MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICION, ENFERMERIA y TECNOLOGIA MÉDICA

UNIDAD DE POSTGRADO

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

INFLUENCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES EN EL ACCESO DE MUJERES EMBARAZADAS A LA SALUD REPRODUCTIVA EN COCHABAMBA

Caso: Centro de Salud Pucarita

Para Optar el grado de Especialista en Interculturalidad y Salud

Proponente: Dr. Julio Vera Cadima

Tutor: Dr. Carlos Tamayo Caballero

Cochabamba – Bolivia

2010

Dedicado a mis dos hijos
por todo el tiempo que no
pude compartir con ellos.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres embarazadas y madres que me permitieron ingresar a sus hogares y conversar con ellas en las distintas comunidades aledañas al Centro de Salud Pucarita.

Al personal medico del Centro de Salud Pucarita, por toda la información brindada, por las sugerencias e inquietudes para la realización de la investigación.

Al Dr. Carlos Tamayo Caballero, como asesor y por todo el apoyo y ánimos brindados permanentemente.

A mi Madre por su sacrificio y confianza y haberme dado la vida por segunda vez.

A mis hijos José Antonio y Jorge Luis que han estado a mi lado en todo este proceso y en cuyos momentos de sueño he podido culminar este trabajo con el apoyo de mi esposa Adela.

Esta formación fue gracias al apoyo financiero de la
Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo –AECID-

INDICE

1.- INTRODUCCION…….. 1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……..... 2
2.1 Pregunta de investigación…… 8
3.- JUSTIFICACIÓN…… 9
4.- ANTECEDENTES …… 9
4.1.- Mortalidad Materna……. 12
5.- OBJETIVOS…… 14
5.1 Objetivo general …… 14
5.2 Objetivos específicos…… 14
6.- MARCO TEORICO…… 14
6.1 Marco Contextual…… 14
6.1.1 Ubicación Centro de Salud "Pucarita"…….. 14
6.1.1.1 Aspectos históricos …….. 14
6.1.1.2 Ubicación Geográfica……. 15
6.1.1.3 Comunidades dependientes……. 16
6.1.1.4 Límites del Centro de Salud Pucarita……. 16
6.1.2 Descripción Poblacional…… 17
6.1.3 Contexto Socioeconómico y Cultural…… 17
6.1.3.1 Actividades Ocupacionales……... 18
6.1.3.2 Vivienda…….. 18
6.1.3.3 Religión…….. 18
6.1.3.4 Idiomas…… 19
6.1.3.5 Servicios Básicos…… 19
6.1.3.6 Comunicación……... 19
6.1.3.7 Organizaciones Sociales…… 19

Organizaciones privadas……..... 19
Organizaciones populares…… 19
6.1.4 Infraestructura del Centro Salud Pucarita…… 20
6.1.4.1 Servicios……. 20
6.1.4.2 Actividades dentro del Centro de Salud…… 20
6.2 Marco Conceptual…….. 20
6.2.1 Salud y enfermedad…… 20
6.2.2 Medicina Social…… 21
6.2.3 Importancia de la Cultura…….. 22
6.2.4 La multiculturalidad en Bolivia……..... 23
6.2.5 La familia y el rol social de la mujer-madre……. 25
6.2.6 La maternidad…….. 27
6.2.7 Embarazo…….. 28
6.2.8 El Parto…….. 28
6.2.8.1 Operación cesárea……... 29
6.2.8.2 Posparto……..... 29
6.2.8.3 El aborto……. 29
6.2.9 El embarazo y parto en la concepción andina……. 30
6.2.10 Mortalidad materna…….. 32
6.2.11 Derechos reproductivos de las mujeres……. 33
6.2.12 La salud reproductiva…….. 34
6.2.13 Educación Sexual……. 34
6.2.14 La Planificación Familiar……..... 34
6.2.15 Los métodos anticonceptivos (MAC)…….. 35
6.2.16 Calidad de atención en salud reproductiva…… 35
6.2.17 Calidad de atención desde la perspectiva de género…….. 37
6.2.18 La salud Reproductiva en Bolivia……. 38
7.- METODOLOGIA…… 39
7.1 Enfoque y tipo de investigación……. 39

7.2 POBLACION Y MUESTRA……. 42

7.2.1 Universo de la Investigación ……... 42

7.2.1.1 Unidades de análisis…… 43

7.2.1.2 Características del dist. municip.N°9 (Comuna Itocta)…….. 43

7.2.2 Muestra…….. 45

7.3 RECOLECCION DE DATOS…….. 46

7.3.1 Técnicas e instrumentos…… 46

7.3.2 Revisión Bibliográfica y Documental……. 46

7.3.3 Entrevista en Profundidad……. 47

7.3.4 Observación…….. 49

7.4 TRABAJO DE CAMPO…… 49

7.4.1La atención y el personal de salud…….. 50

7.4.2 Plan de análisis……... 51

7.4.3 Elaboración del informe final…….. 52

8.- RESULTADOS…….. 52

8.1 De la parte Cuantitativa de la investigación…… 56

8.2 De la parte Cualitativa de la investigación…….. 78

9.- CONCLUSIONES……. 130

10.- RECOMENDACIONES…….. 135

11.- BIBLIOGRAFIA…….. 141

ANEXOS…….. 143

Guía de entrevista…… 143

Croquis Comuna Itocta…….. 147
Croquis de área Pucarita…… 148
Plan de Intervención…… 149

1.- INTRODUCCION

Los objetivos de la investigación fueron identificar y analizar factores socioculturales que influyen en el acceso de las mujeres embarazadas al servicio de la salud; conocer sus prácticas cotidianas y culturales así como sus problemas y necesidades de la planificación familiar. Analizar también aspectos relacionados a las políticas de salud vigentes, así como sus ventajas y desventajas desde el punto de vista de las beneficiarias.

Finalmente describir y analizar las necesidades de calidad de atención en salud para mujeres embarazadas, y las perspectivas del enfoque de género, no como una atención igualitaria, sino más bien como una atención específicamente dirigida a esta población.

La investigación esta plasmada en tres capítulos, el primero justifica la investigación exponiendo la problemática que motivo a realizarla y plantea las preguntas y objetivos trazados así como la hipótesis que nos habíamos planteado al comienzo de la misma.

En el segundo capítulo, analizamos críticamente la teoría existente sobre temas que se tratan en nuestra investigación como la importancia de las ciencias sociales en la aplicación de la medicina y las diversas particularidades existentes entre una y otra región relacionada al embarazo, parto y anticoncepción. Se han tomado en cuenta términos generales y aspectos particulares del territorio y la cultura andina.

El tercer capítulo contiene todo lo relacionado a los pasos que se han seguido durante la realización de la investigación tanto teórica como práctica. Describimos el enfoque seleccionado, y todos los aspectos determinados para ingresar a realizar el trabajo de campo y el posterior análisis de los resultados.

El cuarto capítulo muestra características contextuales de la zona de estudio; en el quinto capítulo están los hallazgos resultantes de la investigación práctica,

seguidos del análisis de los mismos. El desarrollo de los resultados esta basado en las entrevistas en profundidad realizados durante el trabajo de campo, donde los testimonios de las unidades de análisis como punto central, han sido acompañados con explicaciones teóricas, resaltando coincidencias o comparaciones. Este capítulo posee testimonios con interesantes particularidades que resaltan las prácticas y conocimientos locales sobre el embarazo y el parto que aun se conserva en la cultura tradicional. Se resalta también entre los resultados, las necesidades que tiene esta población, de adquirir conocimiento sobre la salud reproductiva, específicamente sobre la planificación familiar, como una inquietud importante que no es del todo desconocida.

Finalmente llegamos a las conclusiones y las respectivas recomendaciones que están asociadas a las actitudes, practicas, necesidades y problemas de las mujeres embarazadas y consecuentemente al servicio de salud como un sistema de servicio organizado que debe brindar atención de calidad y con calidez a todos los usuarios en general y particularmente en el proceso reproductivo de la mujer.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

"Las políticas estatales han priorizado la atención a la problemática de la mujer, y a través de un marco normativo que recoge las demandas de la sociedad civil en especial del movimiento de mujeres, ratificadas en el contexto internacional, se establecen líneas y estrategias de acción en las áreas de salud, educación, desarrollo económico, participación política y ciudadanía, violencia, reformas legales, comunicación y cultura."[i]. "La Política Nacional de Salud prioriza el binomio madre-niño, sin embargo, el objetivo estratégico es la totalidad de la población y todo el ciclo de vida de las personas, desde su génesis intra útero hasta la muerte. La máxima aspiración de este instrumento político es lograr que al nacer tengamos las mismas oportunidades y que la alegría de vivir plenamente, con calidad, desarrollar nuestras potencialidades sintiéndonos socialmente productivos, nos ayude a morir en paz y con dignidad" (Ministerio de Salud y

Deportes; 2004)[ii]. Pese a estos esfuerzos, “No nos hemos despojado de nuestra actitud puramente técnica sobre las ventajas y desventajas, por ejemplo, de la planificación familiar –componente fundamental del programa de Salud Sexual y Reproductiva- para conocer mejor los pensamientos y los sentimientos de la población”[iii], esta forma de intervenir no ha logrado visualizar resultados efectivos en términos de indicadores de salud familiar y por extensión, de salud integral mejorados en el nivel más general.

El Plan Nacional de Salud y Equidad de Género 2004-2007 del Ministerio de Salud y Deportes, tiene como propósito: “Contribuir al desarrollo de la política nacional de salud promoviendo el mejoramiento de la salud particularmente de las mujeres, mediante la integración de consideraciones de equidad de género que permitan cimentar la salud como un derecho, responsabilidad de todos/as y una expresión de la calidad de vida durante todo el ciclo vital” [iv], para lograr este propósito se ha formulado cuatro objetivos vinculados a los mecanismos para la participación efectiva de la mujer en el cuidado de su salud, potenciar el conocimiento. “La inversión en la salud de la mujer es reconocida como un componente esencial del crecimiento social y económico”[v], este reconocimiento ha logrado incorporar en los actores de gobierno, una actitud propositiva para formular políticas tendientes a disminuir la brecha en las relaciones de género, sin embargo, en Bolivia pese a los avances logrados en la eliminación de la inequidad de género, las mujeres aún enfrentan grandes restricciones para el acceso a oportunidades y recursos que hagan posible su empoderamiento en todas las esferas del que hacer social. En el ámbito de la vida sexual y reproductiva las posibilidades de la mujer de autonomía personal y de autodeterminación sobre las decisiones más vitales, son limitadas. Esto repercute en un riesgo sistemático en la salud y la sobrevivencia; además, de condicionar y restringir el ejercicio de la ciudadanía y de los derechos humanos básicos. Este mismo Plan identifica nudos críticos[vi] como la participación de la mujer, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, formas múltiples de violencia, procesos de Reforma del sector, la promoción del liderazgo de la mujer en salud, redes de atención de la violencia y

ejercicio de los derechos, además de un sistema de información con consideraciones de género en la producción de servicios, entre otros.

La intervención a nivel operativo o de campo es todavía insuficiente unas veces, y otras deficiente, sabemos que la formulación de políticas sin acompañamiento efectivo a los “operadores de la ley o políticas” son solamente intenciones, los servicios de salud viven con formas de violencia, discriminación, y una forma de destierro y esto se está reproduciendo sistemáticamente en cada prestación medica o sanitaria, Es posible que sea esta una razón fundamental para que la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y de la niñez sea una deuda pendiente con la sociedad. Sin embargo, no es suficiente medir el existo de los servicios de salud a partir de la reducción de las muertes, cuando, vivir bien, significa que los años sin importar el numero; sea totalmente satisfactorio para quien lo viva, esto es, cumplir con sus aspiraciones, que tenga la posibilidad de elegir al Dios que quiere adorar, el tipo de servicio que desea tener, lograr acceso a todo servicio básico y bienes que la sociedad en su conjunto dispone para la población, estar libre de cualquier tipo de discriminación y, este lejos de los factores que le producen dolor, enfermedad o muerte. Esta condición, todavía lírica en nuestro contexto, se consigue introduciendo valores en la cultura medica, que sin duda inician en la formación del hombre y la mujer misma, apoyados por las instituciones que transita durante sus años de vida, la familia, la escuela, la iglesia y el ambiente de trabajo. “La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien.”[vii] Ya no posible definir a la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Este concepto ha evolucionado a una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. El dolor y el estado de bienestar está

fuertemente influida por las experiencias personales y las condiciones de vida de su entorno inmediato, en este sentido es la propia valoración que la persona le da a la vida considerando que las valoraciones de salud, enfermedad y discapacidad conlleva un soporte social, cultural y el nivel de autoestima de cada persona. La posibilidad de tener una vida competitiva afecta sustancialmente a la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud o enfermedad tienen diferente percepción personal de estado. “En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro”[viii]. (Nelson, 1987). En este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio de cómo percibe su calidad de vida.

Sabemos que en la mayoría de casos, la muerte de las madres es absolutamente innecesaria por la posibilidad de ser prevenibles con medidas que muchas veces está a nuestro alcance, simples –no superficiales-, con actitudes más que con un gran desarrollo tecnológico. Las causas que están produciendo estas muertes son los abortos, infecciones del posparto, ausencia de control prenatal aspectos que con una actitud y organización básica es posible prevenirlas. Es posible que las condiciones de violencia a la que está expuesta la mujer, incluso en su entorno inmediato”70% de violencia domestica se producen en seno del hogar[ix]” (Tamayo, 2003). En las economías de mercado establecidas según el Banco Mundial, la violencia de género es responsable del 25% de vida saludables perdidos, En Bolivia, parangonado con otras experiencias, “la violencia de género es una causa significativa de enfermedades y muertes femeninas, producto de golpizas durante el embarazo, de violaciones conyugales, de abuso sexual en la niñez, de abortos practicados en malas condiciones sanitarias, de esterilizaciones forzadas, de carencia alimentarías y de escaso acceso a los servicios de salud, entre otras causas”[x]. “La sociedad civil boliviana esta mejor organizada y es mucho más consciente de que un significativo impacto en la situación de salud no se puede conseguir con cambios en el sistema sanitario e incremento de los recursos, sino que es preciso un enfoque global e integral del desarrollo humano que comienza con la preocupación sobre las determinantes sociales de la salud”[xi].

La mortalidad materna tiene altos índices en los países en desarrollo y está relacionada a la postergación social de la mujer. Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que en el mundo cada año mueren quinientas mil mujeres por causas relacionadas al parto y al aborto, en aéreas urbanas y más aun en aéreas rurales.

Esta situación está condicionada por aspectos relacionados a la desnutrición, tiempos dedicados a la atención de la mujer, a que la mujer busca atención que esté vinculada a su saberes y practicas ancestrales que los servicios de salud no están preparados, costos privados que representa para la mujer que generalmente es dependiente o tiene pocos ingresos económicos, el desconocimiento por una deficiente información que se convierten en barreras de acceso que limitan la utilización de los servicios de salud.

