



6.1.3. Puerperio

Falta de explicaciones sobre el cuidado posparto: La usuaria menciona que ni en el CAP ni en el hospital le explicaron cómo cuidarse después del parto. Tuvo que recurrir a los consejos de su familia para obtener información sobre el cuidado posparto.

Falta de comunicación y explicaciones: La usuaria describe la falta de comunicación por parte del médico, quien no le explicó los procedimientos ni respondió a sus preguntas. Tuvo que depender de su madre para obtener información sobre lo que estaba sucediendo.

Maltrato después del parto: una usuaria describe haber sido sometida a presiones abdominales bruscas después del parto, supuestamente para “que no le quedara nada”. Esta acción le causó dolor e incomodidad, y la hizo sentir como un objeto en lugar de una persona. Reportan también la **colocación incorrecta de un catéter y la retención de placenta** después del parto. **Tacto vaginal frecuente y en algunas ocasiones enfrente “de mucha gente”** (médicos, estudiantes de medicina y enfermería).

Casi nunca se cumple la norma que establece la posibilidad de un familiar o la comadrona acompañando a la paciente durante el trabajo de parto. En las instalaciones visitadas **no hay suficiente espacio**, a veces ni para moverse dentro de las salas de labor de parto,²³ las camillas están una pegada a la otra. En Tecpán, en ocasiones ya **no tienen disponibilidad de camas** para todas las pacientes, quedan en camillas o sentadas.

Se mencionan niñas/os neonatos/as que pasan **directamente a la sala de pediatría** sin ser entregados a la mamá; tragaron meconio, por infecciones o dificultades respiratorias u otros padecimientos. La madre va con la cirugía muy reciente, directamente a cuidar a la niña/o a pediatría. Ya no es paciente puerpera, a pesar de tener menos de 24 horas de la cesárea. Ya no las atienden como tal con la alimentación y cuidados necesarios.

6.4. Discriminación hacia las mujeres indígenas

Las mujeres indígenas que utilizan los servicios públicos de salud sugieren que ellas enfrentan un trato discriminatorio. Algunas de las expresiones discriminatorias identificadas se describen a continuación.

²³ Las salas de labor (o de dilatación) de parto son espacios físicos para la atención de mujeres de bajo riesgo, donde las y los profesionales de salud vigilan que el trabajo de parto se dé en las mejores condiciones (USAC, Programa Médico Arquitectónico para el Diseño de Hospitales Seguros).

Falta de acceso a intérpretes: se evidencian casos donde las mujeres indígenas que no hablaban español no recibieron apoyo para comunicarse con el personal médico.

Actitudes despectivas y prejuiciosas: se reporta que el personal médico utilizaba un tono de voz despectivo y expresiones que denotaban prejuicios racistas hacia las mujeres indígenas.

Una usuaria describe un **trato impersonal y a veces brusco por parte del personal de salud** en el Hospital Regional de Quiché. Observó cómo otras pacientes indígenas que no hablaban español eran regañadas y maltratadas. Si bien la usuaria podía comunicarse en español, observó cómo el personal del hospital maltrataba verbalmente a otras mujeres que no hablaban el idioma. Esta situación le causó indignación y la sensibilizó sobre la discriminación lingüística que padecen muchas mujeres indígenas en el sistema de salud. Otra entrevistada presenció cómo una enfermera le gritó a una paciente que hiciera callar a su bebé, argumentando que “ahí no tenía que llorar”.

Una usuaria de Sajcabajá relató su experiencia en el Hospital Regional de Quiché, donde el miedo y la confusión se vieron agravados por su falta de comprensión del español. Aunque se menciona la presencia de enfermeras que hablan K’iche’ y la disponibilidad de traductores, la atención no siempre fue sensible a sus necesidades lingüísticas.

Trato diferenciado en la atención a las mujeres indígenas, con respecto a las ladinas. una usuaria nos relató que ella esperaba en la cama de una sala del hospital, con tres pacientes más, todas recién operadas de cesárea, a que les dieran el alta. “Llegó un médico y se dirigió a la única señora no indígena y le dio amplias explicaciones del tratamiento recibido y de los cuidados que debería tener en las próximas semanas. Terminó su plática, nos vio a las otras tres pacientes y se retiró sin decirnos nada. Nos dieron el alta sin ninguna explicación o recomendación”.

Expresiones discriminatorias hacia la mujer indígena. Se reporta discriminación hacia los pueblos indígenas etiquetándolos de sucios, ignorantes, analfabetas, inútiles y otros calificativos descalificadores. Según varios testimonios recogidos, las mujeres indígenas que llegan al hospital “no tienen nombre”, les dirán “mamita”, y a veces “vos María”. No tienen voz, no pareciera que haya que consultarles o informarles de los procedimientos.

Discriminación y maltrato a las comadronas. Cuando la comadrona está atendiendo una señora en trabajo de parto y reconoce “señales de alarma”, acompaña a la señora al CAP



o al Hospital. Los servicios de salud no escuchan ni toman en cuenta la información que podría brindar la comadrona describiendo el proceso, los síntomas detectados y las razones por las que refiere a la señora a ese servicio. Los médicos únicamente escriben en la historia clínica “**manipulada por comadrona**” descalificando cualquier esfuerzo de la comadrona en la atención a esa paciente en trabajo de parto. Lo mismo sucede a lo largo del embarazo.

6.5. Dos experiencias ilustrativas

6.5.1. La del “parto normal”

El personal del hospital, salvo una excepción, nunca la llamó por su nombre. Se referían a ella como “la del parto normal”.

Maritza tiene 21 años y es la segunda hermana mujer de una familia numerosa. Entre sus tías abuelas hay una comadrona, doña Esme, que participa activamente en organizaciones de mujeres. Por eso ella y sus hermanas conocen sus derechos y saben que como mujeres deben exigirlos. Su familia es maya Kaqchikel y vive en un pueblo del departamento de Chimaltenango, ubicado en el altiplano central de Guatemala.

Desde pequeña, Maritza tuvo buena relación con los niños pequeños. Le gustaba cuidarlos y quería un día ser madre. No pudo terminar la primaria y comenzó a trabajar muy joven, a los 11 años, realizando oficios domésticos. Siempre tuvo una buena relación con sus padres y sus hermanos y hermanas. Le gustaba mucho la escuela por las amigas que tenía, con quienes jugaba alegremente.

“Era muy activa y le gustaban los niños. Ella soñaba con tener un bebé. Con lo que pasó, ¡ay, Dios!”, recuerda la madre. Ella también recuerda que sus hijos se enfermaban poco y ella los curaba con plantas medicinales. “Solo esperaba que tengan una vida diferente a la que tuve yo y que conozcan sus derechos como mujeres.”

Su tía abuela las ha incorporado al trabajo de sociedad civil en donde, como comadrona, participa activamente. “Mi tía Esme me enseñó muchas cosas. Cuando comencé a participar en la organización me sentí mucho más segura”, recuerda Maritza. “Con las 4 hermanas nos bañamos en el temascal y platicamos, es como se aprende de la vida”.

A los 12 años tuvo su primera menstruación. Se asustó mucho. Sabía lo que era, pero la tomó por sorpresa y requirió acompañamiento de su tía abuela. Se enamoró a los 19 años de un joven del pueblo llamado Pablo, un buen hombre, muy responsable y solidario. A los 20 años quedó embarazada y decidió ir a vivir con él a una casa en el pueblo. Maritza se enteró de su embarazo hasta los 3 meses, se sentía mareada e incluso sufrió un desmayo. Además, tenía un retraso de más de dos meses. Se emocionó porque le gustan mucho los niños.

En el temascal, la tía Esme supo que Maritza estaba embarazada. Después de eso, Maritza siguió sintiéndose muy débil y buscó a un médico del pueblo. Él le recetó vitaminas. Tenía muy bajo peso, 88 libras. También les sugirió (a ella y Pablo) que fueran al Centro de Salud para un seguimiento prenatal.

Su tía abuela continuó dándole remedios con plantas medicinales y bañándola en el temascal cuando sentía dolores. Subió de peso hasta llegar a pesar 117 libras, al sexto mes. Por las experiencias que habían escuchado de la tía, Maritza y Pablo decidieron que tuviera el parto en casa, con el médico que daba seguimiento o con Doña Esme.

Poco después del segundo control en el Centro de Salud, sintió dolores y su tía la llevó al temascal, la cual se percató de que “ya venía el bebé”. Dado que legalmente las comadronas no pueden atender primigestas y porque era un bebé prematuro, decidieron ir al hospital.

Entró en la emergencia un martes. Eran las 7:30 PM. Decían las enfermeras: “ya se le mira la cabecita”. Le preguntaron si quería “normal o cesárea”. Decidió que quería tenerlo “normal”. Ellas insistieron, pero, por todo lo que había escuchado de su tía, decidió que fuera un parto normal.

Maritza sabía que cuando se incrementaba la frecuencia de las contracciones, se acercaba el parto: “cuando estaba en la casa, eran cada 20 minutos. Ahora eran cada 3. Había un reloj en la sala y yo contaba”. A las 8:55, nació el bebé. Silencio.

Alguien le dijo: “su bebé nació muerto”.

En la sala había muchas mujeres. Ella recuerda que eran más de 100. “18 habían dado a luz, todas por cesárea”. En el departamento de Chimaltenango, el 51% de los partos se realizan con cesárea.



La limpiaron y se fueron, dejándola ahí, con muchas dudas. Poco después, dejaron al bebé a sus pies en la camilla, diciéndole que no lo destapara. Estaba envuelto en una sábana. “¿Por qué no lo mete en la incubadora? Preguntó Maritza. “¡No ve que ya está muerto! No le late el corazón,” le respondieron. Nuevamente, la dejaron ahí. El bebé se veía parcialmente entre la sábana. Ella podía ver su espaldita y un bracito, pero no quería destaparlo, como le habían indicado.

Más tarde, llegó un médico a hacerle “la limpieza”. Sin ninguna consideración, se apoyó sobre su pecho y metía su mano para extraer la placenta. “Ponía todo su peso sobre mi pecho y metía su mano hasta el fondo para jalar. Era muy desagradable, sentía mucha vergüenza”.

