.2
Comadrona & doctor	0.7	1.2	0.5	0.0
<u>Solamente biomédico</u>				
CPS	4.5	4.2	5.0	2.9
Doctor	10.1	18.5	7.0	1.1
Doctor & CPS	0.1	0.3	0.1	0.0
Número de nacimientos	3,350	1,128	1,751	455

Nota: Las enfermeras se incluyen en la misma categoría que los doctores.

CPS= Centro o Puesto de Salud

^aEsta categoría incluye nueve nacimientos que tuvieron lugar en una farmacia, en el carro, en el campo, en la carretera, en el seguro social mexicano, o algún otro lugar no especificado.

Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995).

Un estudio reciente basado en datos de la EGSF analizó la forma en que la atención durante el embarazo difiere según grupo étnico, clase socioeconómica, variables socio-culturales y acceso a establecimientos biomédicos de salud (Glei & Goldman, 2000). Entre las variables sociales y culturales se incluyeron las creencias de las mujeres en asuntos relacionados con la salud, un estimador de la medida en que la mujer toma las decisiones en el hogar por iniciativa propia, y de sus conexiones con otras ciudades o lugares fuera de Guatemala. Los resultados encontrados confirman los patrones comentados anteriormente sobre utilización de servicios biomédicos durante el embarazo. Conforme las mujeres indígenas son más tradicionales (medida esta característica según el idioma hablado y la clase de vestido utilizado), es mayor la probabilidad de que confíen únicamente en una comadrona durante su embarazo, y menor de que busquen algún tipo de cuidado biomédico. También se encontró que las variables sociales y culturales están más fuertemente asociadas con la utilización

de servicios biomédicos de salud, que la accesibilidad a los diferente proveedores del servicio. Más aún, estas variables sociales y culturales son más importantes que las medidas de acceso para explicar el bajo uso de los servicios biomédicos de parte de las mujeres indígenas. La educación de la madre, el orden del nacimiento y las complicaciones ocurridas en embarazos previos, son otras variables fuertemente relacionadas con la utilización de un proveedor biomédico durante el embarazo y parto.²¹

La sección inferior de los Cuadros 3.1 y 3.2 muestra estimaciones relacionadas con el cuidado de la madre y el niño durante el período del posparto (el puerperio o 40 días después del parto), por departamento y grupo étnico, respectivamente. Los datos señalan que durante el puerperio, la mayoría de las mujeres consulta únicamente a la comadrona. Incluso, una proporción importante (29 por ciento de la muestra total) no buscó del todo atención. Los datos varían entre un sexto de las mujeres en Chimaltenango y casi la mitad en Totonicapán. Con la excepción de Jalapa, muy pocas mujeres visitaron un proveedor biomédico y la mayoría de las que si lo hicieron, consultaron solamente a un médico. Como es de esperar, los valores menores en la utilización de servicios biomédicos durante el puerperio se encontraron en Totonicapán. Las estimaciones por etnicidad (Cuadro 3.2) muestran que la prevalencia del cuidado posparto es más baja entre las mujeres indígenas que no hablan español; 41 por ciento de ellas no acudió a proveedor alguno y casi ninguna utilizó algún tipo de cuidado biomédico.²²

Tiempo de Gestación a Primera Visita y Frecuencia del Cuidado

La mayoría de las mujeres tuvo su primera consulta prenatal con un proveedor durante los primeros cuatro meses de embarazo (Cuadro 3.3), tal como lo recomienda la OMS (WHO, 1994). La proporción de mujeres que hicieron estas visitas tempranas es mayor en Jalapa y Suchitepéquez, que en Chimaltenango o Totonicapán, y mucho mayor entre ladinas que entre indígenas. Relativamente pocas mujeres (7.5 por ciento de las que dijeron haber visto un proveedor) esperaron hasta los dos últimos meses de embarazo para hacer la consulta. Fue más frecuente que las mujeres que vivían en Totonicapán y las indígenas que no hablaban español, hicieran su primera visita a un proveedor con el embarazo bastante avanzado. En promedio, las embarazadas de la muestra visitaron un proveedor 7.8 veces durante el embarazo. Unas dos terceras partes fueron a consulta entre cuatro y diez veces en el período. Estas frecuencias son relativamente constantes entre los cuatro departamentos en la muestra y entre grupos étnicos. Por ejemplo, el promedio de visitas prenatales varía entre 7.1 en Totonicapán y 8.5 en Chimaltenango, y entre 7.4 entre mujeres indígenas que no hablaban español y 8.0 entre las ladinas.

Cuadro 3.3 Tiempo de Gestación a la Primera Visita Prenatal y Frecuencia de las Visitas entre Mujeres que Dijeron Haber Visitado a un Proveedor Durante el Embarazo, por Departamento y Etnicidad/Idioma de la Madre (Porcentajes)*

	Departamento				
	Total	Jalapa	Suchitepéquez	Chimaltenango	Totonicapan
Tiempo de gestación a la primera visita prenatal					
En los primeros 4 meses	53.5	71.6	62.5	44.6	35.6
Del 5º. al 7º mes	39.0	26.1	32.8	47.5	49.4
8ºº mes o después	7.5	2.3	4.7	7.9	15.0
Número de visitas prenatales					
Menos de 4	14.1	13.3	12.5	12.3	18.3
4 a 6	34.0	28.8	35.2	33.4	38.7
7 a 10	33.0	37.7	36.3	30.3	27.5
Más de 10	18.9	20.2	16.1	24.0	15.5
Promedio de visitas prenatales	7.8	8.0	7.4	8.5	7.1
Número de nacimientos	3,210	790	802	812	806

	Etnicidad/Idioma de la madre		
		Indígena	
	Ladina	Habla español	No habla español
Tiempo de gestación a la primera visita prenatal			
En los primeros 4 meses	73.3	47.3	28.8
Del 5º. al 7º mes	24.4	45.0	52.0
8ºº mes o después	2.3	7.8	19.1
Número de visitas prenatales			
Menos de 4	12.4	14.7	16.1
4 a 6	27.9	36.5	39.7
7 a 10	40.0	29.6	28.4
Más de 10	19.6	19.2	15.8
Promedio de visitas prenatales	8.0	7.7	7.4
Número de nacimientos	1,067	1,690	444

*Excepto el promedio de visitas prenatales
Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995).

El Cuadro 3.4 muestra información adicional sobre oportunidad y frecuencia de las consultas a proveedores durante el embarazo. Las estimaciones se presentan según combinación de la clase de proveedores visitados: solo comadrona, comadrona en combinación con un proveedor biomédico (centro de salud, puesto de salud, o doctor) y solamente proveedor biomédico (puesto de salud, centro de salud o doctor, o alguna combinación de éstos). Los datos revelan que las mujeres que buscaron un proveedor biomédico (particularmente doctores) lo hicieron más temprano, en promedio, que las que solo visitaron una comadrona. Por ejemplo, cerca de tres cuartas partes (77.6 por ciento) de las que visitaron solamente un médico (o enfermera)²³ fueron a consulta durante los primeros cuatro meses del embarazo, en tanto que el porcentaje es de solo un 40 por ciento entre las que se atendieron únicamente con una comadrona. Las primeras visitas a centros o puestos de salud ocurren después que las primeras visitas a doctores, pero antes que las primeras visitas a comadronas.

La información mostrada en la segunda sección del Cuadro 3.4 contradice investigaciones previas que mostraban que las mujeres que visitan un establecimiento público de salud o un doctor durante el embarazo, además de una comadrona, lo hacen típicamente una única vez. Nuestros datos indican que, para embarazos en los que la mujer utilizó la atención combinada de una comadrona y un puesto o centro de salud, el promedio de visitas prenatales a los puestos o centros fue de 4.5. Este valor es menor que las 6.4 visitas que hicieron en promedio a la comadrona, pero considerablemente más alto que lo que se asume comúnmente. También parece que

²¹Con respecto a las variables socio-culturales, era más probable que las mujeres que creen que la enfermedad tiene una causa biomédica, con mayor autonomía en la toma de decisiones del hogar, con familiares en la Ciudad de Guatemala o fuera del país, o que viven en comunidades donde la emigración hacia el exterior es más frecuente, buscaran proveedores biomédicos que aquellas que no tenían estas características. También era más probable que lo hicieran las mujeres con mayor escolaridad, las que solo tenían un hijo, las que habían experimentado pérdida fetal o un parto anterior por cesárea. Este análisis se restringió a las mujeres que habían visto algún tipo de proveedor durante el embarazo (Gilei & Goldman, 2000).

²²Según los datos del Cuadro 3.2, el 40.9 por ciento de las madres indígenas reportó no haber visto ningún proveedor durante el período de posparto para chequearse su salud, y un 41.4 por ciento dijo que nadie chequeo la salud del recién nacido. Estas madres reportaron que el 2.9 por ciento de los niños fueron revisados en el centro o puesto de salud, y 1.1 por ciento en un consultorio médico, siendo de 4.0 por ciento el porcentaje total de niños recién nacidos vistos solamente por un proveedor biomédico.

²³Dada la relativamente pequeña proporción de madres que dijeron haber visitado una enfermera (1.7 por ciento), se incluyeron en la categoría de doctores. Por facilidad, nos referimos a esta categoría como “doctores” en vez de “doctores y enfermeras”.

las mujeres que buscaron atención biomédica, además de los servicios de una comadrona: (1) visitaron ésta última casi tan frecuentemente (seis veces en promedio) como las que consultaron únicamente la comadrona; (2) visitaron el proveedor biomédico con casi la misma frecuencia (poco menos) que las que solamente vieron al proveedor biomédico; y (3) hicieron más visitas en total que aquellas que únicamente consultaron una clase de proveedor.

Cuadro 3.4 Tiempo de Gestación a la Primera Visita Prenatal y Frecuencia de las Visitas a Proveedores Durante el Embarazo, Según Combinación de los Proveedores Visitados

		Tradicional	Cuidado Combinado			Biomédico		
Entre madres que visitaron algún proveedor durante el embarazo	Total	Sólo Comadrona	Comadrona & CPS	Comadrona & CPS & Doctor	Comadrona & Doctor	Sólo CPS	Doctor & CPS	Sólo Doctor
Tiempo de gestación a la primera visita								
En los primeros 4 meses (%)	53.5	40.4	69.3	84.5	75.1	65.2	90.5	77.6
Del 5º. al 7º mes (%)	39.0	48.4	28.6	13.8	23.8	30.9	9.5	19.7
8ºº mes o después (%)	7.5	11.2	2.1	1.7	1.2	3.9	0.0	2.7
Promedio de visitas a:								
Comadrona	5.7	6.6	6.4	5.8	6.0	na	na	na
CPS	1.3	na	4.5	3.8	na	5.4	4.2	na
Doctor	0.8	na	na	3.9	4.0	na	4.2	6.3
Todos los proveedores*	7.8	6.7	10.9	13.6	10.0	5.4	8.5	6.3
Número de Nacimientos	3,210	1,886	623	58	261	178	21	183

Nota: Las enfermeras se incluyen en la misma categoría que los doctores

CPS=Centro o Puesto de Salud

na=no aplicable

*Incluye visitas a “otros” proveedores.

Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995).

El Cuadro 3.5 muestra cuántas proveedores diferentes consultaron las mujeres durante el embarazo. Por ejemplo, mujeres que visitaron a comadronas exclusivamente, y por tanto consultaron solamente una clase de proveedor, pueden haber visitado dos comadronas diferentes. El número de proveedores diferentes se presenta según la combinación de clases de proveedores visitados en el panel superior y según grupo étnico en el inferior. La información señala que, entre las mujeres embarazadas que visitaron solo comadronas, el 97 por ciento vio únicamente una comadrona. En contraste, entre las que visitaron únicamente médicos privados, cerca de una sexta parte (17.5 por ciento) vio más de un médico (o enfermera). En general, aproximadamente una tercera parte de las mujeres (32.9 por ciento) visitó a dos o más proveedores, independientemente de la clase, pero muy pocas visitaron a tres o más (cuatro por ciento). Los datos por etnicidad indican que las mujeres ladinas visitaron más proveedores que las indígenas.

Cuadro 3.5 Número de Proveedores Visitados por Mujeres que Dijeron Haber Visto un Proveedor Durante el Embarazo, Según Combinación de Proveedores Vistos y Etnicidad/Idioma de la Madre (Porcentajes)

Total	Combinación de Proveedores Visitados							
	Tradicional	Cuidado Combinado			Biomédico			
	Solo Comadronas	Comadronas & CPS	Comadronas & CPS & Doctor	Comadronas & Doctor	Solo CPS	Doctor & CPS	Solo Doctor	
Número de proveedores								
Uno	67.2	97.0	na	na	na	98.9	na	82.5
Dos	28.8	2.8	95.5	na	87.7	1.1	76.2	15.3
Tres	3.6	0.2	4.3	86.2	10.7	0.0	23.8	1.1
Cuatro o cinco	0.5	0.0	0.2	13.8	1.5	0.0	0.0	1.1
Número de nacimientos	3,210	1,886	623	58	261	178	21	183

na=No aplicable

	Etnicidad/Idioma de la Madre		
	Ladina	Indígena	
		Habla español	No habla español
Número de proveedores			
Uno	59.2	67.8	83.1
Dos	35.2	28.3	16.0
Tres	4.9	3.4	0.9
Cuatro o cinco	0.8	0.4	0.0
Número de nacimientos	1,067	1,690	444

Nota: Las enfermeras se incluyen en la misma categoría que los doctores.

CPS= Centro o Puesto de Salud

Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995).

II. Resultados

4. Complicaciones Durante el Embarazo y Parto

Se preguntó a las mujeres por complicaciones serias durante el embarazo, para los dos nacimientos más recientes entre 1990 y 1995. Específicamente se indagó sobre cuatro problemas serios: sangrado o hemorragia, hinchazón de las manos o la cara, convulsiones y ruptura prematura de las membranas (“la fuente se rompió antes de tiempo”). Las hemorragias (sangrado excesivo) pueden resultar en una muerte rápida (Walsh et al., 1997) y son la causa más importante de mortalidad materna en Guatemala; 24 por ciento de las muertes maternas se deben a ellas (OPS-OMS, en proceso). La hinchazón de manos o cara (en contraste con la hinchazón de piernas u otras partes del cuerpo) es un síntoma de preclampsia—o sea presión sanguínea alta o hipertensión ocasionada por el embarazo. Esta condición generalmente ocurre en una etapa avanzada del embarazo, especialmente durante el tercer trimestre. Si no se trata, puede progresar y convertirse en eclampsia, un ataque de convulsiones que puede dañar seriamente el feto o la madre, o provocar la muerte de alguno de los dos o de ambos. La ruptura prematura de membranas también puede aumentar el riesgo de enfermedad y muerte para el feto y la madre, dado que puede causar infección o prolapso del cordón umbilical.