El aborto es una de las principales causas de mortalidad materna, pero existen otras causas clasificadas como factores de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) entre estos tenemos la desnutrición, la anemia, eclampsia, el periodo intergenésico, junto a otros aspectos que forma parte de la cultura, de las costumbres, actitud de las parejas, el nivel económico, la discriminación, el machismo, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Con el propósito de disminuir la mortalidad materna a través del control prenatal, del parto hospitalario, el espaciamiento entre embarazos y el uso de planificación familiar, se han implementado mediante el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, que tras un corto tiempo de duración y por el cambio de gobierno pasa a ser el Seguro Básico de Salud (SBS), y actualmente se convierte en el Seguro Materno Infantil (SUMI).

En las zonas urbanas de la ciudad de Cochabamba la tasa global de la fecundidad ha descendido de 6 .3 en la década de los 80 hasta 4.9 en 1994; sin embargo la ENDSA, las mujeres de Cochabamba consideran que el número ideal de hijos es

de 2. 3 esta contradicción entre la tasa de fecundidad existente y la deseable, indica que no hay acceso a información relacionada a la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva. Dichos servicios, a partir de la centralización administrativa, están ubicados en cada distrito del municipio de Cercado, lo cual facilita la asistencia de pacientes en cuanto, a tiempo, dinero y distancia, sin embargo, la demanda de atención no siempre alcanza las expectativas y es reducida en algunas zonas, debido a las características sociales, económicas, pero sobre todo culturales de la población.

Por lo tanto, aun con la implementación de renovadas políticas de salud en beneficio de la población, existe la necesidad de abordar otros aspectos importantes que forman parte de la problemática y cuya participación es importante en la búsqueda de soluciones. En esta búsqueda nos planteamos interrogantes para responder a lo largo de la investigación.

Según el ENDSA 2001, La estrategia del Estado Boliviano en materia de salud materno-infantil tiene larga data: “En 1994, la Secretaría Nacional de Salud formuló el Plan Vida para la reducción acelerada de la mortalidad materna y de los niños menores de 5años.

En el año 1996 se creó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), que complementaba las prestaciones del Plan Vida y las financiaba con recursos públicos. En 1999, el Seguro Básico de Salud (SBS) incorpora entre sus prestaciones la atención a las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo. Con la Ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), a partir del 2002 *se amplían las prestaciones cubiertas a todas las patologías de la mujer durante el embarazo, parto, postparto hasta los seis meses y de la niñez hasta los cinco años de edad”*[xii]. Además de continuar vigente el Seguro Universal Materno Infantil, —…*en 2006 se crea el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM) en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito. Se crea este seguro para otorgar prestaciones de salud en todos los niveles de atención del Sistema*

Nacional de Salud, a ciudadanos mayores de 60 años de edad con radicatoria permanente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud" [xiii]. Es importante mencionar, sin embargo, que en el Plan Nacional de Desarrollo del actual gobierno se establece entre los objetivos de la estrategia Bolivia Digna la eliminación de la exclusión social en salud a través de la implementación del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

"Así, la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se constituye en la nueva forma de pensar, comprender y hacer la salud, que involucra, vincula y articula al equipo de salud con la persona, la familia, la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud; además de complementar las medicinas existentes en Bolivia; se enfatiza que este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez[xiv]*." Se plantea también que este Sistema de Salud —…actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controla el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria del Vivir Bien.‖ Asimismo se plantea que "…la población boliviana, hasta el 2010, acceda en un 100 por ciento al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, además del acceso a servicios básicos.*

También se propone eliminar la desnutrición en niños menores de cinco años y alcanzar la mayor cantidad de años de vida en forma saludable con menor incidencia de enfermedades

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las practicas y actitudes culturales de las mujeres embarazadas respecto al embarazo, parto y anticoncepción y que percepción tienen de los servicios de salud distritales en el área de cobertura del Centro de Salud Pucarita?

3.- JUSTIFICACIÓN

Las condiciones de precariedad de la salud de la mujer por si sola es uno de los motivos por el cual surge la inquietud de realizar la presente investigación sobre en el Centro de Salud Pucarita. Para cuyo estudio nos hemos centrado en el embarazo, parto y anticoncepción.

La iniciativa para realizar el presente trabajo de investigación nace en la diversidad étnica y cultural que habita en el territorio boliviano, con tradiciones y costumbres que se mantienen en el lugar de origen pero también se trasladan a otros ámbitos junto a los pobladores, cuando se da el fenómeno de la migración.

Al existir una diversidad de factores socioculturales, es importante conocer como estos factores pueden influir en los conocimientos que tienen las mujeres a cerca de la salud reproductiva; las actitudes de las mujeres embarazadas frente a su propio embarazo; así como las prácticas que realizan las mujeres durante y después del mismo.

Los testimonios provenientes de las propias mujeres embarazadas son importantes para tratar de entender y comprender sus conocimientos, actitudes y prácticas como aspectos preponderantes relacionados a la utilización de los servicios de salud en la zona de estudio.

4.- ANTECEDENTES

La mortalidad materna es una problemática preocupante en todo el mundo, debido a las cifras alarmantes que presenta, sobre todo en los países en desarrollo como Bolivia. Las políticas implementadas por los gobiernos con la finalidad de disminuir las tasas de mortalidad tropiezan con las barreras de accesibilidad económica,

pero sobre todo cultural la cual tiene marcada importancia considerando una sociedad multicultural, como es Bolivia.

Muchos estudios realizados dan ha conocer datos y resultados cuantitativos que muestran en cifras la problemática relacionada a las mujeres en edad fértil, estos están relacionados a la presencia de muchos hijos, al corto periodo intergenesico, a la poca solicitud de atención institucionalizada, al alto riesgo Obstétrico, entre otros, pero en este tipo de datos no se exponen las necesidades y preocupaciones reales de quienes conforman esta población.

La problemática persiste, pese a los esfuerzos y logros que desde el Estado Boliviano que están realizando en los últimos años el comportamiento de los indicadores de salud no han sido reducidos significativamente, tal es el caso de los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) de 1998, mostro que en Bolivia existían una razón de mortalidad materna de 390 fallecidas por cada 100.000 nacido vivos, aproximadamente 1000 madres fallecen cada año. Un 62% de las muertes ocurre durante el embarazo, un 23% durante el parto y 15% después del parto[xv].

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2003, realizada por el estatal Instituto Nacional de Estadística (INE), reveló una tasa de 229 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en Bolivia. La próxima encuesta se realizará en el año 2007.

Esa cifra representa una disminución en el número de mujeres que mueren como consecuencia del embarazo, parto y puerperio, pero aún falta mucho para cumplir la meta de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna para el año 2015, establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio que adoptó la comunidad internacional en 2000.

En 1989 la mortalidad materna era de 416 mujeres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos, y en 1998 bajó a 390 bolivianas muertas.

El Ministerio de Salud y Deportes estima que para el año 2015, 144 mujeres por cada 100.000 nacimientos correrán el riesgo de perder la vida por causas asociadas a la maternidad, y calcula que la tasa para cumplir la meta debería ser 104 por 100.000.

Ivett Mendoza menciona que desde 1993 se adoptaron varias iniciativas y planes gubernamentales que culminaron en 2002 con la vigencia del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), cuyo éxito está sustentado en la gestión financiera y apoyo directo de los 328 gobiernos municipales distribuidos en todo el país, explicó a OPS la responsable departamental del programa.

Mientras el gobierno a través de los nueve Servicios Departamentales de Salud paga el salario a médicos y personal de apoyo, la legislación del SUMI deja en manos de los municipios el mantenimiento, equipamiento y pago de insumos para la atención gratuita de las mujeres antes, durante y hasta seis meses después del parto.

Adicionalmente, el gobierno desarrolla programas de capacitación de personal, mejoramiento de las aptitudes de los responsables de atención en los centros de salud, y de transferencia de conocimientos sobre administración dirigidos a los alcaldes, explicó Mendoza. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2003, realizada por el estatal Instituto Nacional de Estadística (INE), reveló una tasa de 229 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en Bolivia.

Esa cifra representa una disminución en el número de mujeres que mueren como consecuencia del embarazo, parto y puerperio, pero aún falta mucho para cumplir la meta de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna para el año 2015, establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio que adoptó la comunidad internacional en 2000.

Desde 1993 se adoptaron varias iniciativas y planes gubernamentales que culminaron en 2002 con la vigencia del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI),

cuyo éxito está sustentado en la gestión financiera y apoyo directo de los 328 gobiernos municipales distribuidos en todo el país.

Actualmente el gobierno otorga el seguro gratuito de salud a las mujeres desde su nacimiento hasta los 60 años de edad en 27 especialidades médicas, mientras los varones sólo reciben atención gratuita hasta los cinco años de edad.

4.1.- Mortalidad Materna

Una revisión de las muertes maternas entre 1995 y 2010 refleja un descenso de la

mortalidad materna, tanto en el área urbana como en el área rural, Entre 265 fallecimientos reportados en ese periodo, actualmente son 65, mientras las principales causas asociadas con el embarazo son las mismas como ser la retención placentaria, la eclampsia, la sepsis y las hemorragias puerperales.

La razón de mortalidad por departamentos y el promedio nacional ajustado del informe de la ENDSA 2003 muestran un descenso importante con relación al censo 1992, pero que a pesar de ello, seguimos siendo uno de los países con la tasa más alta de mortalidad materna.

Este indicador y la razón de mortalidad materna expresan la probabilidad de morir durante el embarazo, el parto y el postparto, con la diferencia de que la razón representa el riesgo obstétrico entre las mujeres embarazadas y la tasa entre las mujeres en edad fértil. El indicador que expresa las condiciones sociales y asistenciales en que se desarrolla la maternidad, es la probabilidad de morir por una causa materna durante la etapa fértil de 35 años (entre los 15 y los 49). Se le conoce también como riesgo reproductivo, porque en realidad es un riesgo acumulado por todas las mujeres en edad fértil de una colectividad. En Bolivia, esa cifra es de 11 defunciones por cada 1000 mujeres en edad fértil. Esta quiere decir que de cada 91 mujeres en edad fértil, una podría morir por una causa materna durante su vida fértil.

Análisis de la Situación de Salud 2004. Las brechas entre departamentos para los tres indicadores son muy grandes. Compárese, por ejemplo, la que corresponde a la razón de mortalidad materna entre Potosí y Tarija, casi tres veces más alta en aquel, o la que hay entre La Paz y Cochabamba, 2,3 veces más baja en éste. Sin embargo, en todos los departamentos la cifra es de tres dígitos.

Tres departamentos están por encima del promedio nacional, dos muy cerca de él y tres por abajo. Pando, con una población de 54.000 habitantes, no aparece en la figura porque el año 2000 no reportó muertes maternas, pero sí en 2001 y 2002, con una defunción por año. Las principales causas de mortalidad materna identificadas son las hemorragias, sepsis y aborto.

Esta población tiene características particulares ya que forma parte del municipio de la provincia cercado de Cochabamba, pero tiene un componente geográfico de área rural, aunque los pobladores están continuamente interrelacionados con la zona urbana.

- La sub- utilización de los servicios de salud no esta determinada solo por el factor económico privado, si no también, por las actitudes y practicas socioculturales de las mujeres embarazadas, quienes conservan costumbres tradicionales respecto al embarazo, parto y anticoncepción.

- Los medios de información y comunicación que se difunden en todos los distritos son los mismos, sin tomar en cuenta las características socioculturales y socioeconómicas de la zona, lo cual garantiza la recepción adecuada de información sobre todo en temas referentes a la salud sexual y reproductiva.

- La planificación familiar y los métodos anticonceptivos, al ser parte de la cultura occidental, no son de conocimiento de la población en la que predomina la cultura tradicional.

- El acceso a los servicios de salud como un derecho de toda mujer embarazada, no es de conocimiento general y limita la utilización de los mismos.

5.- OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Describir los facilitadores y limitadores de las prácticas y saberes culturales de las mujeres embarazadas para el acceso al Centro de Salud Pucarita ubicado en el Distrito Municipal Nº 9 de la ciudad de Cochabamba durante la gestión 2010.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar las prácticas y saberes culturales de las mujeres embarazadas para clasificar en limitadores y facilitadores al acceso a servicios de salud.
- Describir las percepciones que tiene las mujeres del tipo de atención que reciben en el Centro de Salud de Primer Nivel de Atención.
- Proponer un proyecto de intervención para facilitar el acceso a servicios de salud y mejorar las coberturas para la atención materna en el marco de la interculturalidad.

6.- MARCO TEORICO

6.1 Marco Contextual

6.1.1 Ubicación Centro de Salud "Pucarita"

6.1.1.1 Aspectos históricos

La comunidad de Pucarita Chica en su inicio pertenecía al Sub-distrito Azirumarca; aproximadamente por el año 1952 se independiza con el nombre de Pucarita Chica, gracias a la iniciativa y liderización del entonces dirigente Sr. Lucio Sejas. Desde entonces la población fue creciendo y mejorando gracias a la necesidad de

expansión territorial de los mismos comunarios y algunos emigrantes del interior del país.

Los pobladores de esta comunidad desde entonces se dedican a la ganadería y agricultura. En la actualidad la comunidad de Pucarita Chica administrativamente pertenece al Distrito 9 siendo designadas como “Sub-Distrito Pucarita Chica”, con un rol rural – urbano.

Por la misma necesidad de la comunidad de acceder a un servicio médico en su comunidad. El año 1996 se funda el Centro de Salud Pucarita, se inició como una posta médica en el área de Pucarita Chica, con una infraestructura de solo dos ambientes sin agua potable, ni alcantarillado, con atención solamente de emergencia diurna. Posteriormente gracias a la donación de un lote de terreno, del Sr. Abel Baya Tudela y su esposa la Sra. Victoria de Baya, se logró la construcción del actual Centro de Salud, brindando a su población mayor comodidad y mejores servicios.

La construcción fue financiada por la Honorable Alcaldía Municipal de Cochabamba, efectuado por el Proyecto Integrado de Servicios de Salud (PROISS). Durante la gestión del Alcalde Constitucional Cap. Manfred Reyes Villa

A principios de junio del año 1998, el Centro de Salud Pucarita empezó sus servicios a la comunidad.

La administración y dote de insumos al Centro está dada por la Honorable Alcaldía Municipal de Cochabamba.