Dos horas después la pasaron a otra sala. “Qué va a hacer señorita, se va a operar de una vez”, le preguntó una enfermera, con tono autoritario. “No lo sé, no he hablado con mi esposo”. “La que manda en su cuerpo es usted, tome la decisión de una vez”.

A todas las mujeres que estaban en la sala les decían que se operaran. “¡Rico el dolor que están sintiendo, por eso no se quieren operar!”, decía una con sorna. Ellas querían consultar con sus esposos o familia. Una decidió hacerlo y la felicitaron. Decían: “las demás son unas necias”. Al rato, volvieron e insistieron: “¿ya lo pensó?”.

“Yo no lo haré”.

“Entonces, le vamos a poner implante. Ustedes solo se llenan de hijos, les gusta estar sufriendo.” Al final, respetaron su decisión, aunque con reproches. “Vení la otra semana y con tu esposo”, le dijo una. Otras pacientes que escucharon su decisión le dijeron que era valiente. Se sentían intimidadas por las enfermeras. Cuando Maritza se opuso, algunas más también rechazaron la presión.

Nuevo traslado, a una sala de recuperación. “Había muchas mujeres. Allí también, todas habían parido por cesárea”, recuerda. No había camilla y la sentaron en una silla de ruedas. No tenía sandalias ni ropa de cama. Había mucho frío y tuvo que pararse en el suelo mojado. La sentaron en una silla de ruedas a esperar, vestida solo con su bata de paciente. En el pueblo en donde habita, ubicado en el altiplano, suele ser frío, sobre todo por las noches. Tuvo que bañarse, para lo cual le prestaron sandalias las otras pacientes. El agua estaba fría. Eran las 2 AM.

Le dieron de comer un tamalito y un poco de atol. Tuvo que seguir esperando en la silla de ruedas. En algún momento, se acercó un enfermero que era más amable, el cual le dejó un

ponchito en la silla de ruedas. Fue el único que la llamó por su nombre. Recuerda también a una enfermera que “por todo alegaba”. Decía cosas como “nosotros hacemos el trabajo, usted aguántese”.

Mientras ella sufría esa espera fría y desatendida, Pablo indagaba en la recepción por su esposa. En algún momento, se acercó un médico, le entregó una cubeta y le dijo “ahí está, no lo destape, llévenselo a Chimaltenango para que le hagan un diagnóstico de por qué murió”. Y, sin mayor explicación, se retiró.

Se unió en la antesala con doña Esmé que también esperaba. Otro médico que estaba en la garita no los dejó salir. Y comenzó a indagar qué había pasado. Fue una situación confusa. “Si ustedes salen con la cubeta, corren peligro con la policía. Este ya no es un feto, es un bebé”.

Seguidamente, habló con el médico que la atendió: “¿por qué no la pusiste en una caja, es un bebé, no un feto”. El que atendió no quiso presentarse y el otro médico le dijo a Pablo: “puede ir allá abajo al libro de quejas”. Escribieron la queja. Aún ahora, no saben cuál fue el seguimiento.

A las 9:00 AM la dieron de alta y volvió a casa.

Maritza recuerda con mucha tristeza esa noche. “Se siente mal, me decían ‘la que perdió el bebé, la que tuvo el parto normal’. También porque me fueron a meter a la sala donde ya todas tenían a su bebé y yo era la única que no tenía”. La entrevista termina en este punto, porque Maritza no puede seguir hablando.

Doña Esmé relató posteriormente que lo que había dentro de la cubeta era algo así como “carne molida”, lleno de sangre, no se distinguía ninguna parte del bebé, por lo que no entiende como es que, si Maritza lo vio cuando se lo dejaron en la camilla, le habían entregado “eso” en la cubeta.

Maritza desea tener hijos, pero temen que le hayan dejado algo mal, esperan que no y que pueda llegar a ser mamá, como es su deseo. En medio de la entrevista, se oye que suena un celular, es el de doña Esmé, la llamaba alguien de la Red de Derivación que le estaba preguntando sobre su caso.



6.5.2. “Si la ven a una con corte piensan que una no sabe nada”

Astrid es una maestra de origen Kaqchikel, que estudió becada en una reconocida escuela normal ubicada en Sololá, cerca de la carretera Interamericana. Ella recuerda su infancia como una época muy feliz, a pesar de no tener muchos bienes materiales. En su pueblo, ubicado en el altiplano occidental de Guatemala, en el departamento de Chimaltenango, había mucho bosque y los niños salían libremente a jugar. En ese tiempo combinaban el juego con responsabilidades domésticas, a los 7 años comenzó a aprender a cocinar. “Fue una gran dicha que me hayan enseñado a trabajar desde pequeña”.

Su mamá era comerciante y vendía tejidos en la ciudad capital. Su papá trabajaba durante la semana en la ciudad, como obrero en el sector construcción. En aquellos años, no tenían muchas cosas, pero tampoco las necesitaban, nunca faltó la comida en la mesa ni la oportunidad para jugar creativamente en un ambiente sano.

Ella es la tercera de cinco hermanos. Todos fueron recibidos por una comadrona, que prácticamente, formaba parte de la familia. Desde niña, su mamá le contaba sobre su sexualidad y la primera menstruación no la asustó. No obstante, era algo que permanecía oculto y provocaba cierta vergüenza. Pero, cuando era adolescente y tenía su periodo, la consentían y la dejaban descansar y ver televisión.

Astrid se “juntó” joven, apenas tenía 18 años. “A muy temprana edad me junté”. Su esposo, Mario, un joven Q’anjob’al, es traductor y habla varios idiomas. En aquel tiempo era profesor en una academia de inglés.

Cuando cumplió 20 tuvo su primer hijo, cuando las comadronas aún podían atender partos de primigestas. Astrid recuerda que con su primer parto no tuvo ninguna complicación. Comenzaron dolores a las 8:00 AM. Llamó a la comadrona, quien le dijo que se bañara y se preparara, “el bebé nacería por la tarde”. Josué nació a las 16:00 sin ningún problema.

Después de que nació Josué, se hizo algunos chequeos. “Me dijeron que tenía útero bicorne, con dos cavidades. Me preguntaron si había tenido problemas”. No había tenido ninguna complicación. Al preguntar si podía tener más hijos, le dijeron que corría el riesgo de tener gemelos. “Éramos muy jóvenes y decidimos esperar un tiempo”.

Josué tenía 7 cuando decidieron tener otro bebé. “Todo fue normal al principio”. Pero, al tercer mes comenzó a tener complicaciones, dolores y hemorragias. “Estuve a punto de perderla”, recuerda Astrid. Consultó a un médico privado del pueblo, el cual consideró que

ella estaba muy débil y que debía guardar reposo. “Estuve en cama todo ese tiempo. Tenía que estar acostada con los pies para arriba”. También consultó a la comadrona, la misma que había recibido a Josué. Ella la veía bien, al igual que el médico. Se hacía ultrasonidos con frecuencia para monitorear que todo fuera bien. Al séptimo mes se comenzó a sentir mejor.

Al sentirse más estable, ella y su esposo decidieron que el parto fuera en casa. Tanto el médico como la comadrona opinaron que estaba bien. Cuando llegó el momento del parto era un día festivo en el pueblo. Se inauguraba la feria patronal y decidieron ir a ver el desfile tradicional en el que participaría Josué. De repente, sintió líquido en sus piernas. Se alarmaron y fueron a buscar al médico, que vivía cerca de ahí. Al ser día festivo, no había servicios. No obstante, el médico los recibió. En ese momento, no sentía ningún dolor.

Regresaron a casa y llegó la comadrona. Hacía los ejercicios recomendados y al mediodía iniciaron las contracciones. A las 6 PM comenzaron los dolores. “Me costó demasiado, ya había salido mucho líquido y la comadrona temía que ya no hubiera más. Intenté de pie y comenzó a salir más líquido. La nena nació a las 7:49 PM”.

La comadrona recomendó que hiciera ejercicios para expulsar la placenta, pero pasaba el tiempo y no lo lograba. Entonces, ella sugirió ir al hospital. Fueron primero a buscar al médico. “No se puede hacer nada: su placenta quedó pegada a la matriz. Es necesario hacer una intervención.” El médico le puso una inyección y la refirió al hospital, con una nota que incluía detalles de lo sucedido e indicaciones precisas.

“Sentía morir en la ambulancia. Un dolor más fuerte que el parto. Tenía una hemorragia incontenible”, relata Astrid.

La admitieron de emergencia del viejo Hospital del pueblo, pero no permitieron que entrara su esposo y la tuvieron en la sala de espera. Ella gritaba, pidiendo auxilio. Al fin, se acercó un médico y preguntó qué pasó. Leyendo la nota de referencia, expresó: “los médicos siempre exageran, ya se compondrá”. Llamó a otros y todos minimizaban la situación. Pronto, la rodearon varios médicos y enfermeros. “Me desnudaron frente a toda la gente y comenzaron a aplicarme presión”. Se turnaban para hacer el procedimiento. Llegó uno más que preguntó qué pasó, pidió espacio y presionó con más fuerza. Y, finalmente, expulsó una parte de la placenta. “Parecía sangre coagulada, dispersa por todos lados”.

Uno de los médicos exclamó: “¡No, muchá! Ella está a punto. ¡Llévenla a la sala de intervención!”. El dolor era insoportable.



En la sala de intervención, un médico le dijo que la iban a intervenir, pero como había tomado suero, corría riesgo. “Si no la intervengo, morirá en media hora, le pondremos anestesia. Pero, al despertar, debe pensar y evitar ahogarse”.

Al despertar, estaba semiconsciente y confusa. No sabía en dónde estaba, pero los dolores la regresaban a la realidad, eran insoportables. “Intentaba pedir ayuda y nadie me escuchaba. Pasaba gente y la ignoraban”. Estaba solo con la bata, un pañal y sin una sábana que la cubriera. Tenía mucho frío y mucha sed. A las 2 horas, “tal vez a la una de la mañana”, se acercó una enfermera. Se negó a darle agua por los riesgos. Nadie la acompañaba y la enfermera le dijo que no estaba permitido que entraran acompañantes.