Después de haber mencionado esas cuatro complicaciones de gravedad, se preguntó a la mujer si había experimentado algún otro problema serio durante el embarazo y si así había sido, cuál? Las complicaciones citadas con mayor frecuencia fueron: dolor o calambres en el estómago, espalda, cabeza, piernas o pies; hinchazón en alguna otra parte del cuerpo; náusea, vómito o falta de apetito; amenaza de aborto; el niño atravesado e infecciones. Nótese sin embargo que, dado que no se preguntó a las mujeres específicamente por cada uno de estos otros problemas, sus frecuencias pueden estar subestimadas en los datos de la EGSF.

Otra pregunta se refirió a complicaciones a la hora del parto, también para los dos nacimientos más recientes entre 1990 y la fecha de las entrevista. Específicamente se les preguntó si el niño estaba atravesado a la hora del parto y si la mujer tuvo convulsiones. El Cuadro 4.1 muestra la proporción de mujeres que dijeron haber experimentado estas complicaciones durante el embarazo o a la hora del parto. En total, casi un ocho por ciento de las entrevistadas reportó haber sufrido durante el embarazo, al menos una de las cuatro complicaciones serias que se mencionaron en forma explícita y más de una quinta parte de las mujeres entrevistadas tuvo una complicación que ella consideró como seria. Cerca de cinco por ciento manifestaron que su bebé estaba atravesado a la hora del parto.

Cuadro 4.1 Porcentaje de Embarazos con Complicaciones Serias Durante el Embarazo y el Parto

	Porcentaje
Durante el embarazo tuvo:	
Sangrado/hemorragia	3.1
Ataques	0.9
Hinchazón de las manos o la cara	2.1
Se rompió la fuente antes de tiempo	2.3
Una o más de las anteriores	7.6
Otros problemas graves	
Dolor/calambres de estómago/espalda/cabeza	5.7
Hinchazón de otras partes	2.7
Náusea/vómito/falta de apetito	2.2
Amenaza de aborto	1.1
Niño en mala posición	1.1
Infección	1.0
Dolor/calambres de las piernas/pies	1.0
Debilidad/cansancio	0.8
Mareos/desmayos	0.7
Calentura/fiebre	0.5
Otro problema	4.1
Cualquier complicación	21.7
Durante el parto	
Venía el niño atravesado/mala posición	5.1
Tuvo ataques	1.1
Número de partos	3,350

Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995).

Como complemento a las preguntas hechas a las madres, se indagó con las comadronas la frecuencia con que ellas se enfrentaban a ciertas complicaciones serias entre sus pacientes. Específicamente se les preguntó qué tan ha menudo vieron mujeres con cada una de trece complicaciones específicas que pueden tener lugar durante el embarazo o parto. Las respuestas se muestran en el Cuadro 4.2, e indican que las comadronas se enfrentan con algunas complicaciones con bastante frecuencia—v.gr. anemia durante el embarazo, mala posición del niño, nacimiento múltiples y fiebres altas o escalofríos después del parto. Por otra parte, cerca del 80 por ciento o más de las comadronas, nunca se encontró con mujeres con manos o cara hinchadas, con convulsiones, o con rasgadura de la vagina durante el parto.

Cuadro 4.2 Frecuencia con que la Comadrona Enfrentó Ciertas Complicaciones

	Distribución porcentual			
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Muy seguido
¿Qué tan seguido le ocurrió alguna de las siguientes cosas a las mujeres que usted atendió?				
Sangrado/hemorragia durante embarazo	56	21	23	0
Hinchazón de las manos y la cara durante embarazo	79	11	8	3
Fiebre durante el embarazo	61	12	27	0
Anemia durante el embarazo	42	23	27	8
La mujer tuvo ataques	85	11	3	2
Niño atravesado/mala posición	27	29	38	6
La fuente se rompió antes de tiempo	59	23	17	2
La mujer se desmayó durante el parto	65	24	11	0
La vagina de la mujer se desgarró durante el parto	89	8	3	0
Gemelos o trillizos	35	30	35	0
Mucha pérdida de sangre después del parto	65	21	9	4
Mujer tuvo fiebre alta o escalofríos después del parto	48	27	23	2
Número de comadronas	66			

Fuente: Entrevistas a las comadronas en la EGSF (1995).

Como parte de su historia de embarazos, se preguntó a las mujeres si cada uno de sus hijos había nacido normal o por medio de cesárea. En el Cuadro 4.3 se presenta la frecuencia de partos por cesárea, según edad de la madre, departamento y etnicidad/idioma. Las mujeres reportaron que desde 1990 a la fecha del estudio (1995), cuatro de cada cien de sus partos había sido por cesárea. La cifra varía entre menos del dos por ciento en Totonicapán hasta casi seis por ciento en Suchitepéquez. Las estimaciones por etnicidad presentan una variación parecida, dos por ciento entre las mujeres indígenas que no hablan español y casi siete por ciento entre las ladinas. Aunque estos valores parecen bajos al compararlos con áreas urbanas o países industrializados, debe tenerse en cuenta que las cesáreas solo tienen lugar entre mujeres que dan a luz en hospitales, centros de salud o clínicas. Según datos mostrados en los Cuadros 3.1 y 3.2, solamente 14 por ciento de las mujeres entrevistadas en la EGSF tuvo sus hijos en ese tipo de establecimientos, lo cual se dio con mayor frecuencia entre las ladinas y las mujeres residentes en Suchitepéquez y Jalapa.

Cuadro 4.3 Porcentaje de Partos por Cesárea, Según Edad de la Madre al Momento del Parto, Departamento y Etnicidad/Idioma de la Madre

	Porcentaje
Partos por Cesárea	4.3
Edad de la madre al momento del parto	
Menos de 20 años	4.6
20 a 24 años	4.4
25 a 29 años	3.6
30 a 35 años	4.9
Departamento	
Jalapa	5.1
Suchitepéquez	5.7
Chimaltenango	4.3
Totonicapán	1.9
Etnicidad/Idioma de la madre	
Ladina	6.7
Indígena que habla español	3.3
Indígena que no habla español	1.8
Número de nacimientos	3,350

Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995).

5. Prácticas en Cuanto a Referencias

A los proveedores que atienden mujeres embarazadas se les hizo una serie de preguntas en la EGSF, para determinar si refieren estas mujeres a otros proveedores o establecimientos. Se les preguntó a las comadronas la frecuencia con la cual ellas refieren a mujeres embarazadas a otras personas para cuidado prenatal o por problemas durante el embarazo o parto, y además se les preguntó a que proveedor son referidas dichas pacientes. A los médicos privados y al personal de los puestos y centros de salud se les preguntó si referían mujeres embarazadas a hospitales, centros de salud, médicos o clínicas privadas, comadronas o farmacias.

Referencias de Parte de las Comadronas

Como se mencionó previamente en este estudio, durante los programas de capacitación se enfatiza entre las comadronas la necesidad de que remitan sus pacientes al sistema de salud biomédico, para cuidado adicional durante el embarazo (v.gr., para que reciban suplementos nutricionales y vacunas contra el tétano), o por complicaciones que surjan durante el embarazo, parto o puerperio. El Cuadro 5.1 muestra la frecuencia con que las 66 comadronas entrevistadas en la EGSF refirieron mujeres embarazadas a otros proveedores, por problemas durante el embarazo y parto. En total, 80 por ciento de la muestra de comadronas dijo hacer—al menos ocasionalmente—estas referencias para cuidado prenatal o por problemas; un tercio de ellas las hace regularmente (frecuentemente o siempre).²⁴ Durante el período prenatal la referencia más común es hacia los puestos o centros de salud, pero por problemas durante el parto, generalmente envían a las mujeres a los hospitales. Muy rara vez envían las mujeres a otra comadrona.

Cuadro 5.1 Porcentaje de Comadronas que Refieren sus Clientes a Otros Proveedores Durante el Embarazo y Parto, por Departamento

	Total	Jalapa	Suchitepéquez	Chimaltenango	Totonicapán
Con qué frecuencia refiere a un proveedor biomédico:					
Siempre	24	47	5	27	21
Seguido	8	6	20	0	0
Algunas veces	42	47	40	47	36
Casi nunca	6	0	5	20	0
Nunca	20	0	30	7	43
Por problemas durante el embarazo, refiere las mujeres a:					
Cualquier proveedor*	80	100	70	93	57
Hospital	27	24	30	33	21
Centro o puesto de salud	64	94	35	73	57
Doctor privado	24	24	40	20	7
Otra comadrona	5	6	10	0	0
Por problemas durante el parto, refiere las mujeres a:					
Cualquier proveedor*	77	100	65	93	50
Hospital	53	59	50	60	43
Centro o puesto de salud	26	53	5	40	7
Doctor privado	9	6	20	7	0
Número de comadronas	66	17	20	15	14

*Esta categoría incluye cualquier referencia a proveedor, independientemente de la clase. La suma de todas las clases de referencias puede ser mayor que el total, porque algunas comadronas refieren a más de un proveedor. Fuente: Entrevistas a las comadronas en la EGSF (1995).

²⁴Las pocas comadronas que refieren mujeres a otras comadronas (cinco por ciento) también las envían a al menos una clase de proveedor o establecimiento biomédico. Por simplicidad se supone que las comadronas que dicen referir sus pacientes a otro proveedor con frecuencia o siempre, las envían a un proveedor biomédico.

Por departamento, las comadronas que refieren sus pacientes con mayor frecuencia a proveedores biomédicos son las provenientes de Jalapa y Chimaltenango, en tanto que las de Suchitepéquez y Totonicapán lo hacen en menor grado. Los datos presentados anteriormente en el Cuadro 2.1 sugieren que estas diferencias reflejan algo más que diferencias de acceso a proveedores biomédicos; aunque el acceso a proveedores en Chimaltenango es el más alto, es el más bajo en Jalapa. Debe sin embargo tenerse en cuenta que la muestra de comadronas en cada departamento es bastante pequeña.

Efecto de la Capacitación y Otras Características Sobre las Prácticas de Referencia

El Cuadro 5.2 muestra la proporción de comadronas que remiten sus pacientes a proveedores biomédicos regularmente (frecuentemente o siempre), según características de la comadrona o su comunidad. La sección superior del cuadro muestra que 38 por ciento de las comadronas con entrenamiento formal regularmente refieren a las mujeres embarazadas, contra solamente 12 por ciento de las comadronas sin capacitación.²⁵ Aunque estas diferencias pueden atribuirse al programa de capacitación, también pueden deberse a otras distinciones entre comadronas capacitadas y no-capacitadas sin relación alguna con el programa. Por ejemplo puede darse el caso de que las comadronas adiestradas vivan en áreas donde la accesibilidad a la atención biomédica es mayor (más fácil). Para controlar el posible efecto de otras variables además de la capacitación, se utilizó un modelo de regresión multivariada. Dado que el resultado es binario (si la comadrona refiere regularmente o no sus pacientes a un proveedor o establecimiento biomédico), se empleó un modelo de regresión logística.

El modelo incluye siete variables explicativas que se cree afectan la probabilidad de que las comadronas hagan las referencias. Tres de ellas denotan características de la comadrona: (1) si asistió al curso de capacitación para comadronas; (2) si tiene alguna educación formal; y (3) su etnicidad (ladina o indígena). La educación de una comadrona puede afectar su exposición y comodidad con creencias y proveedores biomédicos, más allá de su experiencia en los cortos programas de capacitación. Es posible que las mujeres indígenas hagan menos referencias que las ladinas debido a diferencias en creencias sobre salud, prácticas culturales y posición socioeconómica y debido a la discriminación hacia las pacientes indígenas en los establecimientos públicos de salud (Cosminsky, 1982; Hurtado & Esquivel, 1986; Rosenthal, 1987; Schieber & Delgado, 1993).

Otras cuatro variables reflejan las características de la comunidad: (1) si hay un proveedor biomédico dentro de la comunidad; (2) si la comunidad tiene servicio regular de buses; (3) el consumo promedio per-cápita por hogares de los entrevistados viviendo en la comunidad (una medida alternativa del nivel de ingreso de la comunidad); y (4) el departamento en el cual la comunidad está ubicada. La primera variable mide el acceso de las mujeres a proveedores biomédicos y refleja el grado al cual las comadronas han estado expuestas e influenciadas por creencias y prácticas biomédicas. En este sentido, la presencia de un doctor o centro o puesto de salud dentro de la comunidad debería aumentar la probabilidad de que las comadronas hagan referencia de pacientes. También debería ser más probable que hagan referencias en comunidades que cuentan con un sistema adecuado de transporte, debido a la lejanía de muchos de estos proveedores y establecimientos biomédicos (especialmente hospitales). El ingreso promedio de la comunidad puede afectar las referencias en la medida en que un mayor ingreso esté asociado con un mayor contacto con las áreas urbanas y una mayor exposición y aceptación de ideas occidentales entre mujeres y comadronas. Finalmente, las variables que hacían referencia a los diferentes departamentos se incluyeron en el modelo debido a la naturaleza del plan de muestreo.

Cuadro 5.2 Porcentaje de Comadronas que Refieren Clientes Regularmente, Según Características de la Comadrona y la Comunidad

Características	Porcentaje
Total	32
<u>Asistencia a entrenamiento formal para comadronas</u>	
No	12
Sí	38
<u>La comadrona tiene alguna educación formal</u>	
No	33
Sí	30
<u>Etnicidad de la comadrona</u>	
Ladina	52
Indígena	21
<u>Hay servicios biomédicos en la comunidad</u>	
No	31
Sí	32
<u>Promedio mensual per-cápita de consumo en el hogar</u>	
Menos de 25 quetzales	27
25 quetzales o más	38
<u>Servicio de buses y carreteras transitables todo el año</u>	
No	25
Sí	45
Número de comadronas	66

Nota: Regularmente se define como “seguido” o “siempre”.

Fuente: Entrevistas a comadronas, informantes claves y madres en la EGSF (1995).

Las estimaciones del modelo ²⁶ mostradas en el Cuadro 5.3 revelan que, controlado por otras características de la comadrona y su comunidad, la capacitación tiene un efecto grande y estadísticamente significativo en las prácticas de referencia de pacientes. Concretamente, la probabilidad relativa (“odds ratio” en inglés) de referir una mujer embarazada a un proveedor es 23 para una comadrona adiestrada en comparación con una sin capacitación. Sin embargo, contra lo esperado, la educación formal de la comadrona no tiene prácticamente ningún impacto en la probabilidad de que ella refiera pacientes a otros proveedores. Como es de esperar, es mucho menos probable que las comadronas indígenas, comparadas con las ladinas, hagan referencia de sus pacientes. Las comadronas en comunidades con servicio regular de buses refieren más las mujeres embarazadas, pero el efecto no es significativo. Ninguna de las otras variables—presencia de un proveedor biomédico, nivel de ingreso de la comunidad y departamento de residencia—está significativamente relacionada con las prácticas de referencia.