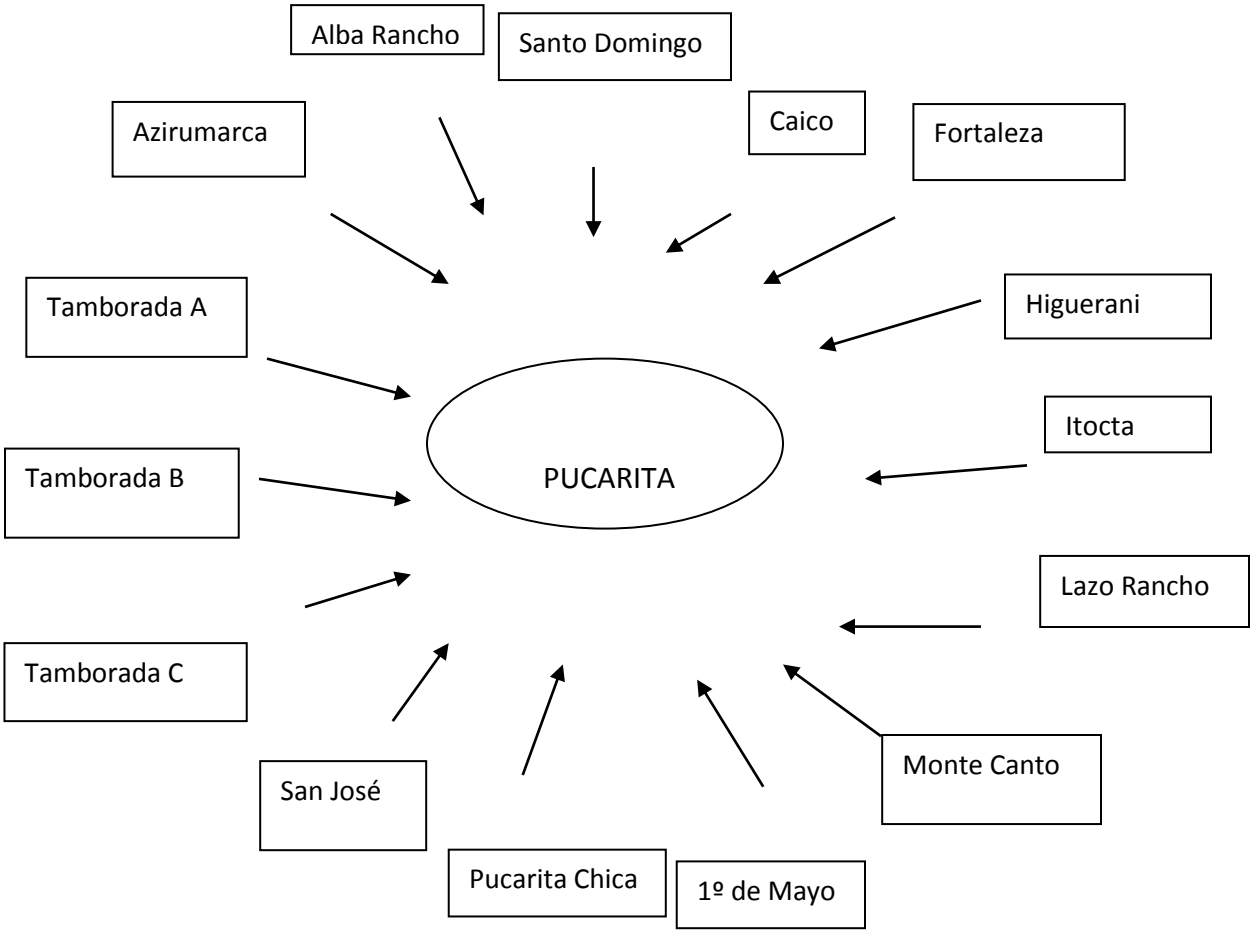
6.1.1.2 Ubicación Geográfica

El Centro de Salud Pucarita se halla ubicado al Sud-Oeste de la Provincia Cercado a 12 km aproximadamente, sobre el camino que se dirige a la comunidad Primero de Mayo.

6.1.1.3 Comunidades dependientes

Dicho centro esta al servicio de 15 diferentes comunidades, las cuales son:

Gráfico 1: Comunidades dependientes



6.1.1.4 Límites del Centro de Salud Pucarita

Al Norte: Rio Tamborada, al Sud: Kuturipa Santibáñez, al Este: Chaqui Mayu (Pucara) y al Oeste: Cotapachi (Quillacollo y Capinota)

6.1.2 Descripción Poblacional

En la actualidad la jurisdicción de Pucarita y demás comunidades aledañas cuentan aproximadamente con una población de 8691 habitantes.

La población de Pucarita cuenta con un Centros de Salud a su servicio; dependiente del el Ministerio de Salud y Deportes, SEDES Cochabamba bajo el apoyo de OTB´s. También existen en el área dos ONGs con programas de Salud como: CS Combase y el PDA Nueva Esperanza ambos ubicados en barrio 1º de Mayo

Tabla 1: Demografía por población en riesgo

Edad	**Población (habitantes)**
Menores de 1 año	182
Mayores de 1 año	182
De 1 a 2 años	451
De 2 a 4 años	1.327
Mayores de 5 años	2.206
Mujeres en edad fértil	5.338
Embarazos esperados	672
Nacimientos esperados	560
Partos esperados	589
Total	**8.691**

Elab. Propia en base a datos del C.S.Pucarita

6.1.3 Contexto Socioeconómico y Cultural

La población de Pucarita en su mayoría presenta deficiencias sociales y económicas, debido a los bajos recursos económicos, con que cuentan, su misma ubicación geográfica, el bajo suministro de riego se ven obligados a esperar tiempos de lluvia y así recibir sus pequeñas cosechas. También obtienen algunos

ingresos de la venta de leche y queso y algunos que se dedican al comercio informal.

La población se rige por las leyes del estado, la comunidad cuenta con consejos encabezados por dirigentes de zona.

6.1.3.1 Actividades Ocupacionales

La mayor parte de la población se dedica a la agricultura y a la crianza de animales como ganado vacuno y otros animales domésticos, también a la producción de leche y derivados. Realizan campeonatos de fútbol y fulbito.

6.1.3.2 Migración

La población actual está constituida por una gran mayoría de personas nacidas en Cochabamba que migraron de zonas más céntricas avasalladas por el desarrollo a estas zonas agrícolas, también está habitada por personas del interior como mineros relocalizados que vinieron asentarse en zonas un poco más periféricas como Primero de Mayo, Barrio Bolívar, Fortaleza, etc.

También los pobladores emigraron a otros países por falta de trabajo.

6.1.3.3 Vivienda

Las viviendas están construidas de adobe y muy pocas de ladrillo con infraestructura no adecuada. La mayoría de dichas viviendas son propias y algunas en alquiler o anticrético.

6.1.3.4 Religión

La mayoría de la población es de religión católica existiendo grupos de religión evangélica.

6.1.3.5 Idiomas

Los idiomas que hablan son castellano, quechua, y aymará.

6.1.3.6 Servicios Básicos

Gran parte de la comunidad cuenta con una red de agua potable que es suministrada gracias a pozos semi surgentes cuya distribución domiciliaria es a través de un sistema de tuberías. La comunidad de Pucarita no cuenta con una red de alcantarillado solo con pozos sépticos o letrinas domiciliarias. El recojo de basura lo realiza el carro de la Honorable Alcaldía Municipal solo los días sábados. La comunidad cuenta con una red eléctrica y alumbrado público solo en algunas calles. La energía proviene de ELFEC en forma permanente.

6.1.3.7 Comunicación

Gran parte de la población se informa gracias a la televisión radio AM, FM. En cuanto a los periódicos y revistas, éstas no llegan a la zona, los que cuentan con estos medios de comunicación los adquieren en los diferentes puestos de venta en la ciudad de Cochabamba. El camino hacia la comunidad de Pucarita es empedrado. Para el traslado a la población se cuenta con los servicios del micro “M”, 46 y taxi-trufi 46 y 104. El tiempo de traslado es aproximadamente 45 minutos.

6.1.3.8 Organizaciones Sociales

Organizaciones privadas: El convento de Hermanas Salesianas Proyecto de Salud Médico – Dental para las personas de bajos recursos (apadrinados).

Organizaciones populares: Organizaciones territoriales de Base (O.T.B.). Clubes de Madres, Sindicato Agrario, Juntas vecinales, Sindicato de Cooperativa de Aguas, Asociación de Productores de leche

6.1.4 Infraestructura del Centro Salud Pucarita

Consta de 2 Consultorios Médicos, 1 Consultorio Odontológico, Enfermería, Sala de Partos, Sala de Internación con baño privado, Sala de Apoyo, Admisión – Farmacia, Sala de Espera, Cocina, 3 Baños, Portería con su baño

6.1.4.1 Servicios

Medicina General, Pediatría, Ginecobstetricia, Planificación Familiar, Tomas de Papanicolau, Farmacia, Odontología, Consulta, Fomento a la Salud Bucal y Servicios de Laboratorio.

6.1.4.2 Actividades dentro del Centro de Salud

Se realizan numerosas actividades de promoción y prevención, información oportuna (IEC) dentro y fuera del servicio. Coordinación con grupos organizados, OTB's, ONG's, Gerencia y municipio cercado para cumplir los compromisos de gestión.

6.2 Marco Conceptual

6.2.1 Salud y enfermedad

La salud y la enfermedad son resultado de las condiciones de vida de la población, se constituye un proceso social, al igual que otros fenómenos relacionados con ellas, se presentan en diferentes formas entre las diversas clases sociales históricamente determinadas. Asimismo, la respuesta a la enfermedad difiere a un grupo social a otro dependiendo de la situación económica, social y cultural que ocupa en la sociedad.

Según el enfoque marxista de Rojas Soriano, las dos clases fundamentales de la formación social capitalista, el proletariado y la burguesía, están diferenciadas con

respecto a la morbi-mortalidad y acceso a los servicios médicos. Esta diferencia se da por la ubicación de cada grupo social en la estructura económica de la sociedad. La realidad objetiva de estas diferencias deriva en las enfermedades que se presentan y es visible desde las condiciones de vida, “las condiciones materiales de existencia que se derivan de las condiciones de trabajo y de empleo”, así como las características de la vivienda, la alimentación, el vestido, el transporte, entre otros.

6.2.2 Medicina Social

Debido a que los procesos de salud y enfermedad se desarrollan en ámbitos socioculturalmente distintos, las ciencias sociales empiezan a formar parte importante en las diferentes problemáticas que presenta dicho proceso, debido a que la salud y la enfermedad ya no están consideradas como única atribución de la ciencia medica occidental. Al respecto la siguiente cita nos muestra la importancia del nuevo enfoque.

Es ingenuo pretender mejorar las partes o elementos de los subsistemas si no se comprende siquiera “el todo” o el conjunto de cosa y procesos que interactúan, creando las condiciones que permites la presencia del fenómeno que se pretende mejorar. La problemática de la mala salud de nuestros pueblos, no es igual a la suma de partes o fenómenos biológicos que se dan en los individuos y que se expresan con las tasas de morbilidad y mortalidad. No se pueden resolver simplemente “desensamblando cada parte” del problema, estudiándolo y haciendo intervenciones para modificarlo. (…) la naturaleza de los componentes individuales no es tan importante, como lo son las interacciones de un componente con los demás. (De Angulo 1995: 12-13).

Es en este marco en el que otras instancias como la cultura, la sociedad, la familia, la educación,- que desde siempre ha sido parte del proceso- empiezan ha ser tomadas en cuenta como factores impo0rtantes en la busque da de soluciones a problemas relacionadas a la salud y la enfermedad.

La medicina social es por lo tanto, “el estudio aplicado de la interrelación entre medicina y sociedad. Esto implica el conocimiento de la interacción entre los factores sociales y el fenómeno salud-enfermedad, así como las acciones médico-sociales destinadas a modificar esta interacción, tomando en cuenta las condiciones histórico-sociales”(UNAM. Cit. Por Rojas Soriano 1988: 42).

En la actualidad se vienen promoviendo programas relacionados a los aspectos sociales de la salud y específicamente a la salud reproductiva con una perspectiva interdisciplinaria dentro de lo que son las ciencias sociales en este sentido son tomados en cuenta algunos conceptos que se hallan el Diccionario Sociológico como ser percepciones (relacionada a los efectos de los factores sociales y culturales sobre al estructuración que el hombre forma de ambiente físico y social), y actitudes (acciones que realizan las personas guiados por su conocimiento).

6.2.3 Importancia de la Cultura

Para la sociología, la cultura se refiere según Chinoy, a la totalidad de lo que aprenden los individuos en tanto miembro s de la sociedad; es una forma de vida, un modo de pensar, de actuar y sentir. Las regularidades de la conducta humana no constituyen en si mismas cultura, tienen patrones comunes sobre el bien y el mal, lo correcto y lo equivocado, tienen actitudes semejantes y comparten los mismos conocimientos sobre el medio social, biológico y físico en que viven.

La cultura es aprendida y compartida, los hombres no heredan sus hábitos y creencias, sus capacidades y conocimiento, pro tanto consideramos que la salud y sus respectivas practicas en los diversos grupos sociales de la sociedad, las adquieren a lo largo de sus vidas. La influencia social varía de una sociedad a otra y esta estrechamente ligada a la **cultura** que predomina en cada sociedad. Existen normas socioculturales que determinan ciertas actitudes como por ejemplo el manejo de la sexualidad; Marcela Lagarde dice que la sexualidad es, “El conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por este, constituye a los particulares, y obliga su adscripción a grupos socioculturales

genéricos a condiciones de vida predeterminadas. La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consiste en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos.

Las normas se dividen a su vez en usos populares y costumbres, las ideas son las creencias y valores, incluye las creencias que los hombres tiene sobre ellos mismos y sobre el mundo social, **biológico** y físico en el que viven y también las creencias sobre sus relación con sus semejantes, con la sociedad y la naturaleza y con aquellas otras entidades que suelen descubrir, aceptar o conjurar; es decir los conocimientos y creencias por los cuales explican sus observaciones y experiencias como el folklore, leyendas, proverbios, ciencia, filosofía, saber practico, incluyendo la biología, y por ende lo referente a su constitución biológica, cambios fisiológicos y la reproducción humana.

Se puede considerar al individuo como un producto social de su sociedad, desde su nacimiento el niño recibe patrones fijos de conducta. El niño aprende los hábitos, actitudes, creencias y valores, de su cultura, de quienes lo cuidaron de pequeño; aprende a satisfacer sus necesidades dentro de las reglas aprobadas por su sociedad, por lo tanto, los conocimientos y actitudes difieren según el contexto, de un grupo a otro de una persona a otra.

De ahí que consideramos a la cultura como un factor importante en el proceso de la vida humana, este proceso tienen particularidades en los distintos grupos social y culturalmente diferenciados, basados en tradiciones y costumbres establecidas a través del tiempo. Por lo tanto, el embarazo, parto y anticoncepción como parte de dicho proceso presentan características particulares según la cultura que predomina en cada sociedad.

6.2.4 La multiculturalidad en Bolivia

En Bolivia existe una partida una importante diversidad étnica y cultural (37 grupos y 10 familias lingüísticas),”el derecho a ser diferente y el reconocimiento de la

diversidad están contenidos en la Constitución Política del Estado que establece que Bolivia es multiétnica y pluricultural[xvi]”

Las sociedades están compuestas por una variedad indivisible de raíces profundas en diferentes componentes, algunos de estos componentes pueden ser según Ester Veldhuis, la convicción de genero, la condición de clase de acuerdo a la estructura socioeconómica, la influencia de los medios de comunicación que representan valores modernos por un lado, y por otro lado la influencia de las religiones, tradiciones, costumbres, maneras de vivir, vestirse y pensar de la cultura, estos últimos representan valores tradicionales.