Una hora después, llegó otra enfermera: “la voy a limpiar. A usted ya la intervinieron. Qútese el pañal”. “No me puedo mover”, dijo Astrid con dificultad.

Se lo quitó bruscamente y la limpió. “Me duele mucho”. “Así es, no puedo hacer nada”. La inyectó y se fue.

A las 5 llegaron varios enfermeros: “la pasaremos a la sala de recuperación”.

En esa sala, recuerda Astrid, había muchas mujeres embarazadas en observación, por alguna complicación o riesgo de aborto. A las 5:30 llegó un enfermero con el desayuno: “usted no puede comer nada, solo maicena”. Le dejó el vasito con atol en la mesita al pie de la cama. No se podía mover. Comenzó a llorar.

En la sala, había una niña de 13 o 14 años, la cual, según se enteró Astrid, había sido violada y estaba embarazada. “Le paso su comida”, dijo la niña. “Estaba bajo protección de derechos humanos o algo así”. La niña la ayudó para beber el atol, la peinó e intentó limpiarla un poco, porque “estaba llena de sangre”.

A las 8 AM pasaban los doctores. Algunas pacientes, que llevaban ahí ya varios días, identificaban entre los “buenos” y los “malos”. “¿Y usted qué tiene? ¿Y por qué la tienen aquí? Usted tiene que bañarse”, le dijo una doctora, con tono severo. Podía moverse escasamente y con dificultad, pero la niña la ayudó a llegar al baño. Le prestó sus sandalias. El agua estaba “congelada”. Regresó a su cama sin bañarse. “No sé cómo será con las mujeres ladinas de la ciudad. Pero, para una mujer indígena, cuando da a luz, todo es caliente, que no le entre frío,” reflexiona Astrid.

Recuerda que hubo un vaivén de doctoras y enfermeros. Las limpiaban, las inyectaban y se iban. “La grosería de muchas, que a pesar de ser mujeres no parecían sentir empatía por

las pacientes”. Les daban órdenes sin importar el dolor: “¡Apúrese! ¡Cámbiese! ¡Usted no es la única!”. Astrid piensa que el trato de la mayoría de las enfermeras y doctores es grosero y desconsiderado, insensible. “Mamita abra las piernas. Así como las abrió para tener su hijo” les decía una de las doctoras.

Finalmente, llegó la hora de la visita. “Fue un alivio ver a mi esposo. Él se puso a llorar, no paraba de llorar”. En la recepción le dijeron que, para dar de alta a su esposa, tenía que conseguir tres donadores de sangre.

Mario recuerda la experiencia, “eran unos gritos terribles y yo quería desesperadamente entrar”. Cuando después pudo ingresar, “todo estaba lleno de sangre, como una carnicería. Pero, ella ya no estaba ahí”. Lo llamaron para informarle. “Me dieron información incompleta: a su conveniencia. fue muy inhumano”.

Por la tarde pasó el “doctor bueno”. Al verla y examinarla, le preguntó: “¿y a usted qué le hicieron?” Se dirigió entonces a una enfermera: “¿Qué le pasó a ella? ¿Por qué está aquí? ¿Cómo pueden ser tan inconscientes? ¿Ya le hicieron exámenes?” Las reprendió y comenzaron a atenderla y a hacerle exámenes, los cuales el doctor pidió con carácter de urgencia. Efectivamente, tenía muy baja la hemoglobina y las plaquetas. Le hicieron varias transfusiones. Después de la tercera comenzó a mejorar. Dos de los alumnos de Mario y una maestra compañera en la academia donaron la sangre. Al tercer día, salió del hospital.

Volvió a casa y de parte del hospital no hubo ningún cuidado ni seguimiento posparto. Y al poco tiempo de estar en casa comenzaron las complicaciones. “No tenía leche. Tenía dolor de la matriz. La comadrona me bañó en el temascal del vecino”. Al día siguiente, fueron con el médico. Tenía moretones, marcas de dedos. “Qué bueno que sobrevivió”, le dijo el doctor. Le dio vitaminas y algo “para la leche”.

Debido a que no comenzó a amantar a la nena poco después de nacer, esta no aceptó inmediatamente la leche materna y Astrid comenzó a sufrir de mastitis. “Era muy doloroso. No tuve suficiente leche. La nena se acostumbró a la pacha”. Además, le surgió un sarpullido muy molesto en los pies y las manos, que incluso le causó problemas para caminar. Algo pasó en el hospital, según el médico. Las molestias duraron aproximadamente medio año y le surgieron quistes en los ovarios. Ella recuerda que no le dieron ningún tratamiento al salir del hospital y que no había forma de obtener información.



Cuatro años después, supo que tenía cáncer.

Había padecido mucha ansiedad. Tanto por las secuelas del parto, como por frecuentes problemas familiares, preocupaciones por sus hermanos. No había cumplido 30 años cuando murió uno de sus hermanos en el cumplimiento del deber, era policía. Eso deprimió a su padre, quien falleció unos años después, con Alzheimer: quería olvidar.

Un día, Astrid sintió que se le había desarrollado una masa extraña en el pecho. Decidieron, con su esposo, ir a APROFAM. “Me daba vergüenza y ahí nadie me conocía” Le hicieron un ultrasonido y la masa parecía una vena inflamada. “Usted tiene una masa ahí. Deberemos hacerle una biopsia”. Siguieron la recomendación.

“Lo lamento, lo siento: usted tiene cáncer”. Astrid tenía 31 años y, nadie lo sabía, faltaba poco para que la pandemia de COVID-19 se instalara en el país.

Al no tener dinero para pagar el tratamiento (cirugía, quimioterapias), pensó en volver al hospital. Mario no estaban de acuerdo, debido a la experiencia traumática. Fueron con su médico del pueblo, quien nunca había hecho una cirugía de esa naturaleza. Aun así, se ofreció para realizarla. Reunió a su equipo y la intervino exitosamente. “Esto fue mucho más barato que lo que hubiera costado en APROFAM”.

Para el tratamiento, una serie de conversaciones la llevó a hablar con la fundadora de una organización contra el cáncer (FUNDECAN) quien, aunque no la conocía ni a sus contactos, se ofreció a ayudarla sin dudarle. Se hizo 4 quimioterapias, en 2020, en medio de la pandemia, con muchos temores y dificultades para transportarse a la capital.

Astrid logró superar el cáncer y, aunque tiene que tomar medicinas y tiene algunos periodos de dolor, ha recuperado su vida “normal”. Ahora tiene 36 años. Ella, al igual que su esposo, recuerda con tristeza, aunque también agradeciendo “la oportunidad de estar viva,” la experiencia traumática vivida en el hospital. “Es probable que eso me haya provocado cáncer de mama. Una de las causas fue la mastitis, porque no amamanté a la nena”.

“Si vuelvo a ir a un hospital, será por pura necesidad (...) Una de mis amigas murió (de cáncer) por pura negligencia. Perdieron su expediente. Es muy incómodo ir a un hospital. Hay malos tratos, discriminación, los baños están sucios. Si la ven a una con corte piensan que una no sabe nada.”

7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

“En el parto no solo duelen las contracciones. También los malos tratos o la falta de empatía que las mujeres reciben de un sistema de salud que tiende a ignorar sus necesidades durante un momento en el que son vulnerables. Durante décadas, muchas [mujeres] han vivido sus partos como un evento contradictorio, feliz por la nueva vida que llega, pero traumático por la atención médica que recibieron”.
Partos Rotos²⁴

7.1. Debilidad institucional persistente

Es un hecho reconocido el racismo existente en el Estado de Guatemala en contra de los pueblos Maya, Xinka y Garífuna, y con mayor profundidad hacia las mujeres de esos pueblos. Si hablamos del Estado estamos incluyendo el sistema de gobierno, territorio y población. Es decir, el racismo se refleja en el sistema de salud y en las manifestaciones o actitudes del personal que trabaja ahí.

Se hace indispensable en este estudio enfatizar los elementos de la discriminación y racismo que existe en las diferentes instancias y programas del MSPAS, a pesar del marco normativo de Guatemala que prevé “la pertinencia cultural” en los servicios de salud²⁵.

Como antecedente, a partir de la Firma de la Paz Firme y Duradera en diciembre de 1996, entran en vigor un Conjunto de Acuerdos sobre diferentes temas esenciales para la vida política del país. Entre los más importantes está el Acuerdo sobre Identidad y Derechos de Pueblos Indígenas –AIDPI– que define la nación guatemalteca como de “unidad nacional, multiétnica, pluricultural y multilingüe”. Dicho Acuerdo contiene capítulos contra la discriminación y define derechos políticos, económicos, sociales y culturales de los Pueblos Indígenas. Estos compromisos incidieron inicialmente en muchos aspectos sociales y jurídicos del país y propiciaron algunos cambios y avances.

El 16 de noviembre de 2009, mediante el Acuerdo Ministerial No. 1632-2009, se crea la Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MSPAS de Guatemala²⁶. Como consecuencia positiva, empiezan a surgir Acuerdos Ministeriales que

²⁴ En: [Partos Rotos. Especial sobre violencia obstétrica en Cuba.](#)

²⁵ Véase sección 4.2.

²⁶ Actualmente Unidad de Atención de Pueblos Indígenas e Interculturalidad (UNAPII) del MSPAS, que basa su quehacer en el Acuerdo Gubernativo 59-2023.



definen el funcionamiento de los servicios de salud **“con pertinencia cultural”**. La Ley para la Maternidad Saludable de Guatemala se aprobó el 9 de septiembre de 2010, mediante el decreto número 32-2010, marco legal vigente que incluye “que es necesario garantizar a todas las mujeres el acceso a servicios de salud de calidad con calidez y pertinencia cultural, tomando en cuenta la diversidad etaria y ubicación geográfica para la resolución de su embarazo...”.