²⁶ La probabilidad relativa (“odds ratio” en inglés) se calcula como el cociente entre “the odds” de que ocurra el evento en una categoría dada de una variable, dividida entre “the odds” para la categoría omitida de esa variable. Por ejemplo, supóngase que la probabilidad de que una comadrona haga referencias regularmente es p_1 y la probabilidad de que una comadrona sin capacitación (categoría omitida) haga referencias regularmente es p_2 , entonces, la probabilidad relativa asociada con el hecho de ser una comadrona entrenada es igual a $p_1 / (1 - p_1)$ dividida entre $p_2 / (1 - p_2)$. Después de controlar los otros factores incluidos en el modelo, esta probabilidad relativa es 23.33 (Cuadro 5.3).

²⁵ Una prueba estadística indica que esta diferencia tiene un valor P (“p value”) de 0.06.

II. Resultados

Cuadro 5.3 Probabilidad Relativa (“Odds Ratio”) del Modelo de Regresión Logística para Predecir que la Comadrona Refiera Clientes Regularmente

Variable	Probabilidad Relativa	Valor P
Comadrona entrenada	23.33*	0.01
Alguna educación formal	1.01	0.99
Indígena	0.06*	0.03
Servicio de buses y carreteras transitables todo el año	3.79	0.13
Algún servicio biomédico en la comunidad	1.60	0.54
Promedio per-cápita de consumo por hogar en la comunidad (Jalapa)*	0.91	0.21
Suchitepéquez	--	--
Chimaltenango	1.08	0.95
Totonicapán	1.08	0.95
Totonicapán	1.45	0.80
Número de comadronas	66	

* p < 0.05
*Categoría omitida

Prácticas de Referencias Entre los Centros o Puestos de Salud y los Médicos Privados

El Cuadro 5.4 muestra el porcentaje de puestos y centros de salud estudiados en esta encuesta que refieren a mujeres a establecimientos o proveedores particulares. Todos los centros y puestos hacen referencias a hospitales, y más de la mitad de los puestos las hacen a centros de salud. Solamente uno de cada cinco hace referencias a doctores privados, y una proporción semejante las hace a comadronas. Parecen haber grandes diferencias entre departamentos en la proporción de puestos o centros que refieren pacientes a médicos o comadronas, pero debido a que el número de establecimientos en la muestra es tan pequeño las diferencias no son estadísticamente significativas.

La sección inferior del Cuadro 5.4 presenta las referencias hechas por médicos privados. Al igual que los centros y puestos de salud, todos los doctores hacen referencias a hospitales. Sin embargo, menos de la mitad las hacen a puestos y centros de salud. La mayoría refieren a otros médicos privados. Solamente un 12 por ciento (un total de tres doctores) dijo hacer referencias a comadronas, y los tres residen en Jalapa. De nuevo, aunque las diferencias entre departamentos parecen ser grandes, no son estadísticamente significativas por el reducido número de médicos entrevistados en la muestra en cada departamento.

Cuadro 5.4 Porcentaje de Proveedores Biomédicos (Centros y Puestos de Salud y Médicos Privados) que Refieren Pacientes a Otros Proveedores, por Departamento

	Centros y Puestos de Salud (CPS)				
	Total	Jalapa	Suchitepéquez	Chimaltenango	Totonicapán
Referencia a:					
Hospital	100	100	100	100	100
Centro de salud*	65	100	56	80	57
Doctor privado	19	38	21	17	7
Comadrona	21	38	14	0	36
Número de CPS	48	8	14	12	14

*Calculado únicamente entre puestos de salud (n=23).
Fuente: Entrevistas al personal de centros y puestos de salud en la EGSF (1995).

	Médicos Privados				
	Total	Jalapa	Suchitepéquez	Chimaltenango	Totonicapán
Referencia a:					
Hospital	100	100	100	100	100
Centro o puesto de salud	42	50	40	20	50
Doctor privado	73	75	80	80	50
Comadrona	12	25	0	0	0
Número de médicos privados	26	12	5	5	4

Fuente: Entrevistas a doctores privados en la EGSF (1995).

6. Motivación para Buscar Atención y Contenido de la Atención

Motivación para Buscar Atención

Las mujeres pueden buscar consulta durante su embarazo para cuidado regular, o porque enfrentan problemas o complicaciones. A las madres de las EGSF se les preguntó el motivo por las visitas a cada uno de los proveedores que visitaron durante su embarazo, para los dos nacimientos más recientes entre 1990 y 1995. Se obtuvo información para un total de 4,359 proveedores (Cuadro 6.1). La mayoría de ellos (3705 o 85 por ciento) fueron visitados para consulta prenatal regular. Solo seis por ciento (248) fueron visitados porque la mujer tenía algún problema, y otro nueve por ciento (406) atendió a las mujeres por ambas razones, atención regular y algún problema. Si una mujer buscaba consulta regular, era más probable que para ella acudiera a una comadrona, a diferencia de aquellas que buscaban tratamiento porque tenían alguna complicación. Las mujeres con problemas consultaron en la misma proporción a centros o puestos de salud, y médicos privados.

Cuadro 6.1 Distribución Porcentual de los Proveedores, Según Motivación para Buscar Ayuda

	Razón para buscar el proveedor:		
	Estaba embarazada	Por un problema	Por ambas razones
Clase de proveedor			
Comadrona	70.6	35.1	46.3
Centro o Puesto de Salud	19.6	30.2	23.2
Enfermera	1.1	2.4	2.5
Doctor	8.7	32.3	28.1
Número de proveedores	3,705	248	406

Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995).

En el Cuadro 6.2 se presenta la distribución de los problemas entre los 654 proveedores buscados debido a alguna complicación, según clase de proveedor. Para todas las clases de proveedor los problemas más frecuentemente reportados fueron dolor o calambres en el estómago, espalda, cabeza, brazos, piernas o pies. También se informó con frecuencia mala posición del niño, hinchazón (en otra parte del cuerpo que no fuera las manos o la cara) y náusea, vómito o falta de apetito. Comparados con las comadronas y los puestos o centros de salud, los médicos reportaron más visitas por problemas más serios, como infecciones o fiebre alta, amenaza de aborto, hemorragia y síntomas de eclampsia o preeclampsia (hinchazón de las manos o cara, alta presión arterial y convulsiones).

Cuadro 6.2 Distribución de los Problemas por los que la Mujer Buscó un Proveedor, Según Clase de Proveedor

	Total	Comadronas	CPS	Doctores
Problemas^a Mencionados:				
Dolor o calambres de estómago, espalda, cabeza, brazos, piernas, o pies	31.5	37.8	37.2	17.0
Niño en mala posición	13.6	20.4	11.2	6.7
Hinchazón de otras partes (además de cara o manos)	10.4	11.6	10.0	8.2
Náusea/vómito/falta de apetito	9.8	7.6	14.2	9.8
Amenaza de aborto	8.6	7.3	7.1	11.8
Infección, calentura, o fiebre	8.1	2.9	8.3	15.5
Síntomas de preeclampsia/eclampsia ^b	7.2	5.4	7.1	9.8
Hemorragia/sangrado	6.9	5.4	4.7	11.3
Otro problema	25.8	18.2	28.4	34.0
Número de proveedores	654	275	169	194

Nota: Este cuadro se basa únicamente en proveedores buscados porque la mujer tenía un problema durante el embarazo, con una observación por cada proveedor visitado. Los porcentajes pueden sumar más de 100% porque algunas mujeres mencionaron más de un problema.
CPS= Centro o Puesto de Salud
^aLos problemas que formaban al menos un 5% del total se codificaron por separado.
^bLos síntomas incluyen: presión alta, hinchazón de las manos o la cara, y ataques.
Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995).

Contenido de la Atención

A diferencia de otras encuestas en Guatemala, que se concentran principalmente en el uso de los servicios de salud, la EGSF recogió información detallada, sobre el contenido de la atención. Estos datos provienen de dos fuentes en la EGSF: entrevistas a madres y comadronas. En el primer caso, a las madres que consultaron algún proveedor (biomédico o no) durante el embarazo, se les preguntó sobre los procedimientos y tratamientos utilizados. Se les preguntó específicamente si el proveedor revisó la posición del niño, tomó la presión arterial de la madre, le sacó sangre, le puso una inyección, o le dio alguna receta médica, medicina o remedio. También se les preguntó si le habían puesto una inyección a la hora del parto y la razón por ella. En la segunda fuente de información—entrevistas a los proveedores—se les preguntó a las comadronas (pero no a los proveedores biomédicos), si ellas realizaban cada procedimiento contenido en una lista extensiva de servicios y tratamientos relacionados con el cuidado del embarazo y el parto, y la frecuencia con la que se lleva dichos procedimientos a cabo. También se les hizo una pregunta abierta acerca del tipo de cuidado más importante que ellas proporcionan a las mujeres durante su embarazo y parto.

El Cuadro 6.3 presenta los resultados de las entrevistas a las comadronas. En el período prenatal, casi todas rutinariamente chequean la posición del bebé y dan consejos sobre comidas que las madre debe o no ingerir durante el embarazo. La mayoría, en al menos una ocasión, tratan de cambiar la posición del bebé y dan remedios de hierbas. Sorprendentemente se encontró que la tradicional práctica de masajes no es tan universal, a pesar de que muchos estudios etnográficos han resaltado la importancia y preponderancia de este procedimiento entre comadronas (Acevedo & Hurtado, 1997; Cosminsky, 1982; Greenberg, 1982; Lang & Elkin, 1997).²⁷

El 85 por ciento de las comadronas faja el estómago de la mujer después del nacimiento en forma rutinaria, práctica “condenada” por los cursos de capacitación, aunque no existe suficiente evidencia científica de que es dañina. Una proporción bastante más baja (un tercio) prepara el temascal tradicional. En investigaciones etnográficas previas se ha enfatizado la importancia del temascal, especialmente durante el puerperio y entre la población indígena (Cosminsky, en proceso; Acevedo & Hurtado, 1997), aunque no hay estimaciones disponibles de su prevalencia.

Los datos también muestran que las comadronas usan con frecuencia ciertos procedimientos biomédicos. Por ejemplo, más del 60 por ciento ha ejecutado alguna vez un examen vaginal. Cerca de un 30 por ciento ha tomado la presión arterial o pulso de las embarazadas, o les ha puesto inyecciones de vitaminas. Otros tratamientos y prácticas biomédicas, como dar antibióticos, inmunización contra el tétano, inyecciones de medicina o inyecciones durante el parto, son considerablemente menos frecuentes entre ellas (ver sección inferior del Cuadro 6.3). Los peligros potenciales asociados con algunas de estas prácticas se discutirán en la siguiente sección.

Cuadro 6.3 Distribución Porcentual de la Frecuencia de los Tratamientos y Prácticas Utilizados por las Comadronas

¿Da este servicio, normalmente, solamente de vez en cuando, o nunca?	Normal-mente	De vez en cuando	Solo cuando necesario/Depende del caso	Nunca
Examina la posición del bebé	94	4	0	2
Da consejo sobre los alimentos que se deben comer y los que no se deben comer	97	0	0	3
Da masajes en el estómago o vientre durante el embarazo	51	4	17	27
Da masajes en otras partes del cuerpo durante el embarazo	17	9	17	58
Trata de cambiar la posición del bebé en el útero	20	9	42	29
Toma el pulso de la mujer o la presión de la sangre	26	3	0	71
Hace un examen vaginal	38	8	18	36
Dice una oración especial por la salud de la madre	85	2	0	14
Hace una ceremonia religiosa o espiritual	21	6	3	70
Empuja sobre el estómago durante el comienzo del parto	23	3	12	62
Limpia al bebé en el momento del parto	100	0	0	0
Mantiene al bebé caliente después del parto	89	2	2	8
Le dice a la madre que NO debe darle pecho al niño inmediatamente después del parto ^a	3	0	2	95
Le dice a la madre que debe empezar a darle pecho al niño inmediatamente después del parto ^a	97	2	0	2
Pone polvitos o pomadas en el ombligo	50	0	4	46
Prepara temascal después del parto	35	0	5	60
Faja el estómago de la mujer	85	6	5	4
Le dice a la mujer que debe darle agua azucarada al niño durante la primera semana de su vida	65	9	5	21
Le dice a la mujer que debe darle té de achicoria o té de anís al niño durante la primera semana	51	6	11	32
Recomienda que la mujer vacune a sus hijos ^a	98	0	0	2
Recomienda que la mujer NO vacune a sus hijos ^a	4	0	0	96
Hace un chequeo de la mujer durante los 40 días después del parto	71	3	6	20
Hace un chequeo del niño durante los 40 días después del parto	74	2	3	21
¿Qué tan seguido le da usted lo siguiente a las mujeres embarazadas, o a mujeres durante el parto?	Casi siempre	Por lo general	Algunas veces	Nunca
Tés de hierbas o hierbas	21	29	21	29
Vitaminas	20	21	11	48
Inyecciones de vitaminas	11	12	6	71
Aspirina	2	2	3	94
Antibióticos	0	0	4	96
Otra medicina: analgesico ^b	8	6	9	77
Inyecciones de medicina	2	3	6	89
Inyecciones contra tétanos	4	5	0	91
Inyecciones para los dolores de parto	4	2	5	89
Inyecciones para dar fuerza en el trabajo de parto	2	2	9	88
Otra medicina durante el parto ^c	2	6	3	89
Número de comadronas	66			

^aAlgunas preguntas se hicieron dos veces, de forma positiva y de forma negativa, para examinar la estimulación o desestimulación de las prácticas
^bIncluye: acción, acetaminophen (Tylenol), cibalgina, espasmopin/espasmocibalgina, gotas maravillosas, neomelubrina para la fiebre, darviran, y pimienta cocinada con gotas maravillosas.
^cIncluye: medicina para el parto e inyección de methergine, un oxitócico administrado después del parto para prevenir y controlar hemorragias.
Fuente: Entrevistas a las comadronas en la EGSF (1995).

²⁷ Es posible que las comadronas hayan subreportado la práctica del masaje en la EGSF, porque el cuestionario utilizó la palabra “masaje” en vez de “solar”. También porque el cuestionario se hizo solo en español, es posible que algunas comadronas indígenas no hayan entendido la pregunta.

El Cuadro 6.4 presenta las respuestas de las comadronas a las preguntas abiertas sobre el cuidado más importante que ofrecen a las mujeres embarazadas. La respuesta más frecuente es que la madre debe comer bien (alimentarse, buena alimentación). Otras respuestas comunes son la importancia de que la mujer embarazada cuide su higiene personal y trate de evitar levantar objetos pesados o hacer mucha fuerza. Muy pocas respuestas incluyen recomendaciones de buscar a un proveedor biomédico (aunque como vimos en la sección previa, muchas comadronas refieren sus pacientes a ellos) o la utilización de tratamientos biomédicos.