Sin embargo, las culturas existentes en el transcurso del tiempo van adquiriendo nuevos conocimientos y nuevos modos de vida, así Patscheider dice: A pesar de los índices publicados sobre <<indigenidad>>, hoy no se puede hablar en Bolivia de culturas andinas puras, aisladas del conjunto de las otras culturas existentes. No podemos olvidar que, en un afán homogeneizador, durante más de 500 años esas sociedades sufrieron y sufren aun considerables agresiones a su cultura, (…). Como no puede ser de otra manera, la aculturación forzada o sutilmente subterránea ha dejado huellas, la yuxtaposición se hace visible y sensible en todos los ámbitos de la vida de los bolivianos y bolivianas. Los procesos de intercambio, préstamos, asimilaciones e imposiciones culturales, modifican las cosmovisiones andinas, sobre todo en el área urbana. A pesar de ello, la cultura andina mantiene su singularidad y peculiaridad respecto a la cultura occidental.

La diversidad cultural que existe en Bolivia implica una diversidad de problemas que pueden surgir en su interior, y por lo tanto la superación de estos requiere la necesidad de centrarse en cada uno de los grupos sociales existentes para poder ir en busca de soluciones que estén acorde a la situación del grupo. Las políticas gubernamentales a ser implementadas a favor de los diversos grupos sociales deben por lo tanto, estar acorde a las necesidades de cada comunidad o grupo, tomando en cuenta su vida cotidiana, sus convicciones, sus restricciones y su cultura en general.

6.2.5 La familia y el rol social de la mujer-madre

La familia es la unidad social básica, es lo inmediato de la participación de un individuo en su vida familiar, todo lo que ella implica, las emociones, exigencias, sus funciones en cuanto a la educación y el cuidado del niño, ofrecen una amplia evidencia de que la familia es un grupo social fundamental . Todos los aspectos que tienen que ver con los patrones culturales, se organizan de acuerdo a una estructura que es la personalidad del individuo en la que todas las partes están en relación unas con otras, costumbres, valores, creencias, que se apoyan en las bases fisiológicas y anatómicas, pero que derivan principalmente de la cultura a través de las relaciones sociales. La universidad de la familia se relaciona con las exigencias de la reproducción humana, lo cual incluye las necesidades sexuales.

Dentro de la familia encontramos a la mujer, cuya maternidad constituye su papel principal de preservación de la humanidad por su capacidad de dar vida a un nuevo ser, pero el papel de la madre no es solo de la reproducción, la maternidad abarca desde el proceso de gestación, embarazo y parto, hasta la preservación de los valores mediante la reproducción de la cultura gracias a las enseñanzas que va transmitiendo diariamente a sus hijos durante la infancia y hasta la adolescencia.

Aunque la mujer en la actualidad tienen una mayor participación en los ámbitos de poder, su sector es el que recibe menor educación y sus aptitudes y conocimiento no son adecuadamente valorados y reconocidos, a lo cual se suma la sobrecarga de trabajo domestico que le impide destinar un tiempo para su bienestar físico y emocional.

La situación económica y el crecimiento de la familia obligan a las mujeres a introducirse en el mercado laboral. Muchas mujeres de los países en desarrollo se dedican al sector agrícola y al sector informal, una investigación de Lourdes Benería muestra que el llamado sector informal, absorbe una proporción importante de las mujeres que trabajan fuera de su domicilio, ellas se clasifican como trabajadoras por cuenta propia, pero las condiciones de trabajo en esta

sector son a menudo muy precarias en cuanto a remuneración y estabilidad laboral, además de permanecer el trabajo domestico “para las mujeres, su concentración en el trabajo domestico es universal y poco valorada, contribuyendo a la conocida doble jornada con la que se enfrentan las que participan en el mercado de trabajo”.(1995:108).

En la investigación realizada en barrios periurbanos de Cochabamba, Patscheider encontró que las mujeres constituyen el 36.5% del total de al Población Económicamente Activa. Casi la mitad de ellas se ocupa en el sector terciario (comercio minorista, comercialización de productos de contrabando y de ropa usada, servicio domestico, etc.). El 44.4% realiza una actividad lucrativa en el sector primario y solo el 16% realiza una actividad económica calificada (profesional o técnica).

“El creciente aumento de la pobreza urbana obliga a las mujeres a trabajar en lo que fuere para asegurar la subsistencia de la familia. La combinación de su bajo nivel d instrucción con las responsabilidades domesticas, produce una ampliación irracional de la llamada economía informal. La lucha por obtener mejores ingresos, <<conciliada>> con la situación personal de la mujer, incluye las más creativas respuestas: pequeña industria, artesanía, actividades que derivan de l narcotráfico y del contrabando, comercialización de todo lo posible e inimaginable, etc. Estrategias que frecuentemente se desarrollan en al ámbito familiar, a veces a cargo exclusivo de las mujeres, sin ningún beneficio ni seguridad social. Las condiciones de esas << ocupaciones laborales>> significan para las mujeres la llamada << doble o triple>> jornada de trabajo, con las sobre cargas y consecuencias físicas que cabe suponer. (…). Como en muchos países pobres vemos pues que las mujeres bolivianas ejercen un triple rol (reproductor, productor y de gestión) y asumen una serie de responsabilidades para la subsistencia de la familia (2000:87-88).”

El estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres embarazadas en Cochabamba, se refiere también a este tipo de actividades económicas realizadas

por mujeres embarazadas que aunque les permiten generar sus propios ingresos, no son compatibles con una vida emocionalmente equilibrada, por lo que necesitan de asistencia física y emocional, “a pesar de su estado de embarazo, son económicamente activas, tienen una diversidad de ocupaciones en el sector informal de nuestra sociedad”.

El trabajo informal que realiza el creciente numero de mujeres, permite también la presencia de los hijos en el mismo, lo cual significa además de realizar su actividad laboral cumplen su papel de madre en condiciones escasamente apropiadas, además de tener la obligación de cumplir con las labores domesticas.

6.2.6 La maternidad

La Secretaría de Asuntos de Genero se refiere a la maternidad tradicional y dice que esta también tiene contradicciones, por un lado exalta la maternidad como la suprema función de las mujeres por estar relacionada con la fertilidad de la tierra, pero por otro, la sociedad tradicional considera la maternidad centro del ámbito privado o natural, como resultado no se le brinda atención a la madre y los mayores índices de mortalidad femenina están relacionados a la maternidad.

“Por una parte se nos dice que esta es la característica fundamental de nuestro “ser mujer” y, por ello, nos define, nos exalta y nos realiza. Por otra parte, estamos prácticamente solas frente al gran desafío de ejercer la maternidad, con riesgos de salud, sin apoyo para cumplir con la innumerable cantidad de tareas que ella implica y, en la mayoría de los casos sin la preparación adecuada (SAG 1997:2).”

Es difícil generalizar el concepto de maternidad en un contexto multicultural, la importancia del término puede ir desde el embarazo y el parto hasta la responsabilidad que conlleva el papel mismo de la madre. Su importancia difiere según el contexto (grupo social o familia) en que se ha desarrollado la mujer-madre, varia del área rural al área urbana y de comunidad a comunidad.

6.2.7 Embarazo

El embarazo se puede entender como un proceso biológico de crear una nueva vida para asegurar la perpetuación de la especie humana a través del funcionamiento biológico y fisiológico de los órganos sexuales y reproductores.

Mas allá de la biología, el embarazo puede entenderse como un proceso social y natural que da vida a un nuevo ser, el nuevo ser es un ser social que formara parte de las instituciones sociales, primero la familia luego la sociedad. El niño como parte de una familia resalta la función de la madre como sujeto importante de socialización que introducirá al niño a un contexto culturalmente establecido a través de l tiempo, al cual tendrá que adecuarse desde el momento en que forma parte del mismo.

El proceso del embarazo se diferencia entre culturas y entre mujeres, dependiendo del contexto en el que se desarrolla, este puede abarcar aspectos como cuidados específicos, ausencia de cuidados, requerimiento de atención institucional o ausencia de esta entre otros.

6.2.8 El Parto

Por un lado el parto constituye el primer contacto del niño con su entorno, el primer momento de socialización- que por lo general- desde la introducción de la biomedicina-, se da con un personal extraño, obstruyendo el primer contacto que debía existir entre el niño y la madre. La madre por su parte ya no vive el parto como un acontecimiento familiar sino como un momento en el que debe estar sujeta a la atención institucionalizada por ser lo universalmente establecido, aunque no se practique una atención humanizada del parto. Por otro lado, subsisten grupos sociales en los que permanecen costumbres culturales relacionadas al parto y en los que se puede encontrar la atención humanizada.

El parto se presenta a culminar la etapa del embarazo; se inicia con el ablandamiento del cuello uterino y el comienzo de las contracciones regulares.

6.2.8.1 Operación cesárea

Ante la presencia de peligro para el niño o la madre durante la etapa del parto, existe la cesárea como una prestación para evitar complicaciones y la mortalidad materna y la neonatal. Las complicaciones del parto que se atienden en una institución especializada pueden culminar en una operación cesárea puesto que se cuenta con los medios necesarios, lo que no ocurre cuando se dan parto domiciliarios, sobre todo en áreas rurales y periurbanas donde priman las costumbres tradicionales.

6.2.8.2 Posparto

Es el periodo que transcurre inmediatamente después del parto. Esta etapa implica la recuperación física y emocional de la madre, ella tiene la necesidad de recibir la atención y comprensión. Este periodo de recuperación es diferente en las diversas culturas, así, en las sociedades modernas es frecuente la depresión posparto relacionada a un decaimiento de tipo emocional; en sociedades donde predominan las cultural tradicionales, este periodo implica un cuidado especial a la reciente madre, basado en costumbres que a través del tiempo han servido para una recuperación optima de la mujer-madre, implica cuidados físicos (evitar esfuerzos, no estar en contacto con agua, fuego, viento y consumir alimentos adecuados y nutritivos) y emocionales (evitar disgustos y penas) en resguardo de la salud de la madre y del recién nacido.

6.2.8.3 El aborto

Es una expulsión espontanea del feto antes de que se allá desarrollado suficientemente como para sobrevivir; muchas veces puede ser resultado de causas físicas involuntarias relacionadas al ARO, pero también puede ser inducido por diversos factores. Esta ultima acción es permitida en algunos países, ero en otros como en Bolivia, es penalizado por ley; este hecho ha llevado a la practica del aborto clandestino, el cual en algunos casos, es realizado en condiciones

inadecuadas y por personal no capacitado, poniendo en riesgo la salud y vida de quienes acuden en busca de dichos servicios.

Según Ivana Calle, en Bolivia aproximadamente de 27% a 35% de las muertes maternas están relacionadas con abortos. La Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Bolivia, estima una tasa de 60 muertes por cada 10.000 abortos y se calcula que el año 2000 en Bolivia se practicaron entre 30 a 40 mil abortos.

"Del total de los casos que ingresan a los servicios médicos con abortos incompletos, resulta difícil establecer cuales fueron provocadas ya, que generalmente, las mujeres argumentan que se cayeron o que cargaron pesos excesivos. (…) las mujeres que llegan a los centros de salud publica con complicaciones de aborto son de escasos recursos y no pueden acceder a un servicio médico adecuado y recurren a servicios médicos baratos y no siempre garantizados[xvii]"

El acudir a profesionales capacitados o a gente no capacitada para realizar un aborto, depende de la condición socioeconómica de las mujeres que lo solicitan. La práctica en lugares no aptos puede desembocar en complicaciones del aborto que requieren una pronta atención especializada; los efectos se reflejan muchas veces en las muertes registradas a causa de dichas complicaciones.

6.2.9 El embarazo y parto en la concepción andina

Las familias de origen aymara y quechua constituyen mas de la mitad de la población boliviana; por lo que es importante conocer aspectos de la cosmovisión andina respecto a la salud reproductiva. El embarazo es un proceso natural por el que pasa la mujer para dar vida a un nuevo ser, y aunque la mujer esta expuesta a cualquier tipo de enfermedades, existen dentro de su cultura prescripciones para evitarlas o combatirlas.

El médico no puede curar todas las enfermedades ya que casos que solo el yatiri (curandero) puede curar. El periodo de la concepción, el embarazo y el parto existen muchos peligros de tener una enfermedad de este tipo, por ello existe una variedad de medidas de protección (…) no se puede prescindir del conocimiento de esas otras formas de ver las cosas cuando se trata de impulsar proyectos de cualquier tipo (Patscheider 2000:92). La investigación de Izko en las comunidades andinas, muestra que la fecundidad de la mujer esta relacionada a la fecundidad de la tierra, considerada como la madre tierra o Pachamama. Así, el momento del parto esta relacionado a las actividades que la mujer ha realizado y los cuidados que ha tenido durante su embarazo, dependiendo de ello el parto podrá adelantarse o retrasarse. En este contexto, el parto puede ser asistido cuando acude una o mas personas a colaborar en el momento mismo de dar a luz; el parto no asistido consiste en dar a luz en cualquier momento y lugar y sin ayuda de otras personas, este último es frecuente en comunidades rurales.

En ambos casos, llegando el momento del parto, la mujer adopta una posición de cuclillas, que es todavía posición natural para dar a luz y la que aun adoptan las mujeres que tienen partos domiciliarios. Además de la posición, la mujer recurre a otras técnicas tradicionales (ingestión de mates calientes, calentar el ambiente) que son transmitidas por generaciones.

La expulsión de la placenta es una etapa importante dentro de la cultura andina. El destino d la placenta esta relacionado al destino del nuevo ser y la familia, pro lo cual se deben cumplir ciertas costumbres que varían de una comunidad a otra. En algunas comunidades la placenta después de dar una vida es devuelta a la Madre Tierra por ser ella quien da origen a la vida (Izko, 1986:103), en otras es enterrada en la puerta de la casa ara proteger el hogar o es colgada en el techo de la casa para ser utilizada como remedio para enfermedades relacionadas a infecciones de laos ojos (Molina 1986:254).

6.2.10 Mortalidad materna

Según la OMS, cada año en todo el mundo 500 mil mujeres pierden la vida por causas relacionadas con el parto y el aborto (SAG 1997:3), ya sea en casas, hospitales, áreas urbanas o rurales, debido a la mala salud, ignorancia, pobreza y poco acceso a los centros de salud. Las muertes maternas están asociadas a complicaciones del embarazo. Parto, posparto o el aborto, las causas que las provocan son evitables. "La mortalidad materna es una tragedia humana, una injusticia social y una violación del derecho a la vida. La tasa de mortalidad materna es un indicador indirecto del estado de desarrollo de una nación. Bolivia, registra la cifra mas elevada en la región de las Américas y El Caribe –exceptuando Haití- así como las mayores necesidades de salud[xviii]".

Las causas biológicas de mortalidad materna diagnosticadas precozmente pueden ser tratadas puesto que se trata sobre todo de hemorragias, toxemia e infecciones. Detrás de estas causas hay otras mas complejas como las barreras de accesibilidad; barreras de idioma; la mujer y su familia no saben reconocer los signos de riesgo; tardanza de la toma de decisión de acudir al servicio d salud; demanda tardía de atención calificada; respuestas institucional deficiente o insuficiente; discriminación cultural y de género.

Las causas son difíciles de cuantificar, debido a que hay muchos nacimientos y muertes maternas en domicilio ya sea durante el embarazo, el parto o después del parto "el deceso de una embarazada es, habitualmente, consecuencia de mas de un problema (demora o barrera al nivel familiar, comunitario y/o del servicio de salud), en el que mucho tiene que ver la situación social de la mujer".