Es decir, para analizar la violencia obstétrica en Guatemala, es indispensable tomar en cuenta que, en medio de un racismo instalado por siglos, desde hace más de una década, Guatemala cuenta con mandatos de pertinencia cultural. “La pertinencia cultural en salud se deriva del principio de “derecho a la diferencia” y quiere decir “adecuado a la cultura”. En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud, busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas.” Cita Acuerdo Ministerial No. 1632-2009 MSPAS

Actualmente el MSPAS está ejecutando el Plan Estratégico Nacional Para la Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2021 - 2025 que entre sus metas plantea “4. Al menos el 70% de los partos fueron institucionales.” Es decir, la meta es reducir los espacios de la medicina ancestral pues se sigue vinculando la muerte materna y neonatal a la labor que realizan las Abuelas Comadronas, sin incorporar de manera real la pertinencia cultural en los servicios que brinda el MSPAS.

A lo largo del trabajo de campo de la presente investigación, son escasas las situaciones en que hayamos podido verificar señales de la implementación de la pertinencia cultural en los servicios de salud. En el Centro de Atención Permanente -CAP- de San Juan Comalapa, Chimaltenango, vimos toda la información de los servicios que se ofrecen, de cuidado de la salud y otros, en paredes y mantas, traducida al Kaqchikel. Durante la entrevista en el Hospital Nacional de Chimaltenango, ante nuestros cuestionamientos, en ese momento les surgió la idea de poner un letrero de bienvenida en Kaqchikel. En el Hospital de Tecpán comentaron que ahí se preparan y ofrecen a las pacientes puérperas bebidas calientes de las hierbas que acostumbran localmente para las mujeres recién paridas.

¿Se brinda la atención a las pacientes en su idioma materno? fue una pregunta en todas las entrevistas en Quiché y en Chimaltenango, con la reiterada respuesta negativa. Aunque las pacientes en trabajo de parto son relativamente jóvenes y ya la mayoría también hablan el castellano, es un derecho ser atendidas en su lengua materna. La única excepción que encontramos fue el Hospital de Tecpán en donde hay personal de enfermería que lo hace de manera espontánea como parte de su trabajo.

Sin embargo, fuimos informadas en la Dirección de Servicios de Salud de Chimaltenango que la funcionaria de UNAPII en Chimaltenango había realizado, en agosto de 2024, un censo de maya hablantes en todas las instituciones del MSPAS de ese departamento, incluido el Hospital Nacional de Chimaltenango. Esto fue confirmado por autoridades del hospital, en la entrevista realizada. Se realizó dicho censo con el objetivo de que en todos los turnos hubiera alguna persona maya hablante.

En el CAP de San Juan Comalapa supimos que hace 12 años, cumpliendo con el compromiso de la pertinencia cultural, se asignó una sala “para que la comadrona pueda atender ahí los partos”. Era un espacio amplio, iluminado con una baranda en una de las paredes. “Pero nunca vino ninguna comadrona”, dice el médico. Cinco años después asignaron el espacio como la bodega del CAP. Eso se repitió en varios CAP a lo largo del país. El funcionario que lo decidió desconoce que entre los principales valores del trabajo de una comadrona es la atención en un ambiente familiar, domiciliario, con pertinencia cultural y calidez.

El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de Muerte Materna y Neonatal 2021 – 2025 reitera: “dentro de la red de servicios de MSPAS se debe considerar el favorecer el parto culturalmente adecuado por medio de facilitar la asistencia de dicho evento a las comadronas en sus instalaciones (CAIMI y CAP) donde personal calificado apoya con estrategias como el MATEP, el manejo oportuno de complicaciones y una referencia más pronta de ser requerido”.

Mencionamos el desconocimiento como uno de los factores y por eso hicimos una incursión mínima en los planes de estudio que cursan las y los médicos y enfermeras. La Universidad de San Carlos de Guatemala, USAC, la universidad pública del país, tiene cursos de Salud Pública los primeros tres años de la carrera de Medicina. Nos explicaron que hay criterios diferentes entre la sede Central en ciudad de Guatemala y las sedes USAC en los



departamentos. En la Ciudad de Guatemala el curso tiene un enfoque gerencial. En la sede de Quetzaltenango muchas de sus investigaciones y prácticas las realizan en comunidades de Totonicapán por lo que, aunque no está explícito, están trabajando con población indígena, aunque ello no garantiza que tengan el conocimiento con pertinencia cultural.

También en la USAC existen estudios de enfermería, a nivel “técnico intermedio universitario” de 3 años y la licenciatura de cinco años. En ese programa, en el primer año hay una clase de Antropología y salud y otra de ética; en el cuarto año hay un curso de sociología y otro de Salud Pública. Pero, entrevistando a un catedrático ya jubilado, comenta que el personal docente no está preparado para trasladar un enfoque de multiculturalidad, no se visualiza la compleja sociedad multicultural y multilingüe de nuestro país.

Entre los hallazgos en las entrevistas se menciona el tema de la comida. En varios casos, las post operadas de cesárea mencionan “hambre” por escasa comida y detallan en su testimonio las mínimas porciones en cada tiempo de comida. La alimentación y las bebidas no son suficientes en cantidad ni culturalmente adaptadas, unido a la prohibición de ingresar alimentos al hospital. Lo padecen más aun, en los casos en que señoras en etapa de poscesárea se quedan cuidando y amamantando al bebé recién nacido que está siendo atendido en el servicio de pediatría.

En el caso del Hospital Tipo I de Tecpán, Chimaltenango, definido como Materno-Infantil, la situación es de sobrecarga. El Hospital tiene mejor reconocimiento que los otros más grandes. Ahí, las médicas responsables refirieron que tratan de tener las bebidas calientes con las hierbas acostumbradas por las mujeres de esa región. Reconocen que en ocasiones el personal, médicos o enfermería, usan frases violentas, fuera de lugar. Dan la justificación que en ocasiones es por stress, por exceso de trabajo y poco personal y que recientemente han logrado aumentar el personal con nuevas contrataciones y el ambiente en general es más amigable.

El MSPAS, a través de sus autoridades departamentales y municipales, ha tenido que establecer una relación permanente con las comadronas, pero es una relación de dominio, de control, de imponer límites y condiciones, de jefe a subordinada, de amenaza si no se cumplen los mandatos del Ministerio. Entre las condicionantes que pone el MSPAS es que cuando una comadrona empieza a atender a una embarazada debe enviarla también al control prenatal del Ministerio.

A la comadrona no le autorizan atender partos de primigestas, o sea del primer hijo. Tampoco pueden atender partos a mujeres mayores de 35 años. Además, deben asistir a capacitaciones cada vez que las convoquen, regularmente una vez al mes. Por su parte, las comadronas ahora están organizadas a nivel local y a nivel nacional.

En el Hospital Regional de Quiché se había acondicionado una sala para ofrecer el parto vertical y la utilizaron unas pocas veces antes de la pandemia. Con las emergencias de la pandemia ese espacio se utilizó para la atención de pacientes en trabajo de parto que estaban enfermas de COVID. Luego fue abandonada y utilizada “casi de bodega”. Muy lentamente la están rescatando, pero es un esfuerzo en solitario pues “no hay más personal médico que entienda esa necesidad, o que tenga interés en conocer o aprender algo del pensar y sentir de las mujeres indígenas embarazadas o en trabajo de parto. En los CAP está el espacio físico, pero no hay personal para atenderlo, sino que esperan que llegue alguna comadrona con su paciente”.

7.2. La importancia de las comadronas

Las comadronas representan uno de los pilares más importantes del sistema de salud ancestral de los pueblos mayas en Guatemala, pues son ellas quienes acompañan, dan seguimiento, orientan, cuidan y atienden a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y la mayoría de veces cuando las refieren a los servicios de salud para la atención del parto es porque lo consideran necesario y/o la mujer y/o la familia así lo desea o porque es un embarazo de riesgo y las complicaciones no pueden ser atendidas por ellas, por ejemplo en aquellos casos en que es necesaria una cesárea.

En la mayoría de los casos, las comadronas conocen el “historial médico” de la mujer gestante que llega a los servicios públicos de salud al momento del parto en busca de atención, generalmente por una complicación, referida por la comadrona o en “cumplimiento de lo establecido” por el MSPAS, de no poder atender primigestas, múltiparas y mujeres mayores de 35 años. Sin embargo, a decir de las mujeres usuarias de los servicios públicos de salud y de las comadronas, el rol de estas últimas es desconocido y ninguneado por los prestadores del servicio pues ellas junto a sus pacientes, según lo relatado en las entrevistas, son víctimas de actos racistas y discriminatorios de parte del personal de salud, médico y administrativo.



Lo descrito en los párrafos anteriores podría sumarse a un elemento más de la violencia obstétrica que padecen las mujeres indígenas si partimos de la negación, la falta de reconocimiento y el ninguneo del rol de la comadrona en este importante ciclo de la vida de los pueblos y de las mujeres especialmente, porque son ellas quienes según la cosmovisión de los pueblos “son las guardianas de la continuidad de la vida, son las guardianas de las semillas, son las médicas de la atención integral comunitaria de los pueblos”, y al desconocerse su rol, experiencia, opinión o diagnóstico se le está negando una parte importante y necesaria a la “usuaria” de la atención de su salud y la del ser por nacer o la/el recién nacido.

“...me sacaron a medianoche a la calle, no les importó que yo fuera la comadrona, no solo la estaba acompañando ese día, sino que sabía cómo iba desde que empezó su embarazo, yo sabía qué teníamos que regresar al hospital, aunque ellos la mandaron a su casa. Yo sabía que tenía que quedarse porque ya le faltaba poco, pero no me hicieron caso”. GF comadrona de Chichicastenango”.

Al desconocer el sistema ancestral, a través de la figura de la comadrona que está cumpliendo con su misión al acompañar a su “paciente”, lo cual, desde el sistema occidental podría entenderse como el cumplimiento de su juramento hipocrático, se está vedando el derecho de acceso a la salud desde el sistema propio; este es un ejemplo del racismo estructural que prevalece en el Estado.