Cuadro 6.4 Componente más Importante en la Atención Proporcionada por una Comadrona

	N
Según su opinión, ¿Qué es lo más importante (que debe hacerse) en el cuidado de una mujer durante el embarazo y el parto?	
Comer bien (v.gr. alimentarse, buena alimentación)	27
Higiene/limpieza (v.gr. higiene, hacerle su limpieza para que no haya infecciones, aseo personal, bañarse)	17
No alzar cosas pesadas o hacer mucha fuerza (v.gr. no levantar cosas pesadas, no hacer mucha fuerza, no carguen al niño chiquito durante el embarazo)	14
Cuidarse/vigilar (v.gr. velar por el estado de salud de la mujer y el niño, el cuidado de la mujer durante el embarazo, cuidarse)	6
Control prenatal (v.gr. el control, este en control, control embarazo)	5
Asegurarse que el bebé viene en buena posición (v.gr. que el bebé venga en buena posición, ver la posición del bebé)	5
Tener cuidado con las caídas (v.gr. tener cuidado con las caídas, cuidarse en los caminos con hoyos)	3
Tomar vitaminas, medicinas o remedios (v.gr. tomen las medicinas o remedios, tomar vitaminas)	2
Encomendarse a Dios/pedir ayuda a Dios (v.gr. pedirle a Dios que le de fuerza, encomendarse a Dios)	2
Ejercicios (v.gr. hacer ejercicios)	2
Ir al doctor/centro de salud (v.gr. sus visitas al centro de salud, estén en control con medico)	2
Otro*	6
Nada/no responde	2
Total de comadronas	66
Nota: Todas las respuestas mencionadas por más de una comadrona se presentaron por separado (las categorías no son mutuamente excluyentes).	
*Otros incluye: “bañarse en temascal”, “animar a las señoras para que estén preparadas”, “no anden en caballo”, “no se depriman”, “no brinquen”, y “cuidarse de mojarse”	
Fuente: Entrevistas a las comadronas en la EGSF (1995)	

Las respuestas de las madres, relacionadas con las prácticas tanto de las comadronas como de proveedores biomédicos durante el embarazo, se muestran en el Cuadro 6.5.²⁸ Dado a que la muestra de las mujeres que reportaron sobre las prácticas de los proveedores es mucho mayor que la de los proveedores, las estimaciones del Cuadro 6.5 se muestran también por departamento.

Al igual que lo observado en los datos de las comadronas, estos reportes indican que casi todos los proveedores chequearon la posición del niño. El resto de los procedimientos enumerados en el Cuadro 6.5, los cuales consisten de prácticas biomédicas, son como es de esperar, mucho más frecuentes entre médicos y personal de los centros y puestos de salud que entre comadronas. Por ejemplo, casi todos los doctores tomaron la presión arterial de las embarazadas, en tanto que solamente un tercio de las comadronas lo hizo. Una mayor proporción de mujeres dijo haber recibido inyecciones²⁹ durante el embarazo en un puesto o centro de salud (55.1 por ciento), que por un médico (30.4 por ciento)—resultados congruentes con el hecho de que las mujeres embarazadas muchas veces acuden al puesto o centro de salud para recibir vacunas de toxoide tetánico. Algunos de estos procedimientos no muestran variación entre departamentos, sin embargo, la utilización de inyecciones sí difiere considerablemente de un departamento a otro según la clase de proveedor. La proporción de comadronas que tomaron la presión arterial de sus pacientes varió de 17 por ciento en Jalapa, a 45 por ciento en Chimaltenango.

²⁸ Nótese que las estimaciones obtenidas de las respuestas de las madres difieren de las de las comadronas en algunos aspectos. Por ejemplo, en las estimaciones obtenidas de la información proveniente de las comadronas, las que trataron pocas pacientes contaron tanto como aquellas con muchas. Sin embargo, estas últimas comadronas tienen más representación que las primeras en las estimaciones basadas en respuestas de las madres, porque tenían más clientes (madres) que reportaron sus prácticas.

²⁹ La EGSF no recogió información sobre la clase de inyecciones que recibieron durante el embarazo.

Cuadro 6.5 Reporte de las Madres Sobre las Prácticas de los Proveedores Durante el Embarazo, por Clase de Proveedor (Porcentajes)

	Clase de proveedor prenatal		
	Doctor	Centro o Puesto de Salud	Comadrona
Total	(n=517)	(n=895)	(n=2,890)
Revisó cómo estaba el niño en el estomago	98.2	94.6	98.7
Le tomó la presión	96.7	87.0	32.2
Le sacó sangre	27.1	16.4	0.6
Le puso una inyección	30.4	55.1	8.0
Le dio una receta, medicina, o remedio	84.5	76.3	19.5
Jalapa	(n=178)	(n=346)	(n=623)
Revisó cómo estaba el niño en el estómago	98.3	90.2	98.7
Le tomó la presión	96.1	84.7	17.0
Le sacó sangre	29.8	20.2	1.1
Le puso una inyección	31.0	70.5	3.2
Le dio una receta, medicina, o remedio	86.5	70.2	28.9
Suchitepéquez	(n=148)	(n=162)	(n=710)
Revisó cómo estaba el niño en el estómago	98.6	98.8	98.8
Le tomó la presión	98.6	87.6	24.9
Le sacó sangre	31.1	13.0	0.4
Le puso una inyección	21.6	35.8	3.7
Le dio una receta, medicina, o remedio	87.2	85.2	17.7
Chimaltenango	(n=129)	(n=246)	(n=770)
Revisó cómo estaba el niño en el estómago	97.7	97.6	99.2
Le tomó la presión	93.8	86.6	44.7
Le sacó sangre	24.0	17.9	0.4
Le puso una inyección	30.2	42.7	16.4
Le dio una receta, medicina, o remedio	75.2	74.0	14.3
Totonicapán	(n=62)	(n=141)	(n=787)
Revisó cómo estaba el niño en el estómago	98.4	95.7	98.0
Le tomó la presión	100.0	92.9	38.6
Le sacó sangre	16.1	8.5	0.5
Le puso una inyección	50.0	61.0	7.4
Le dio una receta, medicina, o remedio	91.9	85.1	18.7

Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995).

Los reportes de las madres que conciernen a las inyecciones recibidas al momento del parto se presentan en el Cuadro 6.6, para la muestra entera y también por departamento. Las estimaciones se muestran según si un doctor, enfermera o comadrona atendió el parto. Es mucho más probable que un médico (o enfermera) suministre una inyección al momento del parto a que lo haga una comadrona. Dos terceras partes de los doctores consultados por las entrevistadas lo hicieron así, en tanto que entre las comadronas la proporción fue de menos de un quinto. Se encontró una gran variación por departamento en la frecuencia con que una comadrona suministra una inyección a la hora del parto, desde un seis por ciento en Jalapa hasta más de un 25 por ciento en Chimaltenango. La mayor utilización de esta práctica en Chimaltenango, es consistente con el hecho de que ahí es más frecuente el uso de inyecciones durante el embarazo (Cuadro 6.5).

Cuadro 6.6 Inyección Suministrada Durante el Parto, Según Proveedor que lo Atendió, por Departamento (Porcentajes)

	Proveedor que atendió el parto		
	Doctor	Enfermera	Comadrona
Total	(n=369)	(n=113)	(n=2,706)
Le pusieron alguna inyección cuando se compuso	63.7	44.2	17.9
Propósito de la inyección ^a			
Para componerse más rápido	17.9	22.1	14.7
Para el alivio del dolor	20.9	6.2	1.5
Para otra cosa ^b	10.8	7.1	0.7
No sabe para qué fue	15.4	10.6	1.0
Jalapa	(n=111)	(n=40)	(n=615)
Le pusieron alguna inyección cuando se compuso	73.0	42.5	6.3
Propósito de la inyección ^a			
Para componerse más rápido	14.4	17.5	4.7
Para el alivio del dolor	26.1	2.5	1.0
Para otra cosa ^b	18.9	12.5	0.5
No sabe para qué fue	13.5	10.0	0.3
Suchitepéquez	(n=130)	(n=39)	(n=645)
Le pusieron alguna inyección cuando se compuso	64.6	30.8	17.0
Propósito de la inyección ^a			
Para componerse más rápido	17.7	25.6	12.1
Para el alivio del dolor	20.0	2.6	1.4
Para otra cosa ^b	8.5	5.1	1.1
No sabe para qué fue	18.5	0.0	2.5
Chimaltenango	(n=90)	(n=27)	(n=692)
Le pusieron alguna inyección cuando se compuso	52.2	59.2	25.9
Propósito de la inyección ^a			
Para componerse más rápido	20.0	14.8	21.0
Para el alivio del dolor	13.3	14.8	2.7
Para otra cosa ^b	6.7	3.7	1.4
No sabe para qué fue	14.4	25.9	0.7
Totonicapán	(n=38)	(n=7)	(n=754)
Le pusieron alguna inyección cuando se compuso	60.5	71.4	20.8
Propósito de la inyección ^a			
Para componerse más rápido	23.7	57.1	19.5
Para el alivio del dolor	26.3	14.3	0.8
Para otra cosa ^b	5.3	0.0	0.0
No sabe para qué fue	13.2	14.3	0.7

^aA la entrevistada se le permitió reportar más de un propósito para la inyección.

^bDebido a que se preguntó -"Le pusieron alguna inyección cuando se compuso?" -la inyección puede haber sido puesta después del nacimiento del niño para minimizar la pérdida posparto de sangre.

Fuente: Entrevistas a madres en la EGSF (1995).

7. Calidad de la Atención Proporcionada por las Comadronas

Aunque en Guatemala se han llevado a cabo varios estudios de gran escala sobre el uso de los servicios de salud durante el embarazo, hay muy poca investigación sobre la calidad del servicio que comadronas y otros proveedores ofrecen en Guatemala. Esta limitación no se da únicamente en Guatemala, sino refleja una falta de conocimiento general sobre la calidad de la atención prenatal, aún en el mundo desarrollado. La mayoría de los documentos que tratan de evaluar la adecuación del cuidado prenatal utilizan medidas sobre la oportunidad y frecuencia de las visitas a los proveedores, no sobre el contenido real de los servicios. Sin embargo, no hay evidencia de que la cantidad de atención sea un determinante importante de ciertos resultados de embarazos, tales como peso al nacer o mortalidad infantil (Petitti et al., 1991; Stringer, 1998).

En esta sección usamos información detallada sobre las prácticas y los tratamientos reportados por las comadronas en la EGSF (Cuadro 6.3) para tratar de determinar la calidad de la atención ofrecido por ellas en el área rural de Guatemala. Es importante tomar en cuenta que existen otras prácticas -tanto benéficas como dañinas- que tienen las comadronas de Guatemala, pero que no son incluidas en la EGSF y que por lo tanto no son parte de este análisis. Dado que no se hicieron preguntas similares a los demás proveedores, no se pueden llevar a cabo este tipo de análisis para ellos.

Posible Beneficios o Daños Asociados con las Prácticas

Para calcular una medida de la calidad de la atención, primero valoramos el beneficio o daño potencial asociado con cada una de las prácticas y tratamientos reportados por las comadronas. La valoración es basada en evidencia científica de los efectos potenciales de estas prácticas como también en su uso apropiado, tomando en cuenta la capacitación de las comadronas y las circunstancias bajo las cuales ellas trabajan en el área rural de Guatemala.

En muchos casos no se pudo clasificar los procedimientos como dañinos o beneficiosos, ya que no se cuenta con la suficiente información al respecto en la EGSF. Por ejemplo, no podemos definir si la práctica de dar consejos sobre asuntos alimenticios es beneficiosa, porque no se tiene conocimiento del contenido de esos consejos. Podrían ser recomendaciones para consumir alimentos nutritivos, pero también podrían acarrear prohibiciones para ciertas comidas por posibles desbalances entre frío y caliente.⁴⁰ En forma parecida, aunque se puede considerar que la toma de la presión arterial es un componente esencial del servicio en los países desarrollados (para detectar preeclampsia o eclampsia), no se tiene información en la encuesta sobre la aptitud de las comadronas para llevar a cabo este procedimiento o para evaluar los resultados del mismo.⁴¹ Tampoco fue posible clasificar algunos de los procedimientos por falta de información científica sobre ellos. Por ejemplo, la literatura científica no presenta información suficiente o conclusiva sobre los posibles beneficios o daños relacionados con medicinas de hierbas, masajes, temascal, o la faja al estómago de la mujer después del parto (Cosminsky, 1977, 1982; Enkin et al., 1995; Putney & Smith, 1989).

Entre las prácticas incluidas en la EGSF, se han identificado 10 prácticas que pueden ser o dañinas o beneficiosas. Las prácticas consideradas positivas se codificaron como "beneficiosas" si la comadrona las ejecutaba *normalmente*. Aquellas peligrosas bajo cualquier circunstancia se codificaron como "dañinas" si la comadrona reportó utilizarlas *alguna vez*. Las prácticas apropiadas bajo ciertas circunstancias pero peligrosas en otras (por ejemplo examen vaginal, empujar sobre el estómago y alimentación suplementaria) se tomaron como "dañinas" solamente si la comadrona dijo realizarlas *normalmente*.

⁴⁰ Otros dos procedimientos en esta categoría son examinar la posición del feto y tratar de modificarla. El primero permite a la comadrona detectar mala presentación, en tanto que el segundo, si se hace en el momento correcto (37 semanas o más), puede evitar la necesidad de un parto por cesárea (Jordan, 1993; Coor, 1995; Enkin et al., 1995).

⁴¹ A las comadronas no se les enseña a tomar la presión ni se les suministra el equipo necesario. En vez, se les adiestra para detectar hinchazón de la cara y manos y remitir las mujeres con estos síntomas a un proveedor biomédico.

Con base en evaluaciones científicas (Bartlett & Paz de Bocaletti, 1991; Bartlett et al., 1993; Goer, 1995; Liskin, 1992; Okeke, 1999; Safe Motherhood, 1998; WHO, 1994; WHO, 1996; Williams & Heymann, 1998), clasificamos las siguientes seis prácticas como peligrosas:

- (1) alguna vez le da inyecciones para dar fuerza al trabajo de parto;
- (2) alguna vez le da antibióticos durante el embarazo o el parto⁴²;
- (3) alguna vez le pone polvitos o pomadas en el cordón umbilical;
- (4) normalmente empuja sobre el estómago durante el comienzo del parto;
- (5) normalmente hace un examen vaginal durante el embarazo; y
- (6) normalmente le dice a la mujer que debe darle agua azucarada, té de achicoria o té de anís al niño durante la primera semana de su vida.

Con base en evaluaciones científicas similares (Enkin et al., 1995; Safe Motherhood, 1998; WHO, 1994; WHO, 1996), consideramos las restantes cuatro prácticas como beneficiosas:

- (1) normalmente mantiene al bebé caliente después del parto;
- (2) normalmente le dice a la madre que debe empezar a darle pecho inmediatamente después del parto;
- (3) normalmente recomienda a la mujer que vacune a sus hijos; y
- (4) normalmente hace un control o chequeo del niño y la mujer durante los cuarenta días después del parto.