El año 1987, en el Plan de Acción de la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos en Kenia, se reconoce que la alta tasa de mortalidad materna refleja la situación de desventaja y discriminación que sufre la mujer y se propone a reducir las tasas de morbi-mortalidad materna en un 50% para el año 2000 y el otro 50% para el año 2015 (SAG 1997:3).

En Bolivia, según el ENDSA de 1998, la tasa de mortalidad materna es de 390 fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos y alrededor de 1000 madres mueren cada año. El 61% ocurre durante el embarazo, el 23% durante el parto y el 15% después del parto. Las causas de mortalidad materna son principalmente las complicaciones del aborto (27 a 35%), la desnutrición, la anemia, ay otras que forman parte de la cultura, costumbres, actitudes de las parejas como la discriminación, el machismo, la ignorancia y el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

6.2.11 Derechos reproductivos de las mujeres

En la Conferencia de El Cairo d e1994, se reconocen los derechos reproductivos contenidos en documentos de los derechos humanos. Se da gran importancia a la estabilidad de la población mundial para alcanzar el desarrollo sostenible, para ello se establece la necesidad de tomar en cuenta la participación plena de la mujer en condiciones de igualdad en todos los aspectos relativos al desarrollo.

Por tanto, la salud y los derechos reproductivos constituyen factores importantes para el desarrollo, lo que indica la necesidad de prestar servicios de salud reproductiva que puedan satisfacer las necesidades de salud y desarrollo de los seres humanos.

En la IV Conferencia Mundial de la Mujer, realizada en 1995, en Beijing, se establece sobre la salud de la mujer que: “La mujer tiene derecho de disfrutar del mas alto nivel de salud física y mental que la habilitara para poder participar en todas las esferas de la vida publica y privada; el acceso a servicios de atención primaria en salud a la que tienen derecho todas las mujeres en todas las etapas de su vida es un derecho inalienable e indiscutible del ser humano” (cit. Por SAG 1997:7). Los derechos de la mujer como parte de los derechos humanos fortifican la autoestima de las mujeres que al tener conocimiento de los mismos, adquieren confianza para solicitar servicios, para expresarse, y tomar decisiones. No obstante, junto a la promulgación de los derechos de las mujeres, es importante la difusión de los mismos para lograr los objetivos trazados.

6.2.12 La salud reproductiva

La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo. Son componentes de la salud reproductiva, la educación sexual, planificación familiar, atención del parto, atención después del parto (a la madre y al niño), fomento a la lactancia materna, prevención del aborto, detección y tratamiento del cáncer de mama y cérvix uterino, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. De acuerdo a Family Care Internacional, la salud reproductiva es: Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funcione y procesos. La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo (1995:16).

La salud reproductiva en Bolivia es difundida y explicada como un proceso para alcanzar la salud y el bienestar de toda la familia explicando que las parejas pueden tener la cantidad de hijos que quieran, cuando quieran y que ellos puedan cuidar de sus hijos desde el embarazo hasta la madurez, protegiendo las vidas de la madre y su hijo, por el bien de toda la familia.

6.2.13 Educación sexual

La educación sexual consiste en desarrollar un proceso educativo que permita a las personas vivir su sexualidad de manera saludable, placentera y responsable. Esto quiere decir que las personas tengan la capacidad de resolver problemas, elegir, asumir posiciones y tomar decisiones sobre su sexualidad.

6.2.14 La planificación familiar

Es una parte de la salud reproductiva, implica el derecho de las personas a regular su fecundidad en forma libre, informada y voluntaria. Hombres y mujeres tiene derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces y de su

elección para regular la fecundidad. En general, la difusión de la planificación es amplia en nuestro país, ella se da a través de los medios de comunicación masivos, y aunque se utilizan técnicas para lograr la atención de la población, estos no siempre llegan a quienes mas lo requieren, o no son tomados en cuenta aunque sean conocidos por ellos debido a que imperan otros factores que varían en los diversos grupos, “a pesar de la infinidad de programas y proyectos de Planificación familiar, la gran mayoría de las mujeres no emprende ninguna medida y sigue embarazándose”(Patscheider 2000:94). La difusión de la planificación familiar aunque es amplia, demuestra que su aceptación es mínima y ello esta relacionado a las prácticas y costumbres de los distintos grupos sociales.

6.2.15 Los métodos anticonceptivos (MAC)

Los Métodos Anticonceptivos como su nombre indican, tiene la función de evitar la concepción durante las relaciones sexuales, permitiendo regular la fecundidad de las personas que no quieren tener hijos o desean postergar la llegada de lo mismos. Todos los medios para la anticoncepción, a excepción de los naturales, son producto de avance tecnológico, y al no estar presentes por naturaleza en los diversos tipos de sociedades, su conocimiento y utilización atraviesa por un conflicto basado en el desconocimiento, mala recepción de la información y en el temor a sus efectos colaterales.

6.2.16 Calidad de atención en salud reproductiva

José María Paganini de la OPS, afirma que cada vez se presta mas atención a los resultados de la atención de salud como “aspectos críticos de la evaluación y las políticas de salud”, además subraya la necesidad de “comprender mejor los mecanismos por los que la estructura y el proceso influyen sobre los resultados de la atención”, en estos se incluye las evaluaciones de calidad, eficiencia y la equidad en las prestaciones de servicios de atención en salud (1993:482).

Desde la década de 1990, la calidad de atención en la prestación de servicios es un tema que ha formado parte de discusiones y acciones de las instituciones del

área con un enfoque de género, se trata de establecer las necesidades de las usuarias de los servicios. La calidad de atención “incluye aspectos que van mas allá de la mirada convencional sobre el tema, sino que tiene que ver mas bien con el derecho de las mujeres a ser sujetos de su propia salud” (Gómez 1995:13)

El concepto de calidad puede variar de una región a otra, de una cultura a otra y de una persona a otra, por ello es que la OMS ha desarrollado un referente sobre la calidad de atención, esta calidad es aplicable en un contexto amplio de salud reproductiva, que incluye: planificación familiar, salud materno infantil y control de infecciones de transmisión sexual. Incluya también los elementos de Bruce que son: elección libre e informada de los métodos anticonceptivos; naturaleza de la información suministrada a los clientes; competencia técnica del personal que ofrece los servicios; relaciones interpersonales entre los clientes y el servicio; mecanismos para promover la continuidad del uso; y oferta adecuada de servicios adicionales.

Estos elementos deben ir acompañados de la disponibilidad de suministros esenciales, accesibilidad y disponibilidad de los servicios y la coordinación de los servicios de salud reproductiva incluyendo tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y atención materno-infantil.

En 1995 la OPS planteo indicadores para medir la calidad de atención y se establecieron 6 enfoqeus:1) Accesibilidad de los servicios de salud; 2) consideración y respeto a las diferencias culturales de quienes acceden a ellos; 3) competencia humana y técnica; 4) Relaciones interpersonales entre proveedores y usuarias o usuarios, donde prime el respeto a los valores éticos y morales de cada uno de ellos; 5) Integridad de los servicios; 6) participación de las usuarias/os en la instrumentación y toma de decisiones.

Estos 6 enfoques dan prioridad a las beneficiarias de la atención en los servicios de salud, porque para acudir en demanda de atención, ellas deben tener plena confianza de que van ha ser atendidas según sus requerimientos en un ambiente de respeto a su integridad. Pero, para lograr los objetivos trazados, es primordial

que sean difundidos y sean llevados a la práctica con la aplicación de los enfoques planteados.

6.2.17 Calidad de atención desde la perspectiva de género

La perspectiva de género tiende a la construcción social de la identidad masculina y la femenina, así como los aspectos comunes y diferentes entre ambas identidades, con un enfoque integral sin discriminación, porque ambos conforman una sociedad en la que existen diferentes clases sociales, grupos étnicos, zonas geográficas, idiomas, costumbres y religiones.

La equidad de género implica la igualdad de oportunidades que deben tener hombres y mujeres para acceder a la educación, a la salud, a la información, al trabajo, a la toma de decisiones, al respeto, etc. Entre las necesidades de género, muchas son comunes para hombres y mujeres, pero existen entidades estratégicas determinadas por la posición que ocupan hombres y mujeres dentro de la familia y de la sociedad, por lo cual existen requerimientos particulares de grupos e individuos, de hombres o de mujeres.

Hablar de equidad en salud es referirse al estado de salud físico y emocional de las personas, a la atención de la salud con calidad y que este de acuerdo a las necesidades de quienes lo requieran. Para Pittman y Hartijón "las diferencias de genero derivan en distintas necesidades de atención, no se busca un trato igualitario, sino lo contrario, una atención adecuada según las necesidades especificas" (1995:19). Por tanto, desde la perspectiva de genero, hablar de calidad de atención en salud es tomar en cuenta las necesidades de las usuarias y evaluar como estas necesidades de las usuarias y evaluar como estas necesidades son entendidas y atendidas por los sistemas de salud, "hay que enfatizar que para construir nuestras categorías, las mujeres consideramos una visión integral de la salud reproductiva definida dentro del marco ético de los derechos humanos y, particularmente, de los derechos sexuales y reproductivos"(Matamala 1995:15). Algunas de estas categorías señaladas por Matamala, de acuerdo a las necesidades son:

Los derechos sexuales y reproductivos;

La formación y desarrollo de recursos humanos;

El vinculo interpersonal entre prestadores y usuarias/os;

La contribución de la responsabilidad masculina a la salud reproductiva;

La dignificación, para que desde el sistema, prestadores y usuarias, se favorezca la autoestima, el empoderamiento y la auto determinación de las mujeres, fortaleciendo la condición humana de las mujeres en equidad con los hombres dando cuenta del ejercicio pleno de sus derechos (Ibid.).

La autoestima es según Castellón y Crespo, “un conjunto de actitudes mas o menos estables y coherentes de percepción, pensamiento, evaluación, sentimiento y acción dirigidas hacia si mismo” (1998:35). Implica las tendencias de conductas dirigidas hacia un mismo, a la manera de ser, hacia los rasgos del cuerpo y al carácter. Nos referiremos al autoestima como la capacidad de sentirse bien con uno mismo, la seguridad de ser parte importante de una sociedad y gozar de los derechos que nos corresponden, además de la confianza de participar en la toma de decisiones sobre nosotros mismos como actores sociales.

6.2.18 La salud Reproductiva en Bolivia

En el Plan de El Cairo se recomienda a los gobiernos la necesidad de informar, educar y promover la participación del hombre y la mujer en igualdad de condiciones en todos los campos y responsabilidades familiares incluyendo la planificación de la familia. En la IV conferencia de Beijing se ratifican los compromisos asumidos en El Cairo. En dicha oportunidad el Gobierno Boliviano declara:”En el pasado la salud de la mujer a sido objeto de un tratamiento limitado a su rol reproductivo. Actualmente se esta trabajando para fortalecer el enfoque de la salud integral, en el que la lucha contra la mortalidad materna es el elemento fundamental” (Cit. Por SAG 1997:7).

El Gobierno de Bolivia destaco en la misma conferencia que en nuestro país tenemos una de las mayores tasas de mortalidad materna y que para disminuir eficiente y rápidamente el problema se puso en marcha el Plan Nacional de reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño (Ibid.). Con este plan en 199mediante D.S. Nº 24303 se crea el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez con un sistema de protección para las mujeres en edad fértil y los niños y niñas menores de 5 años, orientando a la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Este seguro otorga a las mujeres 4 consultas prenatales, atención del parto, sea normal o cesárea, atención de complicaciones del embarazo y del parto y una consulta postparto.

7.- METODOLOGIA

En este capítulo abordamos todo lo relacionado a los pasos que se han seguido para y durante la realización de la investigación tanto teórica como práctica. Describimos el enfoque seleccionado, y todos los aspectos determinados (muestra, unidades de análisis) para ingresar a realizar el trabajo de capo y el posterior análisis de los resultados.

7.1 Enfoque y tipo de investigación

El estudio realizado tiene un enfoque cualitativo, el mismo que nos proporciona profundidad en la comprensión, es de orden interpretativo y es realizado con pequeños grupos de personas que no necesariamente son seleccionadas sobre la base probabilística. El objetivo de este enfoque no son las conclusiones firmes ni la generalización de los resultados para toda la población, sino obtener respuestas

a fondo sobre interrogantes, que puedan servir para entender ciertos comportamientos.

Los estudios en el campo de la salud se han caracterizado por un énfasis en el enfoque cuantitativo, estudiando la magnitud del los fenómenos, tendencias y relaciones casuales entre variables determinando los factores que inciden en dichos fenómenos, abarcando dimensiones biológicas, sociales y culturales en el análisis, pero no toma en cuenta el lado subjetivo de las acciones. Esta es la necesidad fundamental de realizar una investigación cualitativa.

(…) conocer e interpretar “la subjetividad de los sujetos”, buscan comprender el punto de vista de los actores de acuerdo con el sistema de representaciones simbólicas y significados en su contexto particular. Por ello estos acercamientos privilegian el conocimiento y comprensión del sentido de los individuos atribuyen a sus propias vivencias, practicas y acciones. El supuesto fundamental consiste en considerar que los comportamientos humanos son resultados de una estructura de relaciones y significaciones que operan en la realidad en un determinado contexto social, cultural e ideológico, realidad que es estructura o constituida por los individuos, pero que a su vez actúa estructurando su conducta (Lerner, 1996: 12,13).

La investigación cualitativa es un tipo de investigación que ofrece técnicas que permiten obtener respuestas afondo a cerca de lo que las personas piensan y sienten, lo cual permite “comprender mejor las actitudes, creencias, motivos y comportamiento de la población beneficiaria” (Debus 1988:3).

En posición a la investigación cuantitativa, que tiende a ser rígida y fija, la cualitativa es fluida y flexible, se interesa en descubrir hechos nuevos, no anticipado, y permite alterar los planes de investigación según a los hallazgos que se van obteniendo durante el trabajo de campo. (Salgado 1996:49).

Los diversos problemas que intervienen en las cuestiones de la salud de la población y por tanto de la salud reproductiva, al igual que la comprensión de la conducta de la población en general, exigen “una heterogeneidad de abordajes interdisciplinarios”, no solo desde el punto de vista de las disciplinas, sino también “de los enfoques metodológicos y estrategias de investigación diferentes que den cuenta de la dimensión subjetiva, cultural y social de salud reproductiva y la sexualidad” (Lerner 1996:11).

El presente estudio se ha realizado en el área de cobertura del centro de salud Pucarita correspondiente al distrito N° 9 Comuna Itocta Municipio del Cercado de Cochabamba, durante la vigencia del SUMI ampliado , el primer semestre del año 2010; se ha determinado el área que está dentro de la zona conocida como Pucara debido a que:

- No hay antecedentes de estudios realizados respecto a este tema en la zona:
- Es un área rural con ciertas características de urbanización en los últimos años.

- El centro de salud Pucarita (CSP) ha sido parte de las unidades de análisis en el estudio de conocimientos Actitudes y Prácticas de mujeres embarazadas el año 2010 realizado por el SEDES y la fundación JHPIEGO. La participación en dicho estudio ha influido en la iniciativa de profundizar el tema realizando una investigación cualitativa.