7.3. Unidades de Género y de Atención de los Pueblos Indígenas en el MSPAS

Las unidades de género y de pueblos indígenas son mecanismos creados dentro de la estructura del Estado. En términos generales han sido resultado de la incidencia del movimiento de mujeres y de los pueblos indígenas, como mecanismos responsables de promover, impulsar y gestionar procesos y acciones a favor de las poblaciones que tienen menos acceso a una vida de calidad, y así contribuir al cumplimiento de compromisos asumidos a nivel nacional como internacional. El tipo de figura utilizado para su creación, han sido mediante acuerdos institucionales internos, es decir por Acuerdos Ministeriales.

La Unidad de Género de la Salud dentro de la estructura orgánica del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fue creada mediante el Acuerdo Ministerial No. 745-2010, como

una unidad asesora técnica y política en el proceso de institucionalización de la perspectiva de género y etnia y las recomendaciones que formule tendrán fuerza vinculante con las acciones que lleve a cabo. Tiene como objetivos los siguientes: a) Supervisar la institucionalización de las perspectivas de género y etnia, a través de la aplicación de políticas, normas y procesos internos; b) Aplicar instrumentos y procedimientos para la institucionalización de las perspectivas de género y etnia en las políticas, planes, programas, proyectos, presupuestos, sistemas de planificación, monitoreo y evaluación, servicios y recursos humanos, así como en los procesos de las diferentes unidades técnico normativas y unidades ejecutoras, que conforman el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; c) Conducir el proceso de institucionalización de las perspectivas de género y etnia en la institución, actuando como coordinador técnico impulsor, para el cambio institucional.

Para cumplir con esos objetivos, tiene funciones de i) supervisión y monitoreo; ii) formación y sensibilización; iii) representación y coordinación; iv) fortalecimiento institucional; v) elaboración de informes y de compromisos internacionales; y, vi) creación de mecanismos de interlocución.

La Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad en Guatemala se crea mediante el Acuerdo Ministerial número 1632-2009. Según el artículo 2. Naturaleza y ámbito de competencia. Para el logro de sus fines, deberá formular y promover programas, proyectos, políticas, normativas, estrategias y líneas de acción destinadas al logro de los siguientes objetivos: a. El desarrollo de la salud de los Pueblos Indígenas en Guatemala; b. La valoración, reconocimiento y respeto de los conocimientos, elementos terapéuticos, métodos y prácticas de los sistemas de salud de los pueblos indígenas en Guatemala; c. La modificación y evaluación de los actuales servicios de salud para que sean adecuados a la cultura de los pueblos, que no agrede sus formas de vida y cosmovisión; d. El fortalecimiento y promoción de las prácticas de salud indígena, intencionando estudios e investigación, sensibilización de la red del sistema nacional de salud, sobre la lógica de los sistemas de salud indígenas; e. Propiciar la pertinencia cultural en salud a nivel nacional, entre los cuatro pueblos: Maya, Garífuna, Xinka y No Indígena.

El ser creadas mediante acuerdos ministeriales implica que ambas estructuras muestren volatilidad y vulnerabilidad a desaparecer, como ha sucedido en otras dependencias del Estado, que con suerte surgen como una nueva instancia, pero algunas veces con enfoques



distintos, por ejemplo, puede pasar de un enfoque intercultural a uno orientado hacia el enfoque de derechos específicos o viceversa.

La posición jerárquica donde se colocan estas instancias dentro del Ministerio refleja en buena parte mucho de los rasgos propios de los alcances de sus acciones y mandatos, tanto a lo interno del Ministerio como a nivel de la incidencia externa. Es decir, que la figura de “unidad” y adscrita al despacho ministerial la puede limitar a la voluntad política de las autoridades y su nivel de concientización en el tema, quizás una posición de mayor rango como una Dirección pueda tener un rol mucho más estratégico dentro del Ministerio. Como puede verse, ambas instancias tienen tres grandes responsabilidades en su quehacer:

i) Transversalizar el enfoque de género, equidad y de pertinencia cultural en todos los planes, programas y proyectos del MSPAS, que supone una dimensión importante que se centra en la asesoría de todas las dependencias en los aspectos específicos de cada una de esas unidades, lo que visibilizan como el vehículo para la transversalización, tanto de género como de la pertinencia cultural en los servicios. Sin embargo, esta consideración se convierte, en la práctica, en el desarrollo de cursos o talleres de sensibilización que promueven reflexiones y metodologías que pueden o no ser vinculantes. Así mismo, el énfasis en que dichas instancias se crean como unidades “asesoras” en contraposición con las operativas que son las “ejecutoras”, hace que no se les dote de renglones presupuestarios significativos porque “no tienen que ejecutar sino asesorar”, lo que les resta su capacidad de incidencia por las limitaciones presupuestarias. También el hecho de ser “asesoras” significa para las direcciones de las instancias gubernamentales, en este caso del MSPAS, que sus recomendaciones tienen un carácter discrecional, es decir pueden o no aplicarse.

ii) Procesos de convocatoria, formulación, actualización y negociación de políticas públicas que incluyen aspectos relacionados al reconocimiento de la interculturalidad y el enfoque de género, a la gestión de los servicios públicos pertinentes y a la implementación de políticas públicas específicas para el desarrollo de la población que cada una de estas unidades atiende.

iii) Educación y sensibilización, sobre todo de los funcionarios y servidoras públicas al interior del Ministerio o en coordinación multiinstitucional. Estos procesos de sensibilización ocupan el más importante destino de recursos financieros y humanos de estas unidades, enfocándose en varias temáticas relacionadas con sus objetivos y funciones por las que fueron

creadas (conocimiento de los enfoques, de las normativas legales nacionales e internacionales, teorías que promueven los enfoques, que pueden hacer alguna referencia a la problemática del racismo, aunque generalmente no como tema central; y nuevos enfoques de formulación e implementación de políticas públicas a partir de nuevos postulados, cuyo énfasis es sobre todo en la dimensión de acciones afirmativas hacia la población que atiende).

Para enfrentar los desafíos enunciados en cada una de estas unidades se necesita fortalecer su capacidad operativa, otorgando mayor presupuesto y recursos humanos para implementar no solo programas formativos y de sensibilización sino también de supervisión y monitoreo de la atención en salud con pertinencia cultural y enfoque de género. Así mismo, mayor autoridad institucional para asegurar que las políticas y lineamientos, que de estas unidades emanen, se implementen en todas las dependencias del MSPAS; y, colaboración interinstitucional para trabajar en conjunto con otras instituciones gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil para abordar la problemática de la violencia obstétrica, la inequidad de género, el racismo y la discriminación en los servicios de salud pública de Guatemala. Por último, es imprescindible que se traduzca el marco normativo, que las crea, en acciones concretas que garanticen una atención culturalmente apropiada y sensible al género.

7.4. Empoderamiento de las mujeres

Diversos estudios dan cuenta que las mujeres indígenas enfrentan mayores barreras para ejercer sus derechos políticos, sociales, económicos y culturales, ya que el ejercicio de esos derechos en la vida real está relacionado por las múltiples formas de violencia, discriminación, racismo y exclusión que enfrentan. De tal forma que el empoderamiento de las mujeres indígenas en todos estos ámbitos son elementos fundamentales para combatir todo tipo de violencia contra ellas, incluyendo la violencia obstétrica.

Existe un vínculo muy estrecho entre los actos de violencia cometidos contra ellas y el racismo y la discriminación histórica que enfrentan como consecuencia de la interseccionalidad de su género, su origen étnico y frecuente situación de pobreza. A lo largo de la historia de este país, las mujeres indígenas han vivido en sus cuerpos el racismo, la exclusión y la marginación, factores que influyen en la discriminación estructural e institucional que siguen enfrentando en todos los sectores del gobierno y la sociedad. Según



un informe de la CIDH (2017)²⁷ “el problema no es solamente que las mujeres indígenas no gozan de sus derechos a la igualdad ante la ley, sino que las leyes son escritas e interpretadas en forma que las discriminan y amenazan”. Esta discriminación institucional consiste en privar a las mujeres indígenas de servicios sociales y económicos si no tienen los documentos necesarios para acceder a ellos; en obstruir su acceso a servicios de salud debido a su idioma, su indumentaria tradicional o su uso de la medicina ancestral, además de limitar su acceso a estos servicios debido a otras barreras, como las geográficas o económicas.

En la problemática específica de la violencia obstétrica, el empoderamiento de las mujeres indígenas es clave para reducirla, pero enfrenta desafíos debido a la intersección de desigualdades sociales, culturales y de género. En especial, las barreras impuestas por el sistema hegemónico monocultural y monolingüe existente. En muchos espacios del sistema público de salud, el personal no habla el idioma local, lo que les dificulta la comunicación con las mujeres y brindarles un servicio pertinente, oportuno y respetuoso. Esto genera una falta de comprensión mutua y la exclusión de las mujeres de las decisiones sobre su atención. Las tradiciones culturales sobre el embarazo y el parto no son respetadas por el sistema público de salud, lo que genera tensiones y desconfianza por parte de ellas hacia este sistema.

En esta investigación encontramos que muchas mujeres indígenas no tienen acceso a información adecuada sobre sus derechos reproductivos ni sobre lo que constituye un trato digno en los servicios de salud pública. Así mismo, los bajos niveles educativos e incluso de alfabetización limitan su capacidad para conocer y exigir sus derechos.

Otro factor clave es la estigmatización que a menudo enfrentan las mujeres indígenas, a través de actitudes discriminatorias y racistas que perpetúan la desigualdad y jerarquización de unos cuerpos sobre otros; y normalizan la violencia obstétrica en su atención. La falta de personal indígena en el sistema público de salud y representación en las políticas públicas refuerza la exclusión y dificulta la creación de espacios culturalmente adecuados en los servicios de salud.

La existencia de una débil institucionalidad no permite el empoderamiento de las mujeres indígenas, ya que a menudo no cuentan con mecanismos claros para abordar y

²⁷ Inter-American Commission on Human Rights (2017). *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas*. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/V/II. Doc. 44/17. Original: español. ISBN 978-0-8270-6658-8.

prevenir la violencia obstétrica, mucho menos para denunciarla. Según lo anterior, el empoderamiento efectivo de las mujeres indígenas requiere un enfoque integral que combine el respeto cultural y la atención digna y humanizada en los servicios de salud con la eliminación de las barreras estructurales que perpetúan el racismo y la desigualdad.