Las frecuencias de estas 10 prácticas de parte de las comadronas se muestran en el Cuadro 7.1, para el total y por departamento. Las prácticas consideradas beneficiosas se han codificado en términos de la comadrona fallando de ejecutarlas, para que todas las frecuencias indiquen la prevalencia de una práctica peligrosa. La prevalencia de estas 10 prácticas tiene una gran variación. Más de tres cuartas partes de las comadronas recomienda a las mujeres que en la primera semana de vida le den a los niños otros alimentos además de la leche de pecho, presumiblemente porque creen que el calostro no tiene suficiente nutrientes (Lang & Elkin, 1997). Consideramos que esta práctica es perjudicial porque la literatura biomédica sugiere que la suplementación alimentaria temprana puede interferir con la iniciación o continuación de la lactancia materna y pueden ser contaminados con microorganismos (Safe Motherhood, 1998). En contraste, otras prácticas peligrosas son poco frecuentes: muy pocas comadronas no recomiendan a las mujeres que vacunen a sus hijos o que les den leche de pecho, menos del cinco por ciento le da antibióticos a sus pacientes y cerca de un 11 por ciento no mantiene al bebé caliente después del parto en forma rutinaria.

Como se aprecia en el Cuadro 7.1, casi un 40 por ciento de las comadronas realiza un examen vaginal en forma rutinaria, práctica potencialmente peligrosa por el riesgo de infección. Aunque bastante alta, esta estimación es menor que la obtenida en un estudio en Santa María de Jesús, en el departamento de Sacatepéquez, a mitad de la década de los 80, donde tres cuartas partes de las mujeres dijeron que las comadronas les habían hecho un examen vaginal (Bartlett & Paz de Bocaletti, 1991).

⁴² La utilización de antibióticos de parte de las comadronas se considera peligrosa, porque este tipo de medicamentos no debería ser suministrado por personas sin capacitación médica.

Cuadro 7.1 Porcentaje de Comadronas que Ejecuta Algunas Prácticas Peligrosas, por Departamento

	Total	Jalapa	Suchite-péquez	Chimal-tenango	Totoni-capán
Alguna vez pone inyecciones para dar fuerza en el trabajo de parto	12.1	0.0	20.0	20.0	7.1
Alguna vez da antibióticos	4.5	0.0	10.0	0.0	7.1
Alguna vez pone polvitos o pomadas en el ombligo	54.5	70.6	55.0	20.0	71.4
Normalmente empuja sobre el estómago al inicio del parto	23.1	31.2	40.0	0.0	14.3
Normalmente hace un examen vaginal	37.9	17.6	50.0	46.7	35.7
Normalmente le dice a la madre que le de al bebé agua de azúcar/té durante la 1ª semana de vida	75.8	88.2	95.0	46.7	64.3
Normalmente no mantiene al bebé caliente después del nacimiento	10.6	11.8	25.0	0.0	0.0
Normalmente no recomienda a la madre que debe empezar a darle pecho inmediatamente después del parto	3.0	0.0	0.0	0.0	14.3
Normalmente no recomienda vacunas para el niño	1.5	0.0	0.0	6.7	0.0
Normalmente no hace un chequeo de la madre ni del bebé en los 40 días después del parto	32.3	11.8	15.0	100.0	14.3
Número de comadronas	66	17	20	15	14

Fuente: Entrevistas a las comadronas en la EGSF (1995).

Siguen siendo comunes algunos tratamientos potencialmente peligrosos, ejecutados al momento del parto o inmediatamente después del mismo, al menos hasta 1995 que fue cuando se hizo la EGSF. Por ejemplo, casi una cuarta parte de las comadronas empuja el estómago de las mujeres al inicio del parto como parte de la rutina. Más aún, la mitad de ellas normalmente ponen polvitos o pomadas en el cordón umbilical. Ambos procedimientos se consideran peligrosos, el primero porque está asociado con complicaciones uterinas y el segundo por el riesgo de infección o tétano (Liskin, 1992; WHO, 1994; WHO, 1996).

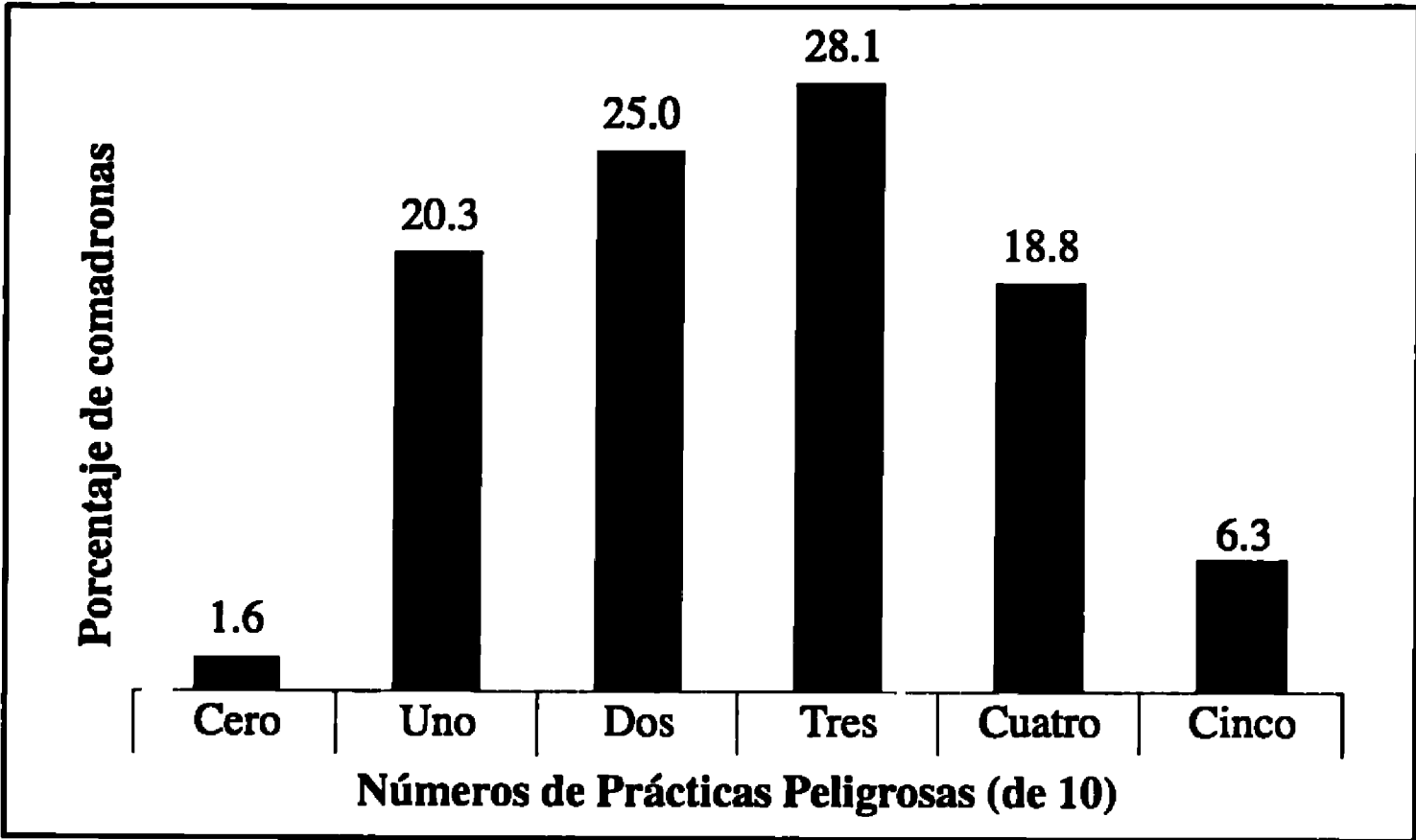
Además, cerca del 12 por ciento de las comadronas ha usado inyecciones para acelerar el parto (supuestamente oxitocina). Aunque este porcentaje no es muy alto, es problemático por los peligros potenciales asociados con esta práctica para el bebé y la madre. Específicamente, las inyecciones intramusculares de oxitocina durante el parto se consideran peligrosas, sin importar el proveedor que las administra, porque la dosis no puede adaptarse como se hace con la administración intravenosa (WHO, 1996). Debe sin embargo, notarse que esta estimación del 12 por ciento, al igual que la reportada por las madres de 15 por ciento de las comadronas usando inyecciones (Cuadro 2.6), es menor que la encontrada en otros estudios. Por ejemplo, los datos del estudio llevado a cabo en Santa María de Jesús en 1986, muestran que las inyecciones intramusculares de oxitocina fueron usadas en más de la mitad de los nacimientos (Bartlett & Paz de Bocaletti, 1991), y un estudio en Quetzaltenango (Schieber, 1992) reportó que 40 por ciento de las comadronas las usaron. Las estimaciones más bajas, encontradas en la EGSF, pueden deberse al hecho de que no se incluyeron áreas urbanas en la encuesta; se cree que la utilización de oxitocina es mayor en el altiplano y las áreas cercanas a las ciudades principales (Bartlett et al., 1993).

La prevalencia de prácticas peligrosas varía mucho entre los cuatro departamentos de la muestra (Cuadro 7.1). Por ejemplo, ninguna de las 15 comadronas de Chimaltenango dijo chequear normalmente la madre o el hijo durante el puerperio. En oposición a esto se encontró que una amplia mayoría de comadronas en los otros tres departamentos ofrecía este servicio. Por otra parte, aunque solo una de cada cinco comadronas en Chimaltenango ha puesto alguna vez polvitos o pomadas en el cordón umbilical, una mayoría de las de los otros departamentos si lo ha hecho.

Medida de la Calidad del Servicio

Nuestra medida de la calidad del servicio se basa en las 10 prácticas incluidas en el Cuadro 7.1. Cada comadrona recibió un punto por cada práctica peligrosa que practica y los puntos se sumaron para cada una para crear un índice de la calidad del servicio ofrecido. Así, el puntaje refleja el total de prácticas peligrosas que la comadrona ejecuta. En teoría este índice va de 0 a 10, pero ninguna comadrona tiene un valor mayor de cinco. Como se aprecia en la distribución del índice en la Figura 7.1, la mayoría de las comadronas ejecuta entre una y cuatro de estas prácticas peligrosas.

Cuadro 7.1 Porcentaje de Comadronas que Ejecuta Algunas Prácticas Peligrosas, por Departamento



También exploramos otros índices—por ejemplo ponderar más los procedimientos “más peligrosos”—pero reconocemos la arbitrariedad de cualquier ponderación. Sin embargo, los análisis se repitieron con índices creados bajo diferentes reglas (por ejemplo, dando poco peso a, o eliminando algunas medidas del índice). Se encontró que los resultados cambiaban poco con estas especificaciones alternativas. Sin embargo, debe mantenerse en mente que esta medida de la calidad de la atención se restringe a la frecuencia con que se emplean ciertas prácticas. No toma en cuenta otras dimensiones de la atención, como serían la relación entre las comadronas y sus clientes, el tiempo pasado con ellas, etc.

Efecto de la Capacitación de las Comadronas y Otras Características en la Calidad del Servicio

El Cuadro 7.2 muestra el valor promedio del índice según las siguientes seis variables relacionadas con la comadrona y la comunidad: (1) si la comadrona asistió un curso de capacitación; (2) si la comadrona tiene alguna educación formal; (3) el grupo étnico de la comadrona; (4) si hay un proveedor biomédico dentro de la comunidad; (5) el consumo promedio per-cápita por hogar de los entrevistados viviendo en la comunidad; y (6) el departamento en que la comunidad está ubicada. Estas son las mismas variables utilizadas para examinar el efectos de la capacitación de las comadronas en las prácticas de referencia, con la excepción de que ahora no se toma en cuenta la disponibilidad de transporte por autobús. Es menos probable que el transporte público esté asociado con el contenido o calidad de los servicios, como lo estaba con las referencias de pacientes a otros proveedores que vivían a distancias potencialmente muy grandes.

Como puede verse en el Cuadro 7.2 las comadronas tienen prácticamente el mismo valor en el índice, independientemente de si recibieron o no capacitación (2.58 contra 2.69 respectivamente). Este resultado sugiere que los programas de capacitación no tienen ningún efecto en la prevalencia de estas prácticas dañinas (o beneficiosas). Al igual que lo encontramos al analizar las prácticas de referencias, es posible que estos resultados se deban a diferencias entre comadronas adiestradas y sin capacitación, que no están en modo alguno relacionadas con los programas de capacitación. Para poder descifrar si este es el caso, se estimó un modelo de regresión lineal en el cual el índice de calidad del servicio es la variable dependiente, y las variables explicativas son las seis características de la comadrona y la comunidad descritas previamente. El argumento para incluir estas variables es similar al descrito en la sección cinco con respecto al modelo estadístico para prácticas de referencia. La inclusión de la presencia de proveedores biomédicos se debe a que creemos que puede resultar en un chequeo informal de las prácticas de la comadrona, o ser al menos una restricción en su comportamiento. La presencia de un proveedor biomédico cerca puede también indicar menor necesidad de que la comadrona ofrezca procedimientos biomédicos.

Cuadro 7.2 Valor Promedio del Índice^a de Calidad de la Atención Según Covariables Seleccionadas

	Valor Promedio del Índice
Total	2.61
Asistió a entrenamiento formal para comadronas	
No	2.69
Sí	2.58
La comadrona tiene alguna educación formal	
No	2.67
Sí	2.47
Etnicidad de la comadrona	
Ladina	2.36
Indígena	2.74
Hay servicios biomédicos disponibles en la comunidad	
No	2.87
Sí	2.36
Consumo promedio mensual per-capita del hogar	
Menos de 25 quetzales	2.65
25 quetzales o más	2.56
Departamento	
Jalapa	2.44
Suchitepéquez	3.10
Chimaltenango	2.43
Totonicapán	2.28
Número de Comadronas ^b	64

^aUn valor alto en este índice muestra un mayor uso de prácticas peligrosas.

^bDos comadronas no tienen valor en el índice

Los resultados del modelo de regresión (o sea, los coeficientes estimados) se presentan en el Cuadro 7.3. Los coeficientes asociados con la capacitación son bajos e insignificantes, lo cual fortalece nuestra conclusión de que los programas de capacitación de las comadronas parecen no tener ningún efecto sobre la calidad total del servicio que ellas ofrecen, medido en la forma que se hace en este análisis. Al igual que en el caso de prácticas de referencias, los efectos de educación de la comadrona y nivel de ingreso de la comunidad, son insignificantes. Sin embargo, la presencia de un proveedor biomédico dentro de la comunidad sí está asociado con una mejor calidad en el servicio (esto es, una menor puntuación de las prácticas peligrosas). En general, parece que las comadronas indígenas ofrecen un servicio de menor calidad que el de las ladinas. Específicamente, los coeficientes indican que, después de controlar el efecto por otras variables en el modelo, las comadronas indígenas utilizan 1.13 más prácticas peligrosas que las ladinas.

Cuadro 7.3 Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal para Predecir el Valor del Índice de Control del Cuidado^a

Variable	Coeficiente	Valor P
Intersección	1.61	
Comadrona entrenada	-0.27	0.46
Alguna educación formal	-0.43	0.23
Indígena	1.13*	0.04
Algún servicio biomédico en la comunidad	-0.74*	0.03
Promedio per-capita de consumo por hogar en la comunidad (Jalapa) ^b	0.05	0.13
Suchitepéquez	0.13	0.82
Chimaltenango	-0.31	0.64
Totonicapán	-0.83	0.23
Número de comadronas ^c		64
R ²		0.22

*p<0.05

^aUn valor alto en este índice muestra un mayor uso de prácticas peligrosas.