7.2 POBLACION Y MUESTRA

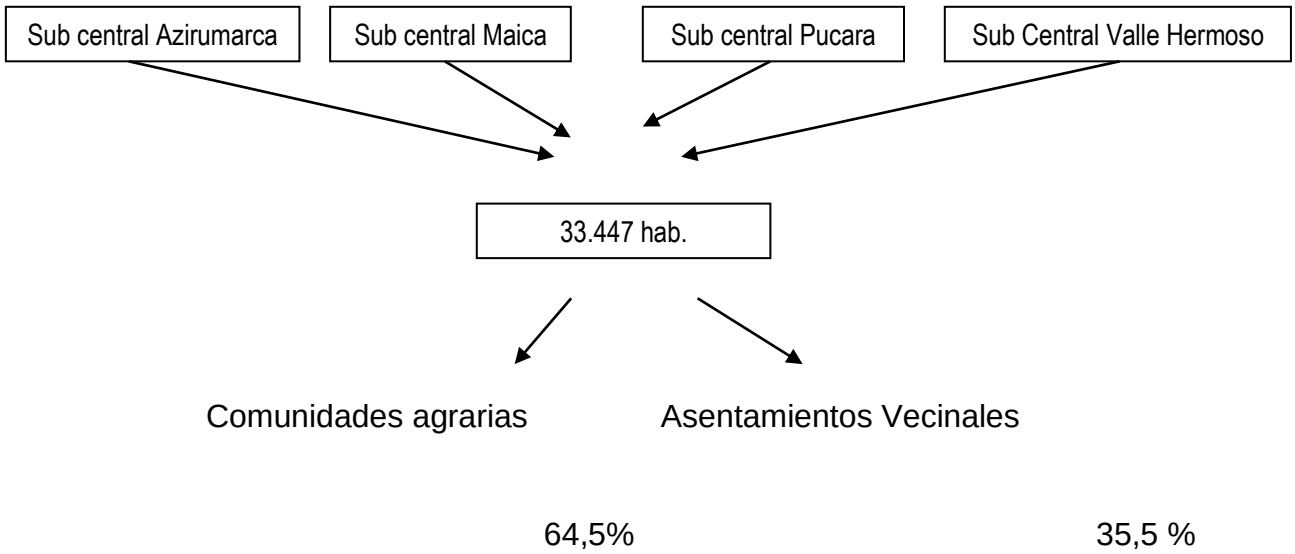
7.2.1 Universo de la Investigación

La población del distrito 9 está conformada por 33.447 hab. Aproximadamente, agrupados en cuatro Sub-Centrales: Pucara Grande, Valle Hermoso, La Maica y Azirumarca, por la gran extensión del distrito, la cobertura del Centro de Salud Pucarita solo comprende la Sub-Central Azirumarca con las comunidades de 1° de Mayo, Bolívar, Fortaleza, Pucarita Chica, Tamborada A, Tamborada B, Tamborada C, Itocta, Monte Canto, Alba Rancho, Caico, San José, Higuerani, Santo Domingo y Azirumarca, que tiene una población de 8691 hab. llegando a 2.540 mujeres en edad fértil (entre 15 a 49 años). Fuente SEDES SNS 2010.

La proyección poblacional para 2010 de Distrito 9 o Comuna Itocta es de 50.967 Hb. Llegando 14.894 mujeres en edad fértil, pero los anteriores datos poblacionanales se esta manejando actualmente para cumplir los compromisos de gestión

Gráfico 2:

POBLACION DE DISTRITO 9 (COMUNA ITOCTA)



Elab. Propia. Fuente: HAM .1997

7.2.1.1 Unidades de análisis

Mujeres entre 15 y 49 años que al momento de la entrevista sean:

- Mujeres embarazadas.
- Madre de neonatos

7.2.1.2 Características del distrito municipal N° 9 (Comuna Itocta)

El distrito municipal N° 9, representa el área rural del municipio y mantiene sus características rurales evidentes por la dimensión de los terrenos que son

visiblemente extensos y en los que se distinguen sembradíos de productos característicos del lugar como ser maíz y alfa alfa.

Este distrito se caracteriza por ser una zona agrícola y pecuaria, se destaca sobre todo por la producción lechera. Esta es una de las zonas encargadas de abastecer el producto a empresas como la planta industrializadora de leche (PIL), para dicha entrega existen puntos fijos establecidos con una infraestructura adecuada para la recepción del producto. La entrega se lleva a cabo diariamente en las primeras horas de la madrugada y quienes se dedican a esta actividad son por lo general la población rural originaria del lugar.

En menor proporción la población del lugar también se dedica a la crianza de animales de corral como gallinas, patos, conejos y chancos, tanto para la venta como para el propio consumo.

Junto a la población rural originaria, habita la población asentada, compuesta por migrantes que, en los últimos 20 años han establecido sus viviendas en pequeñas parcelas.

Este tipo de viviendas se han ido multiplicando con el transcurrir de los años, llegado a conformar urbanizaciones asentadas en medio de terrenos agrícolas. Marisol Solís destaco así:

Desde hace unos 20 años a 15 años se ha venido conformando de manera ilegal de nuevos barrios en aéreas de reproducción agrícola, concentrado población con

características urbanas en espacios mucho mas pequeños diferenciados del área agrícola, por su conformación y funcionamiento y otros son los denominados asentamientos humanos urbanos (Zoliz 1998: 44)

El uso y administración de suelo se halla determinado en la ley del sistema nacional de riego n° 1,09/01/45, y por ordenanza municipal numero 132 de ficha 04/05/54 que aprueba el reglamento general y determina la dimensión mínima de 5000 m^2 por lote en la zona rural.

7.2.2 Muestra

Utilizando la técnica de la “bola de nieve” a partir del CSP, las unidades de análisis las han sido encontradas en los barrios del área de cobertura, motivo por el cual los casos lo conforman mujeres entre 15 y 49 años de edad, embarazadas y madres de neonatos que asisten y no asisten a CSP, sin distinción de religión, color, condición económica, social o política. A medida que se iban realizando las entrevistas se determino llegar al número de 80 por tratarse de entrevistas en profundidad en las que se debe considerar el tiempo que se requiere para cada entrevista y la disponibilidad de las entrevistas; además, por los problemas de accesibilidad geográfica y cultural.

Entre las unidades de análisis tenemos mujeres que no asisten al centro de salud Pucarita, mujeres que asisten a otros centros de salud y mujeres que no asisten a ninguno.

7.3 RECOLECCION DE DATOS

7.3.1 Técnicas e instrumentos

La técnica es un conjunto de procedimientos y recursos utilizados para la recolección de datos a lo largo de toda la investigación. El instrumento es el medio por el cual se aplica una técnica. A continuación detallamos las técnicas utilizadas para la presente investigación, con sus respectivos instrumentos.

7.3.2 Revisión Bibliográfica y Documental

Desde el inicio y durante toda la investigación, se buscaron datos disponibles en documentos escritos sobre el tema en cuestión, así como antecedentes y conceptos teóricos.

Los registros de donde extrajimos información son: la facultad de medicina de la Universidad Mayor de San Simón, la biblioteca de la oficina jurídica para la mujer, la biblioteca del Centro de Investigación de Sociología (CISO), archivos estadísticos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la casa Comunal del Distrito N° 9 y los archivos del Centro de Salud Pucarita.

Las fichas de resumen fueron los instrumentos empleados para la revisión bibliográfica y documental.

7.3.3 Entrevista en profundidad

La entrevista es un fenómeno interpersonal del cual surgen datos para un estudio y la comprensión de un tema de interés, la misma que se realiza con el propósito de obtener información sobre pautas y características de la vida cotidiana del entrevistado.

Se ha utilizado para este estudio, el método cualitativo de entrevistas individuales en profundidad por ser adecuado para estudios de procesos sociales, lo cual nos ha permitido obtener resultados en profundidad de los aspectos socioculturales de las mujeres embarazadas y madres de neonatos relacionados al embarazo y la salud reproductiva, además de identificar las necesidades de información que existe en la zona, así como sus inquietudes y percepciones relacionadas a la atención de la salud en los centros de salud públicos como es el Centro de Salud Pucarita.

Para acceder a mujeres que pertenecen a estos últimos grupos fueros necesarias las referencias de la mismas pacientes que asisten a CSP, así como la de algunos vecinos que brindaron su colaboración durante el tiempo de la búsqueda de unidades de análisis en cada zona del área de cobertura. Aunque algunas citas se hicieron en el centro de salud, las entrevistas se realizaron en las casas de las entrevistadas y la mayoría de entrevistas en el servicio de Salud de Pucarita aprovechando sus controles prenatales.

Aunque la información de las entrevistas difiere mucho en relación de las mujeres entrevistadas en el Servicio de salud que son muy accesibles a dar información hablan todo bien del CS y del trato del personal en cambio en la comunidad no son muy accesibles preguntan para que es la entrevista, estoy ocupada, vuelvace mañana, no esta, pero la información es mas fidedigna y verídica.

Para dichas entrevistas se conto con una guía de preguntas abiertas que fueron planteadas a la unidades de análisis con la finalidad de obtener mayor cantidad y calidad de información que ellas pudieran brindarnos; se almacenos la información mediante el uso de la grabadora, en muchos casos fue necesario replantar las preguntas para que esta sean mejor comprendidas por las entrevistadas.

El siguiente paso ha sido la transcripción; Para Castro, estos pasos que atraviesa la entrevista implican “un paulatino empobrecimiento de la información original” (1996:73); para limitar este empobrecimiento, en la presente investigación, se ha realizado diariamente procesos de transcripción de las entrevistas logradas en cada jornada para poder transcribir los testimonios usando signos gramaticales que denoten particularidades como la entonación, volumen, actitud, risas.

7.3.4 Observación

La técnica de la observación ha sido empleada para reunir datos complementarios del contexto donde ocurren los hechos, aspectos socioculturales y

socioeconómicos como las características habitacionales y cotidianos. Por el tipo de estudio, contado con una guía de observación que ha sido estructurada de acuerdo a los aspectos precisos del tema, esta observación ha sido directa y no-participante; los resultados importantes de esta técnica han sido registradas en cuadernos de apuntes y han servido para realizar el marco contextual.

7.4 TRABAJO DE CAMPO

Al inicio de trabajo de campo se informo de la investigación a los responsables de CSP, exponiendo el perfil de perfil para el proyecto para el presente estudio, con la finalidad de que estén dispuestos a brindarnos información adicional ya que el estudio abarcaría el área de cobertura de dicho centro, además de tocar aspectos como la calidad de servicios. Sería importante también en el momento de abordar a las unidades de análisis en el centro de salud y ellas adquieran mayor confianza y predisposición a colaborar con nosotros.

Cada entrevista duraba entre 30 y 50 minutos dependiendo de la ocupación de las mujeres al tiempo de conversar con nosotros. Algunas de las entrevistas se programaron con días de anticipación tomando en cuenta los horarios disponibles de las informes, sobre todo con las mujeres que trabajan en el comercio informal. Se realizaron entre cuatro y cinco entrevistas por día debido a la dificultad de encontrar las unidades de análisis con las particularidades requeridas.

7.4.1 La atención y el personal de salud

El CSP brinda su atención de lunes a viernes a partir de la 7:30 de la mañana, hasta la 14:00, y desde el año 2003 el horario se extiende hasta las 18:00 horas debido a la demanda de pacientes que llegan en todo horario por la falta de costumbre de asistir a estos centros y por el desconocimiento de los horarios de atención. El personal de este centro de salud está conformado por tres médicos generales, uno de los cuales es el jefe de área; una licenciada en enfermería; un odontólogo; una Bioquímica, una técnica de laboratorio ;tres auxiliares de enfermería; el encargado de admisión que a su vez es el que atiende la farmacia y el portero que vive con su familia en un ambiente externo del centro de salud, este último, junto a su familia brindan apoyo al personal de salud, tanto en enfermería como en admisión y farmacia. La función del personal de salud también implica la mayor captación de pacientes que asistan al CSP, con el objetivo principal de ampliar la cobertura de atención en una zona cuya población cuenta con los servicios de un centro de salud de reciente de creación.

Las prestaciones de mayor cobertura son el Seguro Materno Infantil SUMI ampliado que beneficia a todos los niños menores de cinco años ,mujeres embarazadas y puérperas hasta los 6 mese ,así como la salud sexual reproductiva y anticoncepción aunque este último faltan muchos insumos que no cumple la alcaldía de proveer oportunamente a los servicios de salud . En cuanto a las

prestaciones del Bono Juana Azurduy hay bastante demanda, pero muchas mamas que no cobran o no están inscritas por trámites burocráticos, o por datos incorrectos de su carnet identidad, actualmente se está mejorando esta situación haciendo el registro y la filiación en el mismo Servicios de Salud, que serán beneficiadas el binomio madre-niño.

Entre otras prestaciones para niños menores de cinco años se tiene los micronutriente: Ferrasol gotas, Chispitas Nutricionales que por ahora este último no hay, el Nutribebe se está administrando a niños desde 6 meses a menores de dos años y vitamina A de 6 meses a menores de 5 años, zinc, etc. En cuanto al AEIPI-NUT todo el personal está Capacitado, pero no se está aplicando por falta dotación de material del Municipio.

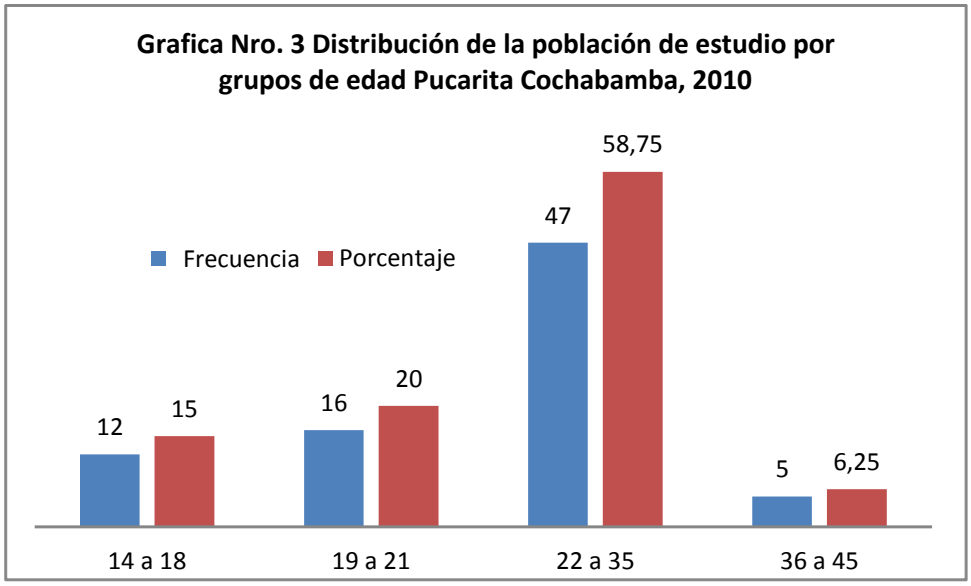
7.4.2 Plan de análisis

El proceso de recolección de información se completa con testimonios importantes obtenidos durante las entrevistas y durante la observación participante para luego pasar a realizar el análisis de la información en función de los objetivos y preguntas de la investigación.