7.5. Monitoreo y gestión de conocimiento

Esta investigación ha evidenciado la falta de investigaciones sobre la violencia obstétrica que viven las mujeres en general y las mujeres indígenas en específico en Guatemala. Según algunos autores gestionar el conocimiento es un proceso que abarca todo lo relacionado con la obtención de la información adecuada, en la forma correcta, para la persona indicada, al coste adecuado, en el momento oportuno en el lugar apropiado, para tomar la acción correcta (Bellinza M, et. Al (2011). La consideración del conocimiento como recurso estratégico esencial y la habilidad de las organizaciones para crearlo y aplicarlo como capacidad fundamental supone un importante avance en la evolución de una dirección estratégica. Es decir que constituye un desafío para las organizaciones actuales la capacidad de generar conocimiento, administrarlo y construir procesos que permitan integrar y apalancar los recursos más importantes, los conocimientos y sus capacidades.

Es por ello por lo que la falta de gestión del conocimiento en el contexto de la VO genera una serie de problemas graves, tanto para las mujeres gestantes como para el sistema de salud en general. Algunos de estos problemas pasan por el desconocimiento sobre los derechos de las mujeres indígenas gestantes que puede llevar a que el personal médico ignore o minimicen el impacto de sus prácticas, perpetuando conductas abusivas, discriminatorias, racistas o deshumanizadas. Así mismo, para las mujeres indígenas gestantes usuarias de los servicios de salud pública la desinformación impide que identifiquen o denuncien situaciones de violencia obstétrica, perpetuando así el ciclo del abuso y de la violencia.

Otra cuestión es que la inadecuada gestión del conocimiento normaliza las prácticas violentas, perpetuándolas innecesariamente o haciendo mucho daño a los cuerpos de las mujeres indígenas, por ejemplo, las vividas y expresadas por las mujeres usuarias entrevistadas: episiotomías, cesáreas sin información adecuada, trato despectivo, entre otras. Esto ocurre porque el personal de salud puede basarse en procedimientos obsoletos o descontextualizados como ocurre en el hospital de Quiché donde la médica entrevistada dijo



que ahí se practicaba la episiotomía solo porque los y las estudiantes debían aprenderlo, por ser ese hospital – escuela.

Otro problema es que la ausencia de una gestión de conocimiento puede ser la causa de falta de protocolos claros, adecuados y pertinentes para prevenir, identificar y abordar los casos de violencia obstétrica, dejando espacio para prácticas arbitrarias y subjetivas por parte del personal médico y de enfermería en los centros de salud pública.

La falta de gestión de conocimiento impide que se implemente soluciones basadas en evidencia para mitigar los riesgos que puede ocasionar la violencia obstétrica como consecuencias físicas y emocionales graves que pueden ser tan graves que lleven a una mortalidad materna o neonatal.

La repetición de experiencias negativas genera pérdida de confianza en las instituciones públicas que prestan servicios de salud, lo que puede llevar a que muchas mujeres indígenas gestantes eviten buscar atención médica oportuna, aumentando así los riesgos durante su proceso de gestación, parto y puerperio.

Otro problema que ocasiona la falta de gestión de conocimiento es la relacionada a la ausencia de recopilación y análisis sistemático de datos relacionados con la VO, dificultando de esta forma identificar patrones, responsables o mejoras en el servicio, perpetuando la impunidad y la falta de mejoras en el sistema. Aunado a esto, por la falta de una gestión adecuada de conocimiento, es más difícil incorporar y consolidar modelos de atención centrados en los derechos de las mujeres indígenas, el consentimiento informado y el respeto por la dignidad de las mujeres indígenas.

Por último, hay que mencionar que la falta de una adecuada gestión de conocimiento dificulta abordar factores como el racismo, la discriminación de género y las desigualdades socioeconómicas que influyen en la prevalencia de la VO en poblaciones vulnerables, como son las mujeres indígenas usuarias de los servicios de salud pública.

La gestión de conocimiento como proceso sistemático permite una cultura de aprendizaje continuo entre los y las prestadoras de servicio de salud pública y con las mujeres usuarias gestantes, de tal forma que al desarrollarlo se amplíen competencias y capacidades para ser eficaces, productivos y portadores de una atención con calidez, contextualizada, pertinente, de calidad.

7.6. La incidencia de la sociedad civil

Para hablar de la importancia de la sociedad civil en la lucha contra la VO, partiremos de su definición, la sociedad civil es un conjunto de organizaciones e instituciones que actúan de forma independiente al Estado y que buscan defender los intereses de la comunidad. Por lo tanto, una de las diversas razones por las cuales las OSC juegan un papel muy importante, es que además de representar diversos intereses públicos, dan voz en la defensa de sus derechos, su trabajo también se orienta a dar respuesta a problemáticas que no han sido resueltas ni por el Estado ni por el mercado²⁸.

El marco anterior, fundamenta el por qué a lo largo de los años la sociedad civil ha venido cumpliendo un papel fundamental en la exigencia de derechos y en las propuestas y demandas para la transformación de la institucionalidad de los Estados para que estos cumplan con su objetivo que es trabajar para el bien común, atendiendo la diversidad de su sociedad. Un artículo de la Revista cubana de la salud pública dice que, “la Sociedad Civil puede contribuir a que los sistemas de salud mejoren la gobernanza, la sensibilidad y capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la población, fortalezcan la rendición de cuentas y desarrollen un enfoque amplio de acción que permita atacar los determinantes sociales de las inequidades en salud en forma directa o a través de la acción intersectorial.”

Además, menciona que “la Sociedad Civil puede contribuir a que los gobiernos y los sistemas de salud promuevan la participación en los procesos de reforma de los sistemas de salud en el marco de enfoques de cobertura universal solidarios, de atención integral y equitativa”²⁹.

En ese sentido, esta investigación de carácter descriptiva y exploratoria, promovida por organizaciones de sociedad civil –ASECSA, MOLOJ, **medicmundi** Bizkaia– busca contribuir con la transformación positiva de la atención obstétrica hacia las mujeres indígenas y aportar elementos para la veeduría y auditoría social hacia el sistema público de salud y el empoderamiento de las mujeres indígenas y comadronas. Son ellas/ellos quienes pueden dar las pautas de cambio del sistema de salud en un país diverso y altamente desigual como Guatemala.

²⁸ Marcelo Torres (2011) Democracia local y Ciudadanía organizaciones del tercer sector. https://www.bcn.cl/formacioncivica/detalle_guia?h=10221.3/45735

²⁹ <https://t.ly/aP30Y>

8. CONCLUSIONES

La violencia obstétrica (VO) en Guatemala refleja una combinación de factores sociales, culturales e institucionales que perpetúan desigualdades de género y el racismo. Este estudio no solo visibiliza las experiencias de las mujeres indígenas, sino que también revela cómo la estructura del sistema público de salud de este país contribuye a la normalización de estas prácticas, en detrimento de la salud y los derechos humanos de dicha población.

La VO no solo es un problema médico, sino también una manifestación de desigualdades estructurales que pueden ser abordadas mediante políticas públicas integrales.

El racismo estructural hacia las mujeres indígenas pareciera perpetuarse en el sistema público de salud, en el cual las mujeres indígenas enfrentan barreras significativas debido a la discriminación idiomática y cultural, limitando su acceso a una atención respetuosa y adecuada, impactando su salud y bienestar. La desigualdad en el trato hacia las mujeres indígenas, en comparación con las mujeres ladinas/mestizas, de manera deshumanizante y condescendiente, hace que sus necesidades sean descalificadas, las infantilicen, que omitan información sobre procedimientos médicos y les nieguen su derecho a decidir.

Otra de las formas de manifestación del racismo estructural es el desprecio por las prácticas culturales mediante la marginación de las prácticas médicas ancestrales, como las atendidas por las comadronas, reflejando una falta de respeto por el conocimiento ancestral y contribuyendo a la imposición de un modelo biomédico que no responde a las necesidades culturales de las pacientes.

La reproducción de estigmas y prejuicios mediante estereotipos negativos hacia los pueblos indígenas, como asociarlos con ignorancia o falta de higiene, perpetúan actitudes despectivas en el personal médico. Estas actitudes no solo dañan la relación médico-paciente, sino que refuerzan dinámicas de poder desiguales.

El racismo estructural hacia las mujeres indígenas no puede separarse de otras formas de opresión, como el sexismo y la pobreza. Un enfoque integral que considere estas intersecciones es crucial para abordar las desigualdades.

La VO, particularmente en los servicios públicos de salud, afecta de manera desproporcionada a las mujeres indígenas debido a las intersecciones entre el racismo estructural y el machismo. Las mujeres entrevistadas reportan maltrato verbal, físico y psicológico, además de la imposición de procedimientos médicos sin consentimiento, que no solo vulneran sus derechos reproductivos sino también su dignidad.

El sistema público de salud carece de un enfoque efectivo de pertinencia cultural en los servicios que brinda. Aunque existe un marco normativo que reconoce la diversidad cultural del país, las prácticas en el terreno no lo reflejan.

El racismo ha llevado a una normalización de prácticas discriminatorias, como la falta de acceso a intérpretes, la exclusión de acompañantes durante el trabajo de parto, las barreras idiomáticas, la poca sensibilidad del personal médico y de enfermería hacia las necesidades de las mujeres indígenas, que perpetúan una atención deshumanizante, priorizando modelos de atención que no consideran las preferencias culturales de esta población.

La marginación histórica y la falta de información sobre derechos también explican la baja o nula denuncia de casos de VO, lo que mantiene un subregistro significativo de esta problemática, perpetuando la invisibilización del problema y dificultando su solución.

La VO tiene consecuencias físicas, emocionales y sociales a corto y largo plazo y, por ende, en la calidad de vida de las mujeres:

- Impactos físicos: Complicaciones posparto derivadas de procedimientos médicos no consentidos, como episiotomías y uso forzado de oxitocina.
- Impactos psicológicos: Secuelas como estrés postraumático, ansiedad y miedo al sistema de salud, que afectan la salud mental de las mujeres.
- Impactos sociales: Desconfianza hacia las instituciones públicas lo que en algunos casos pone en riesgo la salud materno-infantil.