^bCategoría omitida

^cDos comadronas no tienen valor en el índice.

CAPITULO 1. La Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar: Diseño de la Encuesta y Características de las Familias y las Comunidades

La Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar (EGSF- 1995) se basa en una muestra de 60 comunidades rurales y contiene entrevistas detalladas hechas a 2.872 mujeres con edades entre 18 y 35 años, así como a informantes claves y a proveedores biomédicos y tradicionales dentro de cada comunidad. Mucha de la información de este informe proviene de las entrevistas a las mujeres, específicamente de preguntas relacionadas con su experiencia durante los embarazos más recientes, y de las entrevistas a los proveedores de salud. Tabulaciones simples presentan una descripción de las características socioeconómicas, étnicas y demográficas de las mujeres y sus familias, así como de la infraestructura y economía de las comunidades en la muestra.

CAPITULO 2. Proveedores y Establecimientos

La información sobre acceso, costo y características de los proveedores muestra la realidad de los problemas que enfrentan las mujeres guatemaltecas de las áreas rurales cuando buscan tratamiento de calidad durante el embarazo. Aunque las comadronas están disponibles durante el embarazo y parto, no constituyen la alternativa de atención más barata. Los puestos y centros de salud constituyen la alternativa de menor costo. Aún así, muchas mujeres no pueden pagar las medicinas recetadas por estos establecimientos públicos. Aunque los puestos y centros de salud ofrecen suplementos gratis durante el período prenatal, no siempre mantienen la existencia necesaria para suplir las necesidades de las mujeres. Además, aunque la información no fue adquirida a través de EGSF, estudios han identificado factores adicionales, tal como lo son las discriminación y las barreras idiomáticas, que pueden prevenir que muchas mujeres acudan a estos establecimientos en busca de atención de salud. Los médicos privados tienen sus consultorios bastante lejos de las pequeñas comunidades rurales, y las tarifas que cobran por la consulta son demasiado altas en relación con los ingresos de las familias rurales. La falta de equipo especializado en centros, puestos y consultorios de médicos privados resalta la urgente necesidad de trasladar las pacientes con partos difíciles a los hospitales. Desafortunadamente, tampoco los hospitales son muy accesibles para estas mujeres residentes en las comunidades rurales.

CAPITULO 3. Patrones de Atención Durante el Embarazo, Parto y Posparto

Casi todas las mujeres recibieron alguna clase de cuidado durante el embarazo, aunque muchas no recibieron atención para ellas o el bebé después del parto. La mayoría de las mujeres consultó una comadrona durante el embarazo, tuvo el parto en la casa con su ayuda y dependió de ella durante el puerperio. En general, la atención biomédica se proporcionó en conjunto con la de las comadronas y no por sí misma. La utilización de proveedores biomédicos varía considerablemente según grupo étnico y características sociales y culturales. Las mujeres embarazadas hicieron, en promedio, ocho visitas a un proveedor durante el embarazo, y la mayoría hizo su primera consulta antes del quinto mes de embarazo.

CAPITULO 4. Complicaciones Durante el Embarazo y Parto

Casi ocho por ciento de las mujeres reportó haber tenido alguna de las cuatro complicaciones mencionadas específicamente en el cuestionario, durante el embarazo. Más de una quinta parte de las mujeres manifestó al menos una de estas complicaciones o alguna otra que ellas consideraron seria. Solamente cuatro por ciento de los partos ocurridos durante el período del 1990 a 1995 fueron por medio de cesárea.

CAPITULO 5. Prácticas en Cuanto a Referencias

Las prácticas en cuanto a referencias mostraron que cerca de 80 por ciento de las comadronas refieren sus pacientes a servicios o establecimientos biomédicos, al menos ocasionalmente; solamente una de cada tres lo hace regularmente. Es más probable que las comadronas refieran las pacientes a centros o puestos de salud durante el embarazo, y a hospitales al momento del parto. Los programas de capacitación parecen tener un impacto sustancial en la frecuencia de las referencias, siendo mucho más probable que las comadronas adiestradas refieran sus pacientes, a que lo hagan las que no han recibido ninguna capacitación. Todos los centros y puestos de salud y los médicos refieren las mujeres embarazadas a hospitales.

CAPITULO 6. Motivación para Buscar Atención y Contenido de Esta

La gran mayoría de las madres fueron a consulta durante su embarazo para chequeo regular, y no por complicaciones. Setenta por ciento de los proveedores visitados por este motivo fueron comadronas, y el treinta por ciento restante fueron proveedores biomédicos. En contraste, más de la mitad de los proveedores visitados por complicaciones fueron médicos o personal de los puestos o centros de salud. Como es de esperar, las comadronas utilizaron menos procedimientos biomédicos que los demás proveedores. Sin embargo, una importante proporción de ellas dijo emplear ciertos procedimientos biomédicos como exámenes vaginales, y medida de la presión arterial o el pulso de las embarazadas. Las comadronas siguen ofreciendo varias servicios tradicionales, aunque tal vez con menos frecuencia que en el pasado. Por ejemplo, solamente la mitad de ellas reportó haber hecho masajes abdominales rutinariamente (sobar el estómago) —una prevalencia mucho menor que la que fue encontrada en estudios anteriores. Puede ser que también la utilización del tradicional temascal o remedios de hierbas también puede estar disminuyendo.

CAPITULO 7. Calidad de la Atención Proporcionada por las Comadronas

Basados en la evidencia científica actual, identificamos 10 prácticas de las comadronas incluidas en la encuesta de la EGSF que podrían ser beneficiosas o peligrosas. Mientras que algunas de estas prácticas casi no son utilizadas por ellas (por ejemplo recetar antibióticos), otras son alarmantemente frecuentes (por ejemplo poner polvitos o pomadas en el cordón umbilical). Un índice de la calidad del servicio, basada en estas diez prácticas, señala que las comadronas de la EGSF utilizan en promedio entre dos y tres de estas prácticas. Parece no haber asociación entre la capacitación de las comadronas y la frecuencia general de estas prácticas

Este análisis ha encontrado hallazgos mixtos con respecto a la eficacia de esfuerzos dirigidos a integrar a las comadronas al sistema formal de salud. Tal como se sugiere en estudios anteriores, los programas de capacitación parecen haber extendido su cobertura: cerca de tres cuartas partes de las comadronas en la EGSF ha participado en alguno de ellos. Sin embargo, a pesar de estos cursos, la mayoría de las mujeres embarazadas no busca un proveedor biomédico durante de su embarazo. Investigaciones anteriores ofrecen numerosas razones para la baja utilización de servicios biomédicos de parte de las mujeres, aun cuando hayan sido referidas a ellos por una comadrona: miedo (de los tratamientos o del personal), menosprecio de parte de los proveedores, rechazo de parte de los esposos de las mujeres, vergüenza, percepciones de baja calidad en los servicios, horas limitadas de atención, restricciones de idioma, acceso difícil a los establecimientos de salud y falta de recursos (Cosminsky, 1982; Hurtado & Saenz de Tejada, en proceso; Rosenthal, 1987).

La mayoría de las mujeres que consultan un médico o institución del gobierno durante el embarazo, lo hacen además de sus visitas a la comadrona. Esto es más frecuente entre las mujeres indígenas, quienes no solo presentan una probabilidad de buscar consulta biomédica menor que la de las ladinas, sino que rara vez utilizan únicamente atención biomédica. Los resultados de un estudio previo (Glei & Goldman, 2000) resaltan lo significativo que son las explicaciones sociales y culturales para el bajo uso de consulta prenatal biomédica entre la población indígena. Estos resultados enfatizan la importancia de realizar esfuerzos tendientes a integrar las comadronas al sistema formal de salud, en vez de implantar políticas que busquen reemplazarlas con proveedores biomédicos.

Los resultados también muestran que las mujeres que combinan el uso de comadronas y cuidado biomédico, no hacen una única consulta con el proveedor biomédico como lo sugerían algunos análisis previos, sino que los visitan varias veces. Aunque el nivel de utilización de estos servicios durante el embarazo puede no ser tan alto como sería deseado, las mujeres que buscan estos servicios, los utilizan con bastante regularidad. Este no es el caso de las visitas durante el posparto. Casi una tercera parte de las mujeres en la muestra no visitó ningún proveedor durante el puerperio. Dado el riesgo de complicaciones, tanto para la madre como para el recién nacido, es en este período cuando las mujeres más necesitan ser examinadas—por comadronas o por proveedores biomédicos.

La encuesta a las comadronas revela que, en concordancia con los objetivos de los programas de capacitación, la mayoría de las comadronas refieren—al menos ocasionalmente—a sus pacientes a otros proveedores para atención prenatal o por problemas que surgen durante el embarazo. Sin embargo, la mayoría no lo hace regularmente. Los programas de capacitación parecen tener un fuerte impacto en la frecuencia de las referencias, siendo mucho más probable que las comadronas adiestradas refieran sus pacientes, en comparación con las que no han recibido capacitación. El hecho de que la mayoría de las comadronas—aún las adiestradas—no refieran las pacientes en forma regular se debe a varios factores descritos por Hurtado y Sáenz de Tejada (en proceso). Por ejemplo, muchas de las comadronas en ese estudio dijeron sentirse incómodas con el tratamiento recibido de parte del personal de los establecimientos públicos de salud. Más aún, menos de la mitad de las comadronas conocían personalmente el hospital designado para sus referencias y por lo tanto no se sentían cómodas de referir sus pacientes a un lugar que no conocían.

Un examen detallado del contenido del servicio ofrecido por las comadronas demuestra que siguen ofreciendo muchos tratamientos tradicionales, aunque algunos de ellos podrían tener una prevalencia menor que en el pasado. Por ejemplo, solo la mitad de comadronas utilizan el masaje abdominal en forma rutinaria, y la utilización de temascal y remedios de hierbas parece estar disminuyendo. Aunque la carencia de información en varios períodos de tiempo no permite verificar estas tendencias, es probable que las prácticas de las comadronas sean cada vez más similares a las biomédicas. Por ejemplo, los datos de la EGSF revelan que una fracción relativamente grande de comadronas ejecuta algunas prácticas biomédicas como los exámenes vaginales.

La adopción de prácticas médicas en el cuidado ofrecido por las comadronas es arriesgada en el grado en que ellas adopten procedimientos peligrosos o inapropiados, dados su capacitación y entorno. Mientras que algunas prácticas biomédicas pueden ser beneficiosas aun cuando las comadronas que las utilicen no estén adiestradas (recetar vitaminas), y otras pueden no tener consecuencias (como tomarles la presión arterial), algunas son potencialmente peligrosas para las mujeres embarazadas y sus hijos.

Aunque los programas hayan tenido un éxito modesto en la disminución del empleo de prácticas tradicionales dañinas, este efecto “positivo” puede opacarse si se incrementa la utilización de prácticas riesgosas. Debido a que las comadronas están cada vez más expuestas a procedimientos biomédicos que requieren un capacitación intensa para su utilización apropiada, es más probable que incorporen algunos de ellos en su consulta, en forma incorrecta. Los resultados del modelo estadístico utilizado en este estudio para medir la calidad del servicio, refuerzan esta suposición. Cuando el nivel de capacitación de las comadronas se midió según 10 prácticas tradicionales y biomédicas, identificadas como beneficiosas o dañinas, no mostró asociación alguna con la calidad del servicio. Esto no quiere decir que los programas de capacitación de las comadronas no puedan ser más eficientes si modifican sus métodos de enseñanza y el contenido de los cursos, siguiendo las sugerencias hechas en las numerosas críticas que han recibido.

Una limitación sería en este estudio es que únicamente muestra una cara del problema. Proporciona una evaluación de la consulta ofrecida por las comadronas, pero no ofrece la correspondiente al cuidado en los servicios biomédicos. Esta es una falla inevitable, porque la EGSF no recabó información extensiva sobre el contenido de la atención ofrecida por los establecimientos públicos de salud y los médicos privados durante el embarazo.

Aún así, la limitada información disponible en la EGSF apunta a varios problemas serios relacionados con el cuidado biomédico del embarazo en Guatemala. Primero, las entrevistas hechas al personal de los puestos y centros de salud corrobora los hallazgos de estudios previos con respecto a la falta de recursos en dichos establecimientos. Por ejemplo, casi la mitad de los 48 establecimientos incluidos en la muestra no tenía estetoscopio fetal y una proporción similar tampoco tenía suplementos de sulfato ferroso. Segundo, información proveniente de un estudio cualitativo hecho como parte de este proyecto, documenta la falta de apoyo social experimentada por las mujeres cuando dan a luz en un hospital (Carter, 1999). Tercero, reportes de las mujeres entrevistadas en la EGSF sobre utilización de inyecciones durante el embarazo revelan que más de una cuarta parte de las mujeres que tuvieron sus hijos en hospitales no sabían para qué era la inyección que recibieron, en contraste con el cinco por ciento que dijo lo mismo entre las mujeres cuyos hijos nacieron en la casa. Esto sugiere que el personal del hospital no le explica a las mujeres la naturaleza o los riesgos asociados con los tratamientos que están recibiendo. Aparte de la EGSF, existe evidencia anecdótica (de los proveedores y los medios de comunicación) sobre el exceso de ciertas intervenciones, como lo son las altas tasas de nacimientos por cesárea, los cuales pueden ser un problema en algunos hospitales guatemaltecos.

Esta limitada caracterización del cuidado biomédico evidencia que para una integración exitosa de las comadronas al sistema formal de salud, es necesario modificar algo más que las prácticas que ellas utilizan para hacerlas consistentes con los estándares biomédicos. Un servicio de alta calidad durante el embarazo también debe conllevar el monitoreo y modificación de las prácticas de los proveedores biomédicos que atienden mujeres embarazadas para: (1) garantizar respeto a la mujer y su familia; (2) evitar conflictos con normas sociales o culturales; y (3) asegurar que los tratamientos se basan en evidencia científica y no en convenciones o conveniencia de los proveedores. La recolección de información adicional detallada sobre el contenido del cuidado ofrecido durante el embarazo tanto por los proveedores tradicionales como por los biomédicos, sería un buen punto de partida en la búsqueda de este importante objetivo.

Acevedo, D. and E. Hurtado. 1997. "Midwives and Formal Providers in Prenatal, Delivery, and Post-Partum Care in Four Communities in Rural Guatemala: Complementarity or Conflict?" Pp. 271-326 in *Demographic Diversity and Change in the Central American Isthmus*, edited by A.R. Pebley and L. Roscero-Bixby. Santa Monica, CA: RAND.