7.4.3 Elaboración del informe final

Concluido el análisis de la información obtenida, se elabora un esquema dividido en capítulos importantes seguidos de las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos que respaldan el orden del informe final.

8.- RESULTADOS



La Población en estudio tiene una distribución compatible con la población de mujeres en edad fértil del país, 15% está entre los 14 y 18 años que, sumado al grupo de 19 a 21 años hacen un total de 35%. Un dato que llama la atención por la aparición en un alto porcentaje de embarazos en adolescentes y jóvenes, que representa un desafío al centro de salud para establecer un programa de educación sexual y reproductiva más intensa.

Tabla Nro. 2 Distribución de la población según número de hijos e hijas por grupos de edad Pucarita Cochabamba 2011					
Número de hijos vivos ha tenido	Edad				Total
	14 a 18	19 a 21	22 a 35	36 a 45	14 a 18
0	8	9	6	1	24
1	4	5	15	0	24
2	0	2	13	1	16
3	0	0	5	1	6
4	0	0	7	2	9
6	0	0	1	0	1
Total	12	16	47	5	80

La tabla Nro. 1 ratifica el comentario anterior, a los 21 años de edad de un total de 80 son 28 las que ya en tenido al menos un hijo o hija.

Tabla Nro. 3 Distribución porcentual de la población por quien le atendió durante su enfermedad, Pucarita Cochabamba 2010		
Quien le atendió	Frecuencia	Porcentaje
Medico	23	28,75
Medico Tradicional	3	3,75
Ninguno	4	5
No se enfermo	50	62,5
Total	80	100

Pese a que el área de estudio es un área rural con un porcentaje importante de población campesina e indígena, solo el 3,75% es decir 3 de 80 personas fueron atendidas por un médico tradicional, en contraste a que 4 de 80 no fue atendida por ningún médico, si analizamos solo el grupo que se enfermó esta proporción aumenta significativamente al punto de doblar la proporción.

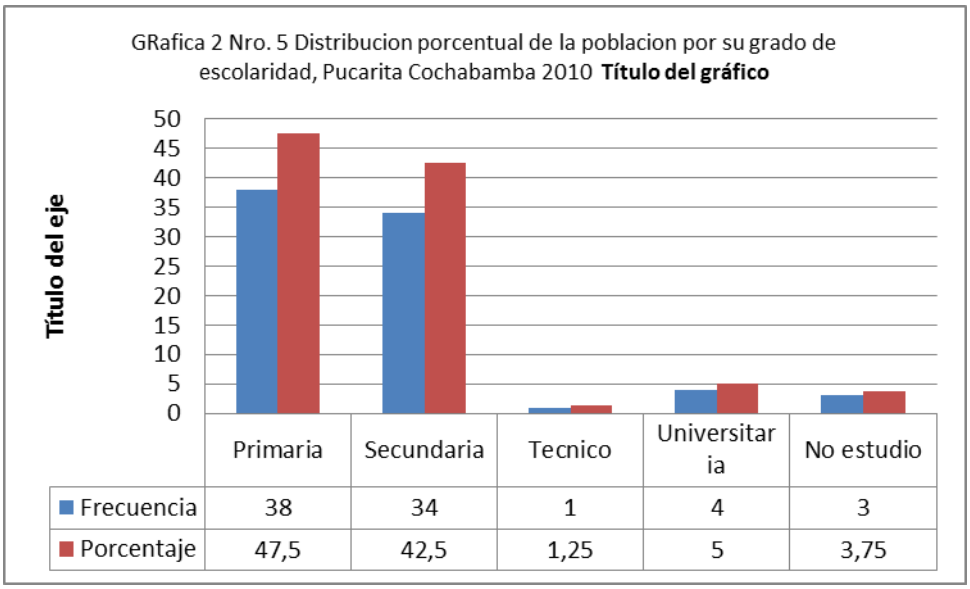
Este resultado tiene una explicación posible, la composición es bastante heterogénea con migración de diferentes lugares del interior del país, por tanto hay una combinación de culturas que en algunos casos son incompatibles desde el paradigma o cosmovisión de sus propias costumbres y tradiciones.

Tabla Nro. 4 Distribución porcentual de la población por si fue atendida por un médico tradicional, Pucarita Cochabamba 2010		
Atendida por Medico. Tradicional	Frecuencia	Porcentaje
Si	11	13,75
No	69	86,25
Total	80	100

Preguntamos sobre el historial de atención por la medicina tradicional, el indicador dice que 13 de cada 100 fueron atendidas por un médico tradicional. Profundizamos las razones, el 40% nos dijeron que no cree en ellos, mientras que el 60% no conoce a ningún médico tradicional, este resultado es importante seguir indagando en el marco de la política de salud SAFCI, siendo que es imperativo la inclusión de la medicina tradicional como un complemento y no será posible o se convertirá en una limitante al encontrar un potencial negativo de parte de la población usuaria de los servicios de salud del área investigada.

Tabla Nro. 5 Distribución porcentual de la población por su percepción del costo de la atención por un médico tradicional, Pucarita Cochabamba 2010		
El cobro fue:	Frecuencia	Porcentaje
Caro	3	27,3
Barato	7	63,6
Gratuito	1	9,1
Total	11	100,0

Indagamos sobre la percepción de la población respecto al costo de atención por un médico tradicional , con el fin de encontrar una respuesta razonable a la poca frecuencia de uso de la medicina tradicional y encontramos que un 27% considera caro que de acuerdo al contexto de la población en estudio es razonable explicación, siendo que es una población que vive en condiciones precarias desde el punto de vista económico, llama la atención que el 9% declaro que la medicina tradicional es gratuita.



Pese a los esfuerzos del gobierno, la taza de analfabetismo de mujeres en esta poblacion sigue siendo alta, casi 4 de cada 100 mujeres no ha logrado acceder a un nivel a ningun nivel de escolaridad mientras que 47 de cada 100 solo ha logrado el nivel primario, con un potencial importante de convertirse en analfabetas funcionales, no logramos indagar si estas personas asisten a un centro de educacion no formal o si sus habitos de lectura les permita mantenerse con el saber leer y escribir y comprender los que escriben.

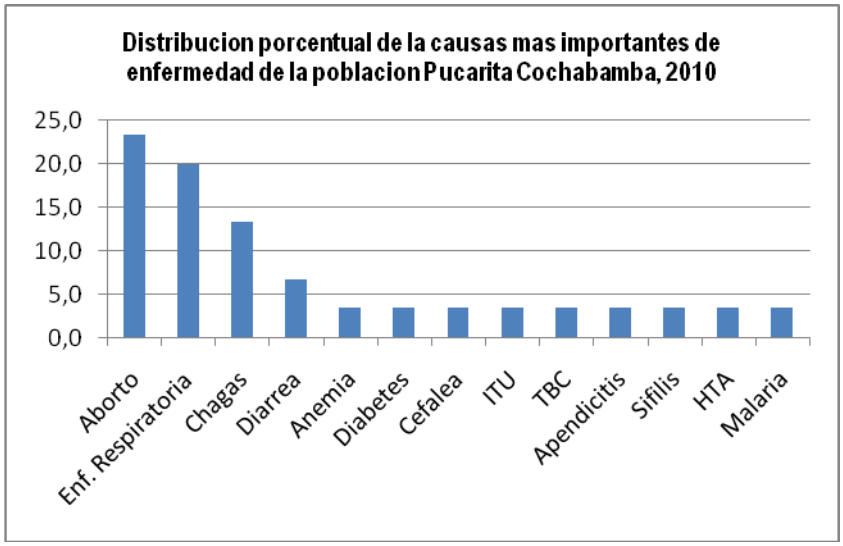
La posible esxpolicacion esta nuevamente en la migracion, en la multiculturalidad y las condiciones de vida en que vive esta poblacion que son absolutamente precarias. El 15% son madres solteras, 47% son concubinas con el adicional que esta condicion en el contexto cultural da menos seguridad, generalmente la pareja masculina invierte muy poco en su pareja y deja un espacio de incertidumbre importante. El resto de la poblacion esta casada y vive actualmente con su pareja, como se indica en la tabla 5..

Tabla Nro. 6 Distribución porcentual de la población por su estado civil actual, Pucarita Cochabamba 2010

Estado Civil actual	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casada	30	37,5	37,5
Concubinada	38	47,5	85
Soltera	12	15	100
Total	80	100	

8.1 De la parte Cuantitativa de la investigación

Gráfico 5



- Del total de la población encuestada el aborto se constituye como la primera causa de enfermedad en esta población, seguida de enfermedades infectocontagiosas enfermedades respiratorias, chagas y diarrea, revelando las condiciones de precariedad de su entorno inmediato, llama la atención que en esta población la anemia este presente, siendo que tenemos un programa de protección a las mujeres en edad fértil para prevenir la anemia. Este problema se constituye en un factor de riesgo y al mismo tiempo una consecuencia para problemas de salud vinculados al proceso de embarazo, calidad de atención a la nutrición del producto del embarazo.

- Está presente un problema de reciente aceptación como una epidemia de la modernidad, la diabetes que no es menos grave y que progresivamente impide una vida con la calidad esperada, consecuentemente con pocas posibilidades de vivir bien.
- Frente a este perfil patológico de la población encuestada es fácil suponer las condiciones de vida vinculados a los estilos de vida, la precariedad del medio ambiente con efectos inminentes en la salud de la población, servicios de salud con insuficiente capacidad de resolución de los problemas, monitoreo y una vigilancia epidemiológica más efectiva.
- El aborto no solo es un problema de la salud individual sino también colectiva con un fuerte impacto en la familia vinculado a una desvalorización de valores familiares, baja de al autoestima e inseguridades de la condición de ser mujer, el aborto es un problema de la salud pública sin visos efectivos de resolución pese a los esfuerzos emprendidos por el Estado Plurinacional Boliviano, al parecer se debe fundamentalmente a una insuficiente capacidad de diagnostico del embarazo oportunamente, barreras de acceso entre ellas, formas tradicionales de atender el parto en mujeres adolescentes que no están incorporadas en el sistema público de atención primaria, insuficiente o deficiente participación de las propias mujeres a través de intercambio de experiencias, los esfuerzos en la construcción de un marco jurídico y una declaración política no es suficiente si no está acompañada de un nivel de sensibilización y concienciación a nivel del operador local, el recurso humano en salud que esta en contacto cotidiano con la población.

Tabla Nro. 7 Porcentaje de aborto por grupo de edad, Pucarita Cochabamba, 2010	
Grupo de Edad	Porcentaje
14 a 18 años	14,3%
19 a 21 años	28,6%
22 a 35 años	42,9%
36 a 45 años	14,3%
Total	100,0%

14 mujeres de cada 100 adolescentes abortan antes de cumplir los 18 años y 29 antes de los 21, sumado los dos grupos de edad 43 de cada 100 mujeres menores a 21 años sufren el gran riesgo de abortar, este dato muestra de la población que asiste al centro de salud, asumiendo que existe un alto nivel de sub información, especialmente por la cantidad de abortos que se producen sin control alguno, incluso de sus propios progenitores. Estos datos son consistentes comparado con el porcentaje de embarazos que se producen en Cochabamba: 48% de las adolescentes ya están embarazadas. En Quillacollo una comunidad vecina a Pucarita el 58%[xix]

- En comunidades donde la transición cultural[1] como es el caso de Pucarita, un programa basado en la cultura ancestral deja un nivel de insatisfacción importante, la población exige atención basada en tecnología de “punta”, “modernidad” en la infraestructura y en muchos casos asume las costumbres ancestrales como sinónimo de “atraso”.
-

[1] Tamayo C. Carlos, entendido como una población que comparte costumbres ancestrales y se está reproduciendo de generación a generación que está atravesada por formas y costumbres aprendidas del “modernismo” dejando un comportamiento estereotipado.

- El embarazo y el aborto se registra con mucha mayor frecuencia en poblaciones marginales, con un bajo nivel de concienciación respecto al problema, un programa educativo que no incide en aspectos cotidianos de las mujeres que asisten a los establecimientos de educación y salud, de esta manera se refuerza las condiciones de inequidad social presente en nuestro país.
- Del total de la población encuestada que busco atención en salud solo el 14% busco atención en la medicina tradicional mientras que el 86% de la población que busco atención medica no lo hizo con un médico tradicional u otra alternativa al sistema convencional de atención en salud, Del total de esta población que no visito la medicina tradicional el 40% de la población no cree en ella y 60% no conoce a un médico tradicional ni una partera local. De la población que ha visitado un médico tradicional el 83% no recibió ningún tipo de tratamiento físico, de acuerdo a la declaración de las mujeres los médicos tradicionales solo se concentraron a rituales, conversaciones que al parecer no satisfizo ni resolvió su problema. Esta circunstancia muestra un deficiente comprensión de la medicina holística, asume la población que la curación solo está basada en “medicamentos”, aspecto que cada día se esta posicionado en el inconsciente colectivo de la población.
-
- Del total de la población que busco atención en la medicina tradicional ha declarado que 46% si ha solucionado su problema de salud, mientras que el 54% no siente o percibe una solución efectiva después de ser atendida por un médico tradicional. El 91% declara haber pagado por la consulta de este total 70% le pareció barato el costo total de la consulta.
- La grafica siguiente refleja la relación entre el idioma que habla con el uso de la medicina tradicional, llama la atención que la población que habla solamente el castellano no busca atención de un médico tradicional, mientras que los hablan solamente el quechua el 50% de los mismos buscan atención de la medicina tradicional.
- En la medida que se incorpora el castellano u otro idioma se pierde la búsqueda de una médico tradicional, y la población cuyo idioma original es el quechua

asume que la atención del médico tradicional es buena en un 85% y regular el 15%, y en un 77% es atendido a domicilio, esta practica conlleva una ventaja importante, especialmente si esta vinculado a problemas de la vida sexual y reproductiva. Busca la atención prenatal por un médico convencional en 77% mientras que con enfermera el 2,5% y 1% con una partera.