Las comadronas son constantemente descalificadas por el personal médico, a pesar de su conocimiento ancestral y su capacidad para atender partos culturalmente adecuados. Esto no solo limita las opciones de las mujeres, sino que también representa una pérdida de oportunidades para integrar enfoques complementarios que podrían mejorar los resultados de la salud materno-infantil.



Aunque existen leyes y políticas que promueven un parto humanizado y culturalmente pertinente, su implementación es deficiente. Los servicios de salud no han integrado de manera efectiva estas disposiciones, lo que se refleja en prácticas rutinarias que deshumanizan y vulneran a las pacientes. Esto pone en evidencia la necesidad de fortalecer el cumplimiento normativo y de monitorear las prácticas institucionales con indicadores específicos.

9. RECOMENDACIONES

Este estudio identifica oportunidades clave para el fortalecimiento de capacidades del sistema público de salud y su personal, en la incorporación de indicadores culturalmente pertinentes, en el reconocimiento del rol de las comadronas. Todo esto con una visión para el futuro. Erradicar el racismo estructural requiere reformas profundas en las políticas públicas, formación intercultural para el personal de salud y un cambio en las actitudes sociales hacia los pueblos indígenas. Solo mediante un esfuerzo conjunto entre comunidades, organizaciones y el Estado se podrán garantizar servicios de salud equitativos y respetuosos.

En ese mismo sentido, la erradicación de la VO requiere de un cambio paradigmático en el sistema de salud de Guatemala. Este cambio debe partir de la comprensión de que la salud no puede desvincularse del contexto cultural y social. Las mujeres indígenas no solo enfrentan violencia obstétrica, sino también un sistema que ignora sus derechos y necesidades. Garantizar un parto humanizado, intercultural y libre de violencia es una deuda pendiente con las mujeres del país, y este estudio representa un llamado urgente para actuar en esa dirección.

El abordaje de la VO requiere compromisos por parte del Estado, las instituciones de salud, la academia y la sociedad en general para garantizar que las mujeres, especialmente las mujeres indígenas, tengan acceso a una atención respetuosa, digna y libre de violencia.

A continuación, se presentan algunas acciones estratégicas que pueden contribuir a este propósito, según los actores clave que pueden emprenderlas.

9.1. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Implementar protocolos que aseguren el respeto a las prácticas culturales y cosmovisiones de las mujeres indígenas, incluyendo el parto en posición vertical y el acompañamiento de comadronas, con respeto a su trabajo. Para ello es necesario, en primer lugar, aplicar los mecanismos ya existentes para la atención con pertinencia cultural (véase sección 4.2) y, en segundo lugar, la creación de normativas y protocolos para regular la atención obstétrica así como la realización de reformas en la legislación existente, implementando penalizaciones claras para combatir y prevenir la VO y actos de racismo o discriminación.
- Contratar personal que hable los idiomas locales predominantes en cada región para garantizar la comunicación efectiva con las pacientes indígenas mayas.
- Ampliar la infraestructura y cobertura de los servicios de ginecología y obstetricia incorporando espacios culturalmente apropiados que permitan prácticas culturales como el temascal, la atención conjunta con comadronas y el ejercicio de la espiritualidad maya y otros pueblos.
- Formación obligatoria en derechos humanos e interculturalidad que incluya programas de sensibilización sobre racismo, género y pertinencia cultural en la capacitación del personal médico y administrativo.
- Reconocer los saberes y conocimientos ancestrales de las comadronas y permitirles trabajar sin restricciones injustificadas y bajo sus propios mecanismos o sistemas de salud. Ofrecer capacitaciones voluntarias y complementarias dirigidas a las comadronas para que amplíen sus conocimientos respecto al sistema de salud *occidental*, respetando su independencia y prácticas de atención. De igual manera, capacitaciones al personal del sistema público de salud sobre el conocimiento de las comadronas y la salud ancestral. Revisión de normativa sobre las comadronas buscando eliminar restricciones que limiten su quehacer comunitario y la atención en casos de primerizas o mujeres mayores de 35 años.
- Diseñar indicadores para monitorear la atención culturalmente apropiada, incluyendo la calidad del trato, el uso de idiomas indígenas y el respeto a la decisión de realizar



prácticas culturales ancestrales. Se recomienda su validación con la participación de mujeres indígenas, sobre todo de las comunidades mayas.

- Establecer mesas de diálogo con líderes y lideresas comunitarias/os, organizaciones de mujeres indígenas y comadronas para la toma de decisiones en la organización de actividades y procesos para mejorar la situación de la salud en las comunidades.
- Facilitar mecanismos seguros y expeditos para la denuncia segura y confidencial de casos de violencia obstétrica o maltrato.
- Garantizar recursos en hospitales y centros de salud para proveer insumos básicos, medicamentos y alimentos culturalmente adecuados.
- Promover campañas nacionales de concientización con el objetivo de educar sobre los derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, destacando la importancia del respeto cultural y combatiendo el racismo estructural.
- Fortalecer la UNAPII para que pueda ejercer, entre otras funciones, la supervisión de la incorporación efectiva de la pertinencia cultural en los servicios con presupuesto y personal para monitorear la implementación de las recomendaciones en cada región.
- Asignar financiamiento estatal a la investigación en salud intercultural mediante estudios que evalúen el impacto del racismo y la violencia obstétrica, así como la efectividad de las medidas correctivas.

9.2. Universidades y escuelas de enfermería:

- Incluir formación sobre multiculturalidad e interculturalidad, especialmente la cosmovisión maya y la salud intercultural.
- Ofrecer cursos de idiomas como K'iche', Kaqchikel y otros para mejorar la comunicación con pacientes indígenas.
- Tomar en cuenta en los pénsum de estudios las 56 recomendaciones de la OMS para humanizar el parto, incluyendo la reducción de intervenciones innecesarias y la promoción de decisiones informadas.
- Capacitación en métodos ancestrales de parto: incluir el parto vertical como opción para alinear la atención con las preferencias culturales.

- Módulos sobre violencia obstétrica: abordar la violencia obstétrica como violencia de género, su impacto y formas de prevención.
- Importancia del consentimiento informado: capacitar sobre la importancia del consentimiento informado y la comunicación clara en todos los procedimientos.
- Colaboración de comadronas: enseñar a estudiantes a trabajar tomando en cuenta la colaboración con comadronas en entornos comunitarios y hospitalarios, reconociendo y valorando su conocimiento ancestral.
- Evaluaciones culturalmente pertinentes: utilizar indicadores que midan la calidad de la atención desde una perspectiva cultural.
- Investigación sobre experiencias de mujeres indígenas: incluir estudios sobre sus experiencias en el sistema de salud como parte del currículo.
- Entrenamiento en habilidades blandas: implementar entrenamientos específicos para la interacción respetuosa y empática con pacientes de todas las culturas.

9.3. ASECSA, MOLOJ y MM Bizkaia

- Realizar campañas para informar a las mujeres indígenas sobre sus derechos reproductivos, el parto humanizado y cómo identificar la violencia obstétrica.
- Talleres comunitarios: explicar conceptos como el consentimiento informado, opciones de parto y derechos en los servicios de salud.
- Formación continua para comadronas, según las competencias organizacionales, que pueden ser de carácter técnico, como brindar capacitación como la identificación de señales de alarma durante el parto, derivaciones oportunas y documentación básica o en la incidencia para obtener estos conocimientos por parte del Estado.
- Redes de apoyo comunitario: crear redes entre mujeres que han enfrentado violencia obstétrica para compartir experiencias y construir resiliencia.
- Incidencia política para la pertinencia cultural: abogar por el cumplimiento de las normas existentes y su ampliación al tercer nivel de atención, que integren prácticas culturales en hospitales y clínicas.
- Herramientas para medir la calidad de la atención: desarrollar y aplicar herramientas que consideren la perspectiva de las mujeres indígenas.



- Plataformas de denuncia accesibles: implementar plataformas en línea o telefónicas para que las mujeres puedan denunciar casos de violencia obstétrica de forma confidencial.
- Ofrecer capacitaciones para personal médico sobre pertinencia cultural y la cosmovisión de los pueblos indígenas en salud.
- Talleres de buenas prácticas en atención obstétrica: trabajar con hospitales para promover la atención del parto humanizado.
- Impulsar leyes que reconozcan y sancionen la violencia obstétrica en contextos indígenas.
- Formación de lideresas indígenas: empoderar a lideresas para que representen a sus comunidades en foros sobre salud materna y violencia obstétrica.

9.4. Personal médico, de enfermería y operativo-administrativo

- Promover el trato respetuoso y humanizado: evitar comentarios despectivos, usar lenguaje inclusivo y erradicar actitudes paternalistas, burlas o comentarios humillantes.
- Consentimiento informado en el idioma de la paciente: explicar los procedimientos, riesgos y alternativas en su idioma, asegurándose de su comprensión y consentimiento voluntario.
- Incorporar prácticas ancestrales: permitir prácticas como la posición vertical para el parto y el acompañamiento de la comadrona.
- Capacitación en humanización del parto: participar en cursos sobre las recomendaciones de la OMS para humanizar el parto.
- Formación en interculturalidad y necesidades indígenas: recibir formación regular sobre interculturalidad, racismo estructural y las necesidades específicas de los pueblos indígenas.
- Detección de prácticas que constituyen violencia obstétrica: identificar y eliminar prácticas como el uso innecesario de oxitocina, la maniobra de Kristeller o episiotomías sistemáticas sin información y/o consentimiento.
- Reconocimiento al trabajo de comadronas: respetar su conocimiento, experiencia y flexibilizar la normativa para permitir su participación en la atención de partos, cuando así lo requiera la paciente.

- Flexibilidad en las normas para una atención inclusiva: permitir que las pacientes elijan a un acompañante durante el parto y ofrecer opciones alimenticias culturalmente pertinentes.
- Actualización profesional continua: participar en programas de actualización sobre atención humanizada y salud intercultural.
- Mejora, implementación y monitoreo de protocolos de atención para la atención del embarazo, parto y puerperio con enfoque de género y pertinencia cultural.