Bartlett, A. V., M.A. Bocaletti, and M.E. Paz de Bocaletti. 1993. Use of Oxytocin and Other Injections During Labor in Rural Municipalities of Guatemala: Results of a Randomized Survey. Working Paper #22. Report prepared for the Agency for International Development. Arlington, VA: MotherCare Project.

Bartlett, A.V. and M.E. Paz de Bocaletti. 1991. "Intrapartum and Neonatal Morality in a Traditional Indigenous Community in Rural Guatemala." *Acta Paediatrica Scandinavica* 80:288.

Carter, M. 1999. Social Support During Pregnancy, Birth, and La Dieta Among Rural Guatemalan Women. Paper presented at the Seminario de la Población de Isthmus de América Central al Fin del Milenio, sponsored by RAND and the University of Costa Rica, October 20-22, Jaco, Costa Rica.

Cosminsky, S. 1977. "Childbirth and Midwifery on a Guatemalan Finca." *Medical Anthropology* 1(3):69-104.

Cosminsky, S. 1982. "Childbirth and Change: A Guatemalan Study." Pp. 195-219 *Ethnography of Fertility and Birth*, edited by C.P. McCormack. New York: Academic Press.

Cosminsky, S. Forthcoming. "Midwives of Southern Mexico and Guatemala." In *Mesoamerican Healers*, edited by B. Huber and A. Sandstrom. Austin, TX: University of Texas Press.

Cosminsky, S. and M. Scrimshaw. 1980. "Medical Pluralism on a Guatemalan Planation." *Social Science and Medicine* 14B:267-278.

Deaton, A. 1989. *Savings in Developing Countries: Theory and Review*. Proceedings of the World Bank Conference on Development Economics 61-96. Washington, D.C.: The World Bank.

Enkin, M., M. J.N.C. Keirse, M. Renfrew, and J. Neilson. 1995. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press.

Glei, D.A. and N. Goldman. 2000. "Understanding Ethnic Variation in Pregnancy-Related Health Care in Rural Guatemala." *Ethnicity and Health* 5(1):5-22.

Goer, H. 1995. *Obstetric Myths Versus Research Realities*. New Haven, CT: Bergin and Garvey.

Gragnolati, M. 1998. *Children's Malnutrition in Rural Guatemala: A Multi-Level Statistical Analysis*. Unpublished Dissertation. Princeton, NJ: Princeton University.

Greenberg, L. 1982. "Midwife Training Programs in Highland Guatemala." *Social Science and Medicine* 16:1599-1609.

Hurtado, E. and A. Esquivel. 1986. Guatemala. INCAP Publication No. C-242.

Hurtado, E. and E.S. Saenz de Tejada. Forthcoming. "Relations Between Traditional Midwives and the Official Health System in Guatemala." In *Mesoamerican Healers*, edited by B. Huber and A. Sandstrom. Austin, TX: University of Texas Press.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Demographic and Health Surveys (DHS), and Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 1989. *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1987*. Columbia, MD: Institute for Resource Development/Westinghouse.

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP). Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), USAID, DHS/Macro International. 1997. *Salud Materno Infantil en Cuatro Departamentos de Antiplano. Resultados de la Encuesta de Proveedores de Salud, 1997*. Guatemala City, Guatemala: INCAP.

Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), USAID, UNICEF, and Demographic and Health Surveys (DHS). 1996. *Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1995*. Calverton, MD: DHS/Macro International Inc.

Jordan, B. 1993. *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the U.S.* Prospect Heights, IL: Waveland Press.

Lang, J.B. and E.D. Elkin. 1997. "A Study of the Beliefs and Birthing Practices of Traditional Midwives in Rural Guatemala." *Journal of Nurse-Midwifery* 42(1):25-31.

Leclam, E. 1985. "Traditional Birth Attendants." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 23:249-274.

Levitt, M.J. and M. Minden. 1995. "The Role of Traditional Birth Attendants in Safe Motherhood." Pp. 309-18 in *Health Care of Women and Children in Developing Countries*, 2nd Edition, edited by H.M. Wallace, K. Giri, and C.V. Serrano. Oakland, CA: Third Party Publishing Company.

Liskin, L.S. 1992. "Maternal Morbidity in Developing Countries: A Review and Comments." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 37:77-87.

Mahler H. 1987. "The Safe Motherhood Initiative: A Call to Action." *Lancet* 1(8534): 668-70.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 1989. Estudio de Moralidad Materna en Guatemala. Report by the Departamento Materno Infantil, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). 1999. Avances y Perspectivas. Extensión de Cobertura con Servicios Básicos de Salud. I Nivel de Atención. Manuscript. Guatemala: MSPAS, SIAS.

Montgomery, M.R., M. Gragnolati, K.A. Burke, and E. Pareles. 2000. "Measuring Living Standards with Proxy Variables." *Demography* 37(2):155-174.

National Research Council (NRC). 1997. Healthy Pregnancy and Childbearing. Pp. 116-145 in *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*, edited by A.O. Tsui, J.N. Wasserheit, and J.G. Haaga. Washington, DC: National Academy Press.

Okeke, I.N., A. Lamikanra, and R. Edelman. 1999. "Socioeconomic and Behavioral Factors Leading to Acquired Bacterial Resistance to Antibiotics in Developing Countries." *Emerging Infectious Diseases* 5(1):18-27.

Organización Panamericana de La Salud - Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS). En proceso. *Condiciones de Salud de las Américas*, Guión Guatemala, 2001.

Pan American Health Organization (PAHO). 1998. "Guatemala." Pp. 294-302 in *Health in the Americas*, 1998 edition, Volume II.

Pehley, A.R. and N. Goldman. 1997. Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar (EGSF), Apéndice B: Cuestionarios en Español. Santa Monica, CA: RAND.

Pehley, A.R., N. Goldman, and G. Rodríguez. 1996. "Prenatal and Delivery Care and Childhood Immunization in Guatemala: Do Family and Community Matter?" *Demography* 33(2):231-247.

Pehley, A.R., E. Hurtado, and N. Goldman. 1999. "Beliefs About Children's Illness." *Journal of Biosocial Science* 31:195-219.

Peterson, C., N. Goldman, and A.R. Pehley. 1997. *The 1995 Guatemalan Survey of Family Health (EGSF): Overview and Codebook*. Santa Monica, CA: RAND.

Petitti, D.P., R.A. Hiatt, V. Chin, and M. Croughan-Minihane. 1991. "An Outcome Evaluation of the Content and Quality of Prenatal Care." *Birth* 18(1): 21-25.

Pigg, S.L. 1995. "Acronyms and Effacement: Traditional Medical Practitioners in International Health Development." *Social Science and Medicine* 41(1):47-68.

Putney, P.J. and B. Smith. 1989. The Training and Practice of Traditional Birth Attendants in Guatemala. A report prepared for the Technologies for Primary Health Care (PRITHC) Project supported by USAID. PN ABI-275.

Rosenthal, C. 1987. *Santa María de Jesús: Medical Choice in a Highland Guatemalan Town*. Unpublished Dissertation. Department of Anthropology, Harvard University, Cambridge, MA; revised for the Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Safe Motherhood. 1998. Postpartum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group. WHO/RHT/MSM/98.3. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Schieber, B. 1992. Mortalidad Materna y Peri-neonatal: Una Intervención con Enfoque Específico. Areas de Salud de Quetzaltenango, Hospital General de Occidente. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

Schieber, B. and H. Delgado. 1993. An Intervention to Reduce Maternal and Neonatal Mortality. INCAP Publication. M1-003. INCAP/PAHO.

Stringer, M. 1998. "Issues in Determining and Measuring Adequacy of Prenatal Care." *Journal of Perinatology* 18(1): 68-73.

Valverde, V., R. Martorell, V. Mejía-Piraval, H. Delgado, A. Lechtig, C. Teller, and R. Klein. 1977. "Relationship Between Family Land Availability and Nutritional Status." *Ecology of Food and Nutrition* 10:241-248.

Walsh, J.A., C.N. Feifer, A.R. Measham, P.J. Gertler. 1993. "Maternal and Prenatal Health." Pp. 363-390 in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, edited by D.T. Jamison, W.H. Mosely, A.R. Measham, and J.L. Bobadilla. Oxford: Oxford University Press.

WHO. 1994. Essential Newborn Care: Report of a Technical Working Group. WHO/FRH/MSM/96.13. Geneva, Switzerland: WHO. Retrieved 22 March 2000 from the World Wide Web: http://www.who.int/rht/documents/MSM9613/essential_newborn_care.html.

WHO. 1996. Care in Normal Birth: A Practical Guide. Report of a Technical Working Group. Geneva, Switzerland: World Health Organization. WHO/FRH/MSM/96.24. Retrieved 17 February 2000 from the World Wide Web: http://www.who.int/rht/documents/MSM9613/essential_newborn_care.html

WHO. 1997. Coverage of Maternity Care: A Listing of Available Information, Fourth Edition. Geneva: World Health Organization.

Publicaciones

Basadas en la EGSF

WHO and UNICEF. 1996. *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Williams, R.J. and D.L. Heymann. 1998. "Containment of Antibiotic Resistance." *Science* 279(5354):1153-1154

World Bank. 1999. World Development Indicators, 1999. Washington, DC: World Bank. Retrieved 24 November 1999 from the World Wide Web: <http://www.worldbank.org/data/wdi/>.

Pebley, Anne R. and Noreen Goldman. 1997. *The Guatemalan Survey of Family Health, Appendix A: English Questionnaires*. DRU-1538/1-NICHD. Santa Monica, CA: RAND.

Pebley, Anne R. and Noreen Goldman. 1997. *Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar (EGSF), Apéndice B: Cuestionarios en Español*. DRU-1538/2-NICHD. Santa Monica, CA: RAND

Peterson, Christine, Noreen Goldman and Anne R. Pebley. 1997. *The 1995 Guatemalan Survey of Family Health (EGSF): Overview and Codebook*. DRU-1538/3-NICHD. Santa Monica, CA: RAND.

Pebley, Anne R., Noreen Goldman, Hernán L. Delgado, Rafael Flores, Marie T. Ruel and Francisco Chew. 1997. *Informe de la Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar*. Publicación INCAP DCI/027. Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

Acevedo, Dolores and Elena Hurtado. 1997. Midwives and Formal Care Providers in Prenatal, Delivery and Postpartum Care in Four Communities in Rural Guatemala: Complementarity or Conflict? In Anne R. Pebley and Luis Rosero-Bixby (eds.) *Demographic Diversity and Change in the Central American Isthmus*. Santa Monica, RAND.

Acevedo, Dolores y Elena Hurtado. 1997. Comadronas y Proveedores Formales en la Atención del Embarazo, Parto, y Postparto en Cuatro Comunidades Rurales de Guatemala. En Luis Rosero Bixby, Anne Pebley and Alicia Bermúdez Méndez (eds.) *De los Mayas a la Planificación Familiar: Demografía del Istmo*. Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Goldman, Noreen, Barbara Vaughan, and Anne R. Pebley. 1998. The Use of Calendars to Measure Child Illness in Health Interview Surveys. *International Journal of Epidemiology* 27:505-512.

Pebley, Anne R., Elena Hurtado, and Noreen Goldman. 1999. Beliefs about Children's Illness. *Journal of Biosocial Science* 31: 195-219.

Robles, Arodys and Noreen Goldman. 1999. Can Accurate Data on Birthweight be Obtained from Health Interview Surveys? *International Journal of Epidemiology* 28:925-931.

Heuveline, Patrick and Noreen Goldman. 2000. A Description of Child Illness and Treatment Behavior in Guatemala. *Social Science and Medicine* 50: 345-364.

Goldman, Noreen and Patrick Heuveline. 2000. Treatment-Seeking Behavior and Child Illness in Guatemala. *Tropical Medicine and International Health* 5(2): 145-55.

Glei, Dana and Noreen Goldman. 2000. Understanding Ethnic Variation in Pregnancy-related Behaviors, Health Care and Birth Outcomes in Rural Guatemala. *Ethnicity and Health* 5(1): 5-22.

Goldman, Noreen, Anne R. Pebley and Megan Beckett. 2001. Diffusion of Ideas about Personal Hygiene and Contamination in Poor Countries: Evidence from Guatemala. *Social Science and Medicine* 52: 53-69.

Apéndice I

Diseño de la Muestra

La muestra de la Encuesta Guatemalteca de Salud Familiar (EGSF) es una muestra probabilística estratificada de la población rural en cuatro departamentos: Chimaltenango, Totonicapán, Suchitepéquez y Jalapa.⁴³ Por tanto, los resultados presentados en este informe, se refieren exclusivamente a la población rural de estos departamentos.

El plan de muestreo tenía como meta entrevistar a aproximadamente 3000 mujeres de 18 a 35 años de edad, habitando en 60 comunidades rurales en los cuatro departamentos. La muestra fue seleccionada en dos etapas. En la primera etapa, se escogieron 15 comunidades rurales por cada departamento. Para el marco muestral, se definieron como rurales aquellas comunidades que tenían entre 100 y 1800 hogares (o sea, aproximadamente entre 200 y 10,000 habitantes). Las comunidades muestreadas fueron seleccionadas de una lista de todas las comunidades de ese tamaño en cada departamento. La información sobre el número de hogares en cada comunidad se obtuvo de dos fuentes: el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Dado que comparaciones hechas entre las dos fuentes indicaron que la información del MSPAS era de mejor calidad, fue la que se usó para seleccionar la muestra de comunidades en cada departamento.

La lista de comunidades rurales de cada departamento fue estratificada por idioma. En Suchitepéquez y Chimaltenango se hicieron dos estratos: un estrato en español y otro en kaqchikel. En todas las comunidades rurales en Totonicapán el idioma principal es el k'iche' y en casi todas las de Jalapa, el español. Se excluyeron del marco muestral las pocas comunidades en Jalapa cuyo idioma principal es el indígena (el poqomam). Por lo tanto, en Totonicapán y en Jalapa, hubo un solo estrato en cada departamento. Dentro de cada estrato, se seleccionaron aleatoriamente las comunidades con probabilidad proporcional al tamaño (es decir, al número de hogares) para que la muestra fuera autponderada dentro de cada departamento. Se seleccionó aleatoriamente un total de 25 comunidades dentro de cada comunidad, quedando las 10 últimas como suplentes para el posible caso de un rechazo entre las primeras 15 comunidades escogidas.

Entrevistas de Hogares y Mujeres

Los miembros del equipo visitaron cada una de las 60 comunidades muestreadas (las primeras 15 comunidades seleccionadas en cada departamento), para solicitar la colaboración de las comunidades seleccionadas, informar a los líderes comunales de los objetivos de la encuesta, obtener información geográfica, y estudiar la facilidad para viajar a la comunidad desde la capital. Estas visitas se realizaron unos seis meses antes del trabajo de campo. Durante esta etapa, dos comunidades en Totonicapán se negaron a participar en la encuesta y fueron reemplazadas por otras dos de la lista de suplentes.

La segunda etapa del muestreo fue la selección de hogares. Después de las visitas iniciales, los miembros del equipo fueron a cada comunidad por segunda vez para seleccionar la muestra de hogares. Con la ayuda de habitantes de la comunidad, se trazó un croquis detallado (o se actualizó el croquis más reciente de la comunidad) indicando la ubicación de todos los hogares, otros edificios y otras características físicas dentro de la demarcación de la comunidad. Para escoger aleatoriamente 100 hogares en cada comunidad,⁴⁴ se utilizaron computadoras portátiles preprogramadas. Miembros del equipo recorrieron toda la comunidad y pulsaron una tecla de la computadora en frente de cada hogar. Para cada hogar, las computadoras arrojaban el resultado "incluido" o "no incluido" en base a la información preprogramada sobre el número de hogares de la comunidad, el número de hogares requeridos para la muestra, y el número de comunidades en la muestra. Al indicar la computadora que un hogar estaba seleccionado, los miembros del equipo señalaron en el croquis la ubicación del hogar y cualquier información adicional útil para identificar el hogar durante la encuesta. Con este procedimiento se aseguró de que los equipos de muestreo fueran completamente independientes de los equipos que realizaron las entrevistas, y que los equipos que seleccionaron los hogares no tuvieron ningún incentivo para incluir o excluir ciertos hogares.

⁴³ La muestra se limitó a estos cuatro departamentos ya que una muestra nacional habría requerido el uso de más de 21 idiomas indígenas hablados por la población indígena. Se escogieron estos departamentos para incluir departamentos en diferentes regiones de Guatemala, y departamentos que son heterogéneos con respecto a etnicidad e idioma.

⁴⁴ Los cálculos de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil de 1987 indicaron que se requerirían aproximadamente 100 hogares por comunidad para obtener un promedio de aproximadamente 50 entrevistas con mujeres de 18 a 35 años de edad, a causa de rechazos, viviendas vacías y las restricciones con respecto al edad de la EGSF. El número 100 fue una meta. En la realidad, el número de hogares seleccionadas en las comunidades incluidas en la EGSF varió entre 92 y 109.

El trabajo de campo se llevó a cabo entre mayo y septiembre de 1995. Aunque inicialmente todas las 60 comunidades muestreadas⁴⁵ estaban de acuerdo en participar en la encuesta, al momento del trabajo de campo tres comunidades (dos en Chimaltenango y una en Jalapa) se rehusaron a participar. La razón principal para el rechazo fue el temor ante personas desconocidas o que no son de la comunidad. Este temor estaba asociado con los rumores existentes en esa época de robos y secuestros de niños, juntamente con las inquietudes por la violencia política que había afectado a estas comunidades en el pasado y por los conflictos armados recientes entre militares y guerrilleros en las cercanías. Estas comunidades fueron reemplazadas por otras en la lista de suplentes y se procedió al mapeo y muestreo de estas nuevas comunidades.

Los equipos de campo visitaron cada uno de los hogares seleccionados en cada comunidad y completaron un registro del hogar. En el caso de hogares que inicialmente estaban desocupados o en los que los miembros estuvieran demasiado ocupados, las entrevistadoras tuvieron que intentar entrevistar a un miembro del hogar por los menos tres veces.⁴⁶ No se pudo entrevistar aproximadamente 20% de los hogares en la muestra. La mitad de ellos eran viviendas vacías. La otra mitad incluye familias ausentes temporalmente y hogares en los que no había un miembro que tuviera la capacidad de contestar (v.gr., por enfermedad, problemas mentales o ebriedad), y rechazo a participar.

En cada hogar entrevistado, se identificaran todas las mujeres elegibles (es decir, mujeres de 18 a 35 años de edad que viven en el hogar). Aproximadamente 60% de los hogares tuvieron al menos una mujer elegible. En los hogares había más de una mujer entre 18 y 35 años de edad, se consideró que todas las mujeres de esas edades eran elegibles. Se pidió a las mujeres elegibles participar en una entrevista individual, ese mismo día o en otra visita. La tasa de respuesta para las mujeres elegibles fue 89%, variando de 86% en Chimaltenango hasta 94% en Jalapa. Las dos razones principales para no participar fueron: el rechazo (39% de los casos de no respuesta) y la inaccesibilidad (30% de los casos de no respuesta). La muestra final consiste en un total de 2872 mujeres de 18 a 35 años de edad, un número que se aproxima a la meta inicial de 3000 mujeres.

Entrevistas a la Comunidad

Las entrevistas a la comunidad fueron de dos clases: (1) entrevistas a tres informantes claves de la comunidad; y (2) entrevistas a cinco proveedores (biomédicos y no biomédicos). Después de llegar a la comunidad para el trabajo de campo, el equipo identificó tres individuos que servirían como informantes claves. Se seleccionaron de acuerdo a las siguientes categorías: (1) el alcalde de la comunidad (o el segundo a cargo si no había alcalde), (2) una mujer líder en la comunidad (por ejemplo la directora de una cooperativa o de una organización social o religiosa); y (3) una persona (hombre o mujer) que no era líder, pero conocía muy bien la comunidad.⁴⁷ Los supuestos para esta selección fueron que personas en diferentes posiciones dentro de la comunidad tendrían conocimiento sobre aspectos diferentes de la comunidad. Para identificar el segundo informante clave, el grupo habló con el alcalde, con gente en el mercado y con otros miembros de la comunidad. Se dio instrucciones a los entrevistadores para que se aseguraran que la tercera persona entrevistada no tuviera un empleo importante dentro de la comunidad (por ejemplo el maestro de la escuela o personal del centro de salud), sino que trataran de identificar una persona que conociera otros aspectos de la comunidad diferentes a los que conocían los otros dos informantes. Un candidato probable era el dueño de un negocio pequeño, o un vendedor en el mercado local. A los tres informantes se les aplicó el mismo cuestionario (en entrevistas separadas); en la última sección se les pidió información sobre nombres y ubicación de todos los proveedores y de los establecimientos de salud (hospitales, clínicas, centros y puestos de salud, farmacias) dentro o cerca de la comunidad (esto es dentro de 20 Km.).

⁴⁵ Se refieren a las 58 comunidades inicialmente seleccionadas más las dos suplentes que habían reemplazado a las dos comunidades rechazadas.

⁴⁶ Se instruyeron a las entrevistadoras que algunas viviendas podían contener más de un hogar y que deberían usar el concepto de "personas que comparten la olla" para identificar un hogar. Si una vivienda contenía más de un hogar (usando dicha definición), las entrevistadoras seleccionaron aleatoriamente (usando los nombres de pila de los jefes de los hogares) un hogar para la entrevista. Si habían visitantes o inquilinos que "compartían la olla," se les incluyó como miembros del hogar.

⁴⁷ En todas las comunidades, excepto en tres, se entrevistaron los tres informantes claves. Una comunidad tuvo dos informantes y otra cuatro, lo cual produjo un total de 181 entrevistas.

Después de la entrevistas a los informantes claves, el grupo unió la información sobre proveedores y formó las siguientes listas consolidadas (esto es, listas que incluían el nombre de todos los proveedores que aparecían en cualquiera de las listas de los tres informantes claves): (1) médicos privados; (2) comadronas (con o sin licencia); y (3) otros proveedores (incluyendo curanderos, hueseros, sobadores, espiritistas, e inyeccionistas, pero excluyendo los promotores de salud, farmacéuticos y sus empleados y personal de los puestos y centros de salud⁶⁸). Bajo la guía de supervisores se seleccionaron de la lista consolidada (en orden alfabético según el nombre del proveedor): un doctor, una comadrona y otros dos proveedores. Luego los escogidos fueron entrevistados con el cuestionario apropiado. Los doctores recibieron un cuestionario diferente al de las comadronas y otros proveedores. Las comadronas y los otros proveedores recibieron un cuestionario con secciones separadas para proveedores que atendían mujeres embarazadas y aquellos que ofrecían otros tratamientos (si los proveedores ofrecían ambos servicios, llenaban las dos secciones). Se instruyó al equipo de campo para que fueran solo mujeres las que entrevistaran a proveedores del sexo femenino, dada la naturaleza de la información solicitada, pero si los entrevistados eran hombres, cualquiera podía hacer la entrevista. Se hicieron al menos tres intentos para llevar a cabo la entrevista del proveedor. Si para entonces no se concretaba, se seleccionaba otro proveedor de la lista consolidada (el siguiente de la lista en orden alfabético).

Además de los cuatro proveedores mencionados antes, el equipo de campo entrevistó el director del centro o puesto de salud más cercano a la comunidad (sin importar la distancia). Si el grupo no podía ubicar al jefe o hacer una cita con él, se entrevistaba un asistente. En resumen, el equipo de campo era responsable de realizar un total de ocho entrevistas en cada comunidad, tres informantes claves y cinco proveedores.

⁶⁸En unas pocas comunidades con menos proveedores que los requeridos, se entrevistó a los farmacéuticos o a los promotores de salud.

SECCION D CONTROL PRENATAL Y ATENCION DEL PARTO

PREGUNTAR POR EL ULTIMO NIÑO NACIDO VIVO (SI NACIO DESDE ENERO '90). LLENAR CADA COLUMNA ANTES DE SEGUIR A LA SIGUIENTE COLUMNA

NOMBRE DEL ULTIMO NIÑO NACIDO VIVO _____										ORDEN (DE C11a, p. 10-12) _____										(DE C21a, COL. II, p.13) VIVO MUERTO 1 3																																							
Ahora quisiera que hablemos de cuando usted estaba embarazada con (NOMBRE DEL ULTIMO NIÑO NACIDO VIVO). ¿Tuvo (CONDICION EN D1-D5) durante su embarazo?															OJO!																																												
D1 Sangrado/ Hemorragia			D2 Ataques			D3 Hinchazón de las manos o la cara			D4 Se rompió la fuente antes de tiempo			D5 Otros problemas graves que sufrió o que sintió durante su embarazo (¿Qué problema?)			D6 ¿La vio alguien durante este embarazo? SI ES ASI ¿Quién? SONDEAR comadrona, doctor, enfermera			D7 REVISAR ALGUN "SI" EN D1-D5 SI.....1→ NO.....3 ↓ D9a			D8 ¿La cuidó o le dio consejos alguien más para estos problemas? SI ES ASI, ¿quién? SONDEAR esposo, parientes, vecinos			D9 ¿Qué medicina remedios caseros, o tratamientos recibió o hizo para estos problemas? SONDEAR tomar medicinas, sobada, baños.																																			
Si 1 ↓ No 3 →			Si 1 ↓ No 3 →			Si 1 ↓ No 3 →			Si 1 ↓ No 3 →			Si 1 ↓ No 3 →			Si 1 ↓ No 3 →						Si 1 ↓ No 3 →			Si 1 ↓ No 3 →																																			
¿En qué mes (meses) tuvo (CONDICION EN D1-D5)?															¿En qué mes (meses) la vió?															¿En qué mes (meses) le dió cuidado o consejos?															¿En qué mes (meses) tomó este remedio o hizo estas cosas?														
Mes de embarazo		ANOTE 'X' EN CADA MES CON PROBLEMA										ANOTE CODIGO EN CADA MES (HASTA 3 POR MES) CON: OTRO PROBLEMA PROVEEDOR										Mes de embarazo		ANOTE CODIGO EN CADA MES (HASTA 3 POR MES) CON: PERSONA TRATAMIENTO																																			
1																						1																																					
2																						2																																					
3																						3																																					
4																						4																																					
5																						5																																					
6																						6																																					
7																						7																																					
8																						8																																					
9																						9																																					

NOMBRE DEL NIÑO NACIDO VIVO.....										VIVO..... 1 MUERTO..... 3			
D9a	INCLUIR EN CÍRCULO CADA PROVEEDOR DISTINTO EN D6 ANOTAR EL NÚMERO DE PROVEEDORES DISTINTOS EN D6						NO PROVEEDORES EN D6..... ☐ SI CÍRCULO, PASAR..... → D23						
Ahora quisiera que hablemos de cada una de las gentes que vio cuando usted estaba embarazada de (NOMBRE), comenzando con la primera persona que la vio.													
			¿Esta persona que la vio (LAS COSAS EN D13-D17)?										
D10 ANOTAR LOS CÓDIGOS (DE D6) PARA CADA PROVEEDOR DISTINTO (HASTA 4) EN EL ORDEN EN QUE LOS HA VISTO.	D11 ¿La vio _____ porque estaba usted embarazada, o porque tenía problemas con su embarazo, o por las dos cosas?	D12 ¿Qué proble- mas tenía usted?	D13 ¿Revisó cómo estaba el niño en el estó- mago?	D14 ¿Le tomó la presión?	D15 ¿Le sacó sangre?	D16 ¿Le puso una inyec- ción?	D17 ¿Le dio una receta medicina, o remedio?	D18 ¿Qué más le hizo _____?	D19 ¿Cuántas veces vio a _____ durante este emba- razo?	D20 ¿Cómo le pagó? ELER CADA ALTERNATIVA	D21 SI PAGO EN DINERO ¿Cuanto gastó en que la viera?	D22 ¿Cuánto tiempo se tardaba en llegar donde _____? (SOLO DE IDA)	
1	Embarazada 1 → D13 Problemas 2 Ambos 3	_____	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Le dio y tomó..... 1 Le dio y no tomó.. 2 No le dio..... 3	_____	_____	De una vez... 1 A plazos..... 2 No pagó..... 3 → D22 Pagó solo en otras cosas..... 4 → D22	_____ Q visita 1 _____ Q embarazo 2 _____ Q em. y par. 3 No sabe..... 8	_____ minutos..... 1 _____ horas..... 3 El/ella viene..... 4	
2	Embarazada 1 → D13 Problemas 2 Ambos 3	_____	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Le dio y tomó..... 1 Le dio y no tomó.. 2 No le dio..... 3	_____	_____	De una vez... 1 A plazos..... 2 No pagó..... 3 → D22 Pagó solo en otras cosas..... 4 → D22	_____ Q visita 1 _____ Q embarazo 2 _____ Q em. y par. 3 No sabe..... 8	_____ minutos..... 1 _____ horas..... 3 El/ella viene..... 4	
3	Embarazada 1 → D13 Problemas 2 Ambos 3	_____	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Le dio y tomó..... 1 Le dio y no tomó.. 2 No le dio..... 3	_____	_____	De una vez... 1 A plazos..... 2 No pagó..... 3 → D22 Pagó solo en otras cosas..... 4 → D22	_____ Q visita 1 _____ Q embarazo 2 _____ Q em. y par. 3 No sabe..... 8	_____ minutos..... 1 _____ horas..... 3 El/ella viene..... 4	
4	Embarazada 1 → D13 Problemas 2 Ambos 3	_____	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Sí No 1 3	Le dio y tomó..... 1 Le dio y no tomó.. 2 No le dio..... 3	_____	_____	De una vez... 1 A plazos..... 2 No pagó..... 3 → D22 Pagó solo en otras cosas..... 4 → D22	_____ Q visita 1 _____ Q embarazo 2 _____ Q em. y par. 3 No sabe..... 8	_____ minutos..... 1 _____ horas..... 3 El/ella viene..... 4	