9.5. Organizaciones de mujeres y feministas

- Promover campañas para exponer las desigualdades que enfrentan las mujeres, en especial las mujeres indígenas, en los servicios de salud, promoviendo la empatía y el respeto por la diversidad cultural.
- Implementar campañas y talleres sobre interculturalidad y derechos: abordar la interculturalidad, los derechos de las mujeres indígenas y la importancia de respetar sus conocimientos y saberes ancestrales en salud desde un pensamiento crítico feminista.
- Difusión de información sobre derechos: informar sobre los derechos de las mujeres indígenas a una atención médica respetuosa y libre de violencia.
- Redes de apoyo para denunciar violencia obstétrica: brindar asesoramiento legal y emocional a mujeres que desean denunciar discriminación o violencia obstétrica.
- Incidencia política contra el racismo y la violencia obstétrica: abogar por una atención intercultural en los servicios de salud y el cumplimiento de las normas vigentes.
- Observatorios ciudadanos para la vigilancia de políticas públicas: monitorear la implementación de políticas de salud para las mujeres indígenas y denunciar prácticas discriminatorias.
- Defensa del rol de las comadronas: promover el reconocimiento de las comadronas como guardianas de la salud materna y neonatal, exigiendo que sea respetada su participación en el proceso cuando sea requerida por la paciente.
- Fortalecimiento de las capacidades de las comadronas: impulsar proyectos que mejoren su acceso a recursos básicos.



- Espacios de diálogo para mujeres indígenas: fomentar la construcción de soluciones colectivas a partir de sus experiencias y necesidades.
- Apoyo a lideresas comunitarias: brindar apoyo para que representen las demandas de sus comunidades en foros y debates.
- Difusión de historias reales en medios de comunicación: visibilizar el problema del racismo y la violencia obstétrica mediante la difusión de historias de mujeres indígenas.
- Colaboración con medios locales: difundir información en idiomas indígenas y promover la diversidad cultural en sus contenidos.
- Alianzas con organizaciones y personas: fortalecer las iniciativas en favor de las mujeres indígenas mediante el trabajo en red con organizaciones comunitarias, académicas, defensoras de derechos humanos y ONG.
- Trabajo con autoridades comunitarias y religiosas: asegurar que el mensaje de respeto e pertinencia llegue a todos los niveles de la sociedad.
- Promoción de valores desde la cosmovisión maya: incluir valores de respeto, equidad y otros desde la cosmovisión maya en la formación de las nuevas generaciones.
- Fomento de la autonomía económica de las mujeres indígenas: impulsar programas de desarrollo comunitario que las incluyan como protagonistas, ya que la pobreza agrava su exclusión del sistema de salud.
- Diálogo intersectorial para políticas inclusivas: facilitar diálogos entre comunidades indígenas, instituciones de salud y sociedad civil organizada para diseñar políticas y prácticas que respeten las diferencias culturales.
- Participación de las mujeres indígenas en la toma de decisiones: abogar por su participación activa en los procesos relacionados con su salud y bienestar.

10. INDICADORES PROPUESTOS

Para poder monitorear y evaluar la situación de violencia obstétrica, se sugiere registrar la siguiente información en el control posparto. Estas preguntas también pueden ser incluidas en las encuestas de condiciones de vida, de bienestar o de salud materno infantil, realizadas

por el Instituto Nacional de Estadística. Además, pueden ser registradas por organizaciones sociales que habiliten plataformas para la denuncia de violencia contra la mujer.

La parte 1 permitirá caracterizar a las mujeres según los indicadores propuestos. La parte 2 permitirá establecer qué tipos de violencia han percibido y si tienen alguna relación con su pertenencia. La parte 3 permitirá dimensionar la magnitud de la utilización de procedimientos que pueden considerarse formas de violencia obstétrica de no ser realmente necesarios.

Parte 1. Características básicas.

- Edad.
- Pueblo de pertenencia.
- Comunidad lingüística.
- No de parto/ embarazo.
- Escolaridad y/o alfabetismo.
- Lugar de residencia.
- Estado civil.
- Adscripción religiosa.
- Trabajo remunerado.

Parte 2. Percepciones de violencia obstétrica.

1. Durante el trabajo de parto y el parto, le impusieron estar en una posición contraria o distinta a la que usted prefería.
2. La ignoraban cuando preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé.
3. No le explicaron lo que le hacían.
4. La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle de qué o para qué era.
5. Alguien del personal de salud la regañó o le gritó mientras permaneció en el hospital para tener a su hijo.
6. Durante la atención, le dijeron cosas ofensivas o humillantes.
7. Se negaron a anestésicarla o a aplicarle bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones.
8. Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que estaba gritando o quejándose mucho.
9. La operaron para ya no tener hijos(as) sin preguntarle ni avisarle.

10. La presionaron para que aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para no tener hijos(as).
11. Le dijeron cosas ofensivas, humillantes o denigrantes, relacionadas con su pertenencia, su pueblo, su idioma o su vestimenta.
12. Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé.
13. Le pellizcaron o jalonearon.
14. No le permitieron que la acompañara nadie durante el parto.
15. La prepararon para el parto con ejercicios o motivación psicológica.

Parte 3. Indicadores de procedimiento

- Cesáreas y razones para practicarlas.
- Episiotomías/ partos vaginales.
- Aplicación de oxitocina o dinoprostona.

Cálculo de los indicadores

Los indicadores se obtendrán evaluando la proporción de agresiones padecidas o procedimientos aplicados como porcentaje de los partos totales por unidad de tiempo (semestre, año, lustro) y en correlación con las características de las usuarias.

II. LISTA DE ACRÓNIMOS

AMC	Antropología Médica Crítica
ASECSA	Asociación de Servicios Comunitarios de Salud Centro de Atención Integral Materno Infantil Centro de Atención
CAIMI	de Atención Integral Materno Infantil Centro de Atención
CAP	Permanente
CIDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
DSS	Determinación social de la salud
DRISS	Dirección de Redes Integradas de Servicios de Salud
ENCOVI	Encuesta de condiciones de vida

FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
INE	Instituto Nacional de Estadística
MATEP	Manejo Activo del Tercer Estadio de trabajo de Parto
MM Bizkaia	medicusmundi Bizkaia
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
UNAPII	Unidad de Atención de Pueblos Indígenas e Interculturalidad del MSPAS
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
USAC	Universidad de San Carlos de Guatemala

12. BIBLIOGRAFÍA

- Arguello-Avendaño, H. E.-G. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR*.
- Cárdenas Castro, M., & Salinero Rates, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Rev Panam Salud Publica*, 46, e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
- Castrillo, B. (2016, diciembre). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)*, (24).
- CIESAR. (2012). Dónde dar a luz. La decisión de la mujer sobre el lugar del parto en comunidades indígenas de Guatemala.
- Cortez, P. L. (2012). Enfoque Comunicación para el Desarrollo (CpD) para la Consultoría para la Realización.
- Fernández Herrero, L. (2021). *El parto: La medicalización de un proceso natural*. Cantabria.
- Gleason, E. G., Molina Berrío, D. P., López Ríos, J. M., & Mejía Merino, C. M. (2021). Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud Colectiva*, 17, e3727. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3727>
- Lugones Botell, M., & López Rodríguez, A. (2012). El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.
- Massó Guijarro, E. (2023). La violencia obstétrica como injusticia epistémica. *Salud Colectiva*.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2018). Normas de atención en Salud Integral para el primero y segundo nivel. Guatemala.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). (2022) Guía de Procesos y Procedimientos Prioritarios, Optimizados y Estandarizados para la Atención Integral Materna, Neonatal y de niños/as menores de 2 años.



- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1979). CEDAW. Convención para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer.
- Plaza Pública. (2023). Temor en el quirófano: La violencia obstétrica persiste en salud pública. Recuperado de <https://www.plazapublica.com.gt/content/temor-en-el-quirofano-la-violencia-obstetrica-persiste-en-salud-publica>
- Salaverry García, O. (2013). Atrogenia institucional y muerte materna. Semmelweis y la fiebre puerperal. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*.
- Singer, M. (2004). Critical Medical Anthropology. In C. R. Ember & M. Ember (Eds.), *Encyclopedia of Medical Anthropology* (pp. 25-34). Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- UNA PER. (2023). Quiénes somos. Recuperado de <https://unaper.org.gt/quienes-somos/>
- UNICEF Guatemala. (2023). UNICEF reconoce la importancia de la labor de más de 5600 comadronas promotoras de salud en Guatemala. Recuperado de: <https://t.ly/bnzV6>.
- Vides Porras, A., & Álvarez Castañeda, A. (2013). La medicina tradicional como un modelo de atención integral en salud. *Revista de la Universidad del Valle de Guatemala*, 25, 58-60.
- Witeska-Młynarczyk, A. (2015). Critical Medical Anthropology – a voice for just and equitable healthcare. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(2), 385-389.
- Zola, I. (1972). "Medicine as an institution of social control" *The Sociological Review*, 20(4), 487-504.

ANEXOS

A1. Instrumentos utilizados para la recopilación de información

A2. Transcripción de fragmentos de entrevistas y discusiones realizadas

A3. Consentimientos firmados

A4. Dossier fotográfico

NOTA ACLARATORIA:

Para contribuir al cuidado del ambiente, los anexos están disponibles solamente en la versión digital de este informe, que usted puede solicitar a las siguientes direcciones de correo y sitios web:

- colocar sitio web de ASECSA
- colocar correo de ASECSA
- colocar sitio web de MOLOJ
- colocar correo de MOLOJ
- colocar sitio web de MM Bizkaia
- colocar correo de MM Bizkaia

Muchas gracias por su comprensión.



Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA)
6ª calle de las Margaritas 3-122 zona 1, Quintas Los Aposentos | Chimaltenango, Guatemala, C.A



La Asociación Política de Mujeres Mayas (MOLOJ)
11 avenida 13 -19 zona 2, Ciudad Nueva, Ciudad de Guatemala, C.A