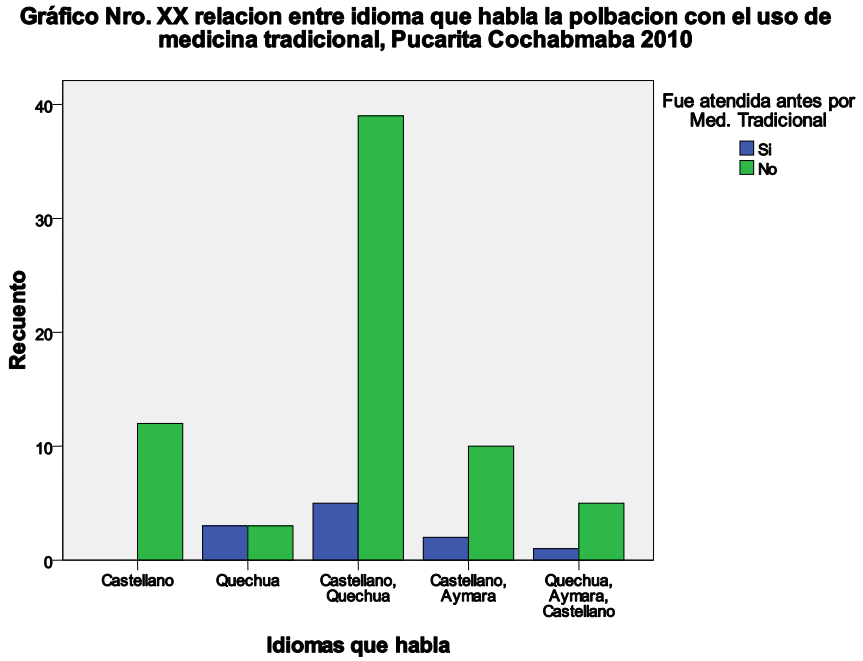
CUADRO 1

Relación porcentual entre el Idiomas que habla y el uso de la Medicina Tradicional, Pucarita Cochabamba, 2010				
Idioma	**Distribución**	Fue atendida antes por Medicina Tradicional		Total
		Si	No	
Castellano	Recuento	0	12	12
	% dentro de Idiomas que habla	,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de Fue atendida antes por Medicina. Tradicional	,0%	17,4%	15,0%
Quechua	Recuento	3	3	6
	% dentro de Idiomas que habla	50,0%	50,0%	100,0%
	% dentro de Fue atendida antes por Medicina. Tradicional	27,3%	4,3%	7,5%
Castellano, Quechua	Recuento	5	39	44
	% dentro de Idiomas que habla	11,4%	88,6%	100,0%
	% dentro de Fue atendida antes por Medicina. Tradicional	45,5%	56,5%	55,0%
Castellano, Aymara	Recuento	2	10	12
	% dentro de Idiomas que habla	16,7%	83,3%	100,0%
	% dentro de Fue atendida antes por Médico. Tradicional	18,2%	14,5%	15,0%
Quechua, Aymara, Castellano	Recuento	1	5	6
	% dentro de Idiomas que habla	16,7%	83,3%	100,0%
	% dentro de Fue atendida antes por Médico. Tradicional	9,1%	7,2%	7,5%
Total	Recuento	11	69	80
	% dentro de Idiomas que habla	13,8%	86,3%	100,0%
	% dentro de Fue atendida antes por Medicina. Tradicional	100,0%	100,0%	100,0%

- La distribución de la tabla anterior esta corroborada por la grafica que se muestra a continuación, es directamente proporcional el manejo de dos o más idiomas con el no uso de la medicina tradicional.
- El análisis de relación con la chi cuadrada muestra una ausencia de relación entre el idioma que habla la población con el uso de la medicina tradicional que sea estadísticamente significativa.
- Llama la atención que el 24% de la población no ha realizado control pre natal en los últimos 5 años, es una señal que el Seguro Universal Materno Infantil –

SUMI- ni los incentivos a través de los seguros han logrado posicionar en la población las ventajas del control pre natal, las consecuencias de un embarazo no controlado ni los efectos potenciales que conlleva al producto del embarazo Afortunadamente el 83% de la población que realiza control pe natal cumple la norma de al menos 3 controles en toda el periodo de embarazo.

Gráfico 6 :



Medicina tradicional en la Comunidad

Pese a los esfuerzos de incorporar al médico curandero él se resiste a ser parte del sistema o realizar sus actividades curativas en el ámbito del establecimiento de salud, el aduce que "*creo que lo que gano me van a quitar, con esto ganare mucho menos, además, tengo miedo a que me sancionen las autoridades*" (Testimonio de J.J. Médico curandero)

Entrevista de medicina tradicional, comunidad Pucarita:

Se logró realizar una entrevista en la comunidad de Pucarita a un médico curandero (V. M.C.) de 78 años de edad de procedente del departamento de Potosí, con residencia de 30 años en la comunidad de Pucarita, este es muy conocido por la población que atiende en su domicilio particular de seis de la mañana hasta las ocho de la mañana. Pese a los esfuerzos de incorporar al médico curandero él se resiste a ser parte del sistema o realizar sus actividades curativas en el ámbito del establecimiento de salud, el dice que "*creo que lo que gano me van a quitar, con esto ganare mucho menos, además, tengo miedo a que me sancionen las autoridades*", por que no tengo un titulo que me acredite como médico curandero, además solo atiendo algunas enfermedades como el susto, japega, aire, dolor de cabeza y otros. (Testimonio de J.M.C. médico curandero de Pucarita)

Tabla Nro. 8 Distribución porcentual de la población por el idioma que habla, Pucarita Cochabamba 2010

Idiomas que habla	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Castellano	12	15	15
Quechua	6	7,5	22,5
Castellano, Quechua	44	55	77,5
Castellano, Aymara	12	15	92,5
Quechua, Aymara, Castellano	6	7,5	100
Total	80	100	

Hay predominio de la lengua quechua, es importante mencionar que el 7,5% es trilingüe, algunas hablan el español entremezclado con el quechua que es su lengua materna y también encontramos mujeres que tienen como lengua materna o alterna el castellano, como idioma funcional para la población en estudio.

Indagamos sobre la preferencia de idioma de como quieren comunicarse con algún servidor público de salud, y tiene concordancia con el idioma que hablan originalmente, 38% prefiere en castellano, 15% en quechua, y solo el 1,5% en

aymara, el resto prefiere algún bilingüismo, castellano-quechua o castellano aymara como se indica en el siguiente cuadro.

Tabla Nro. 9 Distribución porcentual de la población por el idioma que habla, Pucarita Cochabamba 2010

En que idioma prefieren	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Castellano	31	38,75	38,75
Quechua	12	15	53,75
Castellano, Quechua	24	30	83,75
Castellano, Aymara	7	8,75	92,5
Quechua, Aymara, Castellano	5	6,25	98,75
Aymara	1	1,25	100
Total	80	100	

Afluencia de pacientes

CUADRO 2

MUJERES EMBARAZADAS Y POSTEMBARZADAS ATENTIDAS EN ELCENTRO DE PUCARITA SEGÚN EDAD

2010	EDAD (años)						TOTAL	
	Menor a 20		21 a 34		Mayor a 34			
MES	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
ENERO	45	4.4	105	10.3	27	2,6	177	17.3
FEBRERO	34	3.3	95	9.4	23	3,3	152	15
MARZO	48	4.7	145	14.3	28	2,8	221	21.8
ABRIL	33	3.2	89	8.8	25	2.5	147	14.5
MAYO	33	3.2	96	9.4	21	2.1	150	14.7
JUNIO	26	2.6	119	11.7	24	2.4	169	16.7
TOTAL	219	21.4	649	63.9	148	14.7	1016	100

Fuente: Elaboración propia en base a CSP

Las mujeres embarazadas y post-embarazadas que acudieron al servicio de salud con menor a 20 años corresponden al grupo de adolecentes, a esta edad se presentan con mayor frecuencia los embarazos de mayor riesgo obstétrico razón por la cual se considera que las mujeres que pertenecen a este grupo etario no están capacitadas ni psicológicamente para el parto. Al respecto la dirección de asuntos de género indica:

El embarazo adolescente puede ser un castigo social para las jóvenes, ya que a consecuencia del mismo reciben menos educación y quedan atrapadas en ciclos de pobreza. Las adolescentes presentan mayores riesgos que las mujeres en sus 20 años porque no están preparadas social, económica, física, ni psicológicamente para el parto (1996: 13).

El cuaderno de control prenatal es un cuaderno especial, es el que se asigna a todos los centros de salud dependientes del estado y que nos ha sido facilitada por el CSP; con estos datos hemos podido elaborar los cuadros de asistencia.

Debido a que los datos vienen del cuaderno de control del CSP, los grupos etarios son establecidos por el Ministerios de Salud y son los que se aplican en todo el territorio nacional. Para nuestro estudio, hemos tomado en cuenta más grupos de edad.

Si bien la cifra mencionada es considerable, es también importante destacar que muchas de las mujeres que pertenecen a otros dos grupos etáreos tienen más de tres hijos y se trata de mujeres que por los general también han tenido sus

primeros hijos antes de los 20 años, aunque es evidente que la maternidad en adolescentes es muy frecuente en esta población.

La edad que oscila entre 20 y 34 años presenta un mayor número de asistencia y es considerada como la más adecuada para el embarazo y el parto. En menor proporción las mujeres con una edad mayor a 34 años acudieron a este servicio y también tienen características de presentar signos de ARO.

En el mes de enero hay mayor afluencia de embarazadas que asisten al CSP, debido a que la asistencia en diciembre es menor, por factores de tiempo y por las actividades que implican las fiestas de fin de año. Sobre todo por motivos de trabajo y/o ocupación en el comercio y por asuntos familiares la mayor parte de la población vecinal van a sus pueblos de origen aprovechando las vacaciones escolares de sus hijos. Por esos y otros factores, las embarazadas retornan los controles en el mes de enero, pero similares hechos ocurren en el mes de febrero debido la fiesta del carnaval y sus actividades tradicionales. Los registros del CSP muestran que mensualmente se presentan entre 4 y 5 casos de ARO, cifra que significa casi un 10 % de las pacientes embarazadas. Los signos de ARO pueden ser hemorragias o anemias severas, las pacientes registradas con estos signos tienen menos de 19 años y en algún caso más de 35 años.

Tabla Nro. 10 Distribución porcentual de la población por la religión que profesa, Pucarita Cochabamba 2010

Religión que practica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Católica	47	58,75	58,75
Evangélica	32	40	98,75
Ninguno	1	1,25	100
Total	80	100	

La población en estudio se declara como cristina expresada en dos corrientes, la católica y la protestante, ambos grupos de población tiene sus ventajas y desventajas para la salud sexual reproductiva, con base a su doctrina, tal el caso de la iglesia católica que no permite que el nivel eclesial se practique métodos anticonceptivos.

Es posible que la no asistencia al control prenatal este siendo afectado por la posición religiosa de la población entre otros, como ser la distancia, el trato médico, la idiosincrasia, la posibilidad de tener una persona cercada que hace del cuidado del parto, una partera local que es un recurso propio para algunos casos, como se muestra en la siguiente grafica.

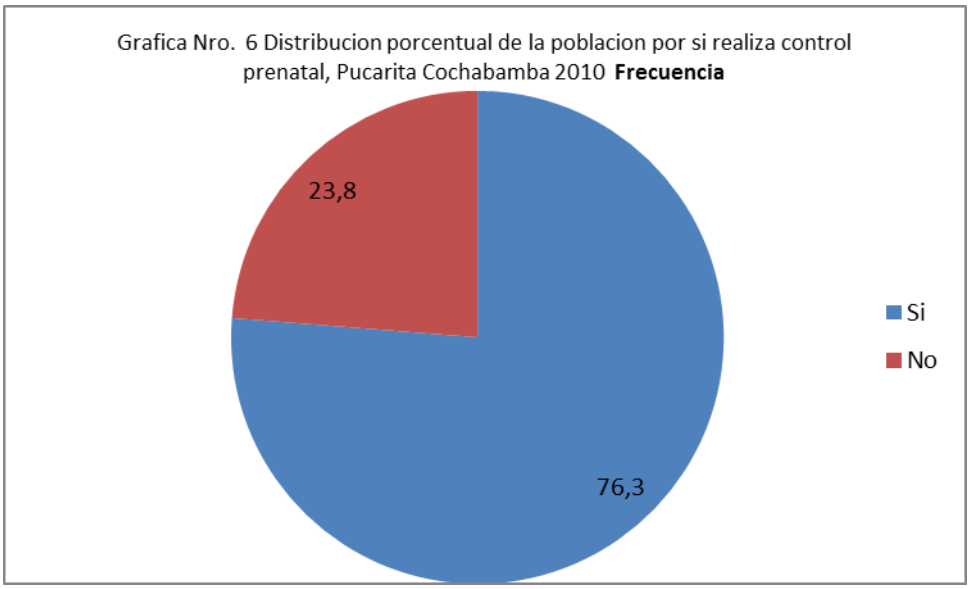


Tabla Nro. 11

Distribución porcentual de la población por si conoce de sus derechos reproductivos, Pucarita Cochabamba 2010

Conoce los derechos delas embarazadas	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	16,25
No	67	83,75
Total	80	100

Un dato que llama la atención de los prestadores de servicios de salud local es que la población no conoce de sus derechos sexuales y reproductivos como indicamos en la tabla siguiente.

Tabla Nro. 12 Distribución porcentual de la población por si sabe de planificación familiar, Pucarita Cochabamba 2010

Sabe de planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje
Si	46	58,2
No	33	41,8
Total	79	100

CUADRO 3

AFLUENCIA DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y NÚMERO DE VISITAS

EN EL PRIMER SEMESTRE AÑO 2009

NUMERO DE VISITA DE LAS PACIENTES	EDAD (EN AÑOS) 2009 1º SEMESTRE																		TOTAL					
	MENOR A 20						20 a 34						Mayor a 35											
	EN	FE	MA	AB	MA	JU	EN	FE	MA	AB	MA	JU	EN	FE	MA	AB	MA	JU	EN	FE	MA	AB	MA	JU
Nuevas antes del 5º mes	4	5	8	3	6	3	9	6	17	18	32	13	1	1	2	0	10	3	14	12	27	21	48	19
Nuevas después del 5º mes	3	2	1	3	8	4	8	2	4	10	22	8	2	1	0	4	4	1	13	5	5	17	34	13
repetidos de 2, 3, 4 o mas veces	7	12	15	11	8	11	32	25	42	35	50	65	5	4	9	4	4	12	44	41	66	50	62	88
Atención de parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Post Parto	3	1	1	1	0	4	6	4	9	10	9	4	0	2	0	3	0	0	9	7	10	14	9	8
TOTAL	17	20	25	18	22	22	51	37	72	73	113	90	8	8	11	12	18	16	80	65	108	102	153	128

Fuente: Elaboración propia con datos del CSP.

El cuadro 3 nos muestra a las mujeres embarazadas que asisten por primera vez antes del 5° mes (nuevas); Aquellas que asisten por primera vez después del 5° mes de embarazo; las que asisten por dos o más veces y las que solicitan servicio post-parto, a estas últimas se incluyen mujeres que dieron a luz en su domicilio así afirmas la enfermera de CSP, “Aquí las señoras como la mayoría llegan del campo y no tienen costumbre de venir prefieren hacerse atender en su casa y como no controlan bien la higiene llegan a tener infecciones y después igual tienen que venir a curar la infección”.

CUADRO 4

AFLUENCIA DE PACIENTES SEGÚN EDAD Y NUMERO DE VISITAS EN EL PRIMER SEMESTRE AÑO 2010

NUMERO DE VISITA DE LAS PACIENTES	EDAD (EN AÑOS) 2010 1º SEMESTRE																		TOTAL					
	MENOR A 20						20 a 34						Mayor a 35											
	EN	FE	MA	AB	MA	JU	EN	FE	MA	AB	MA	JU	EN	FE	MA	AB	MA	JU	EN	FE	MA	AB	MA	JU
Nuevas antes del 5º mes	6	7	4	7	4	1	20	18	30	15	7	17	3	3	4	3	4	4	29	28	38	25	15	22
Nuevas después del 5º mes	2	2	2	2	4	4	5	2	9	9	6	9	0	3	0	4	0	4	7	7	11	15	10	17
repetidos de 2, 3, 4 o mas veces	24	19	19	19	16	12	47	48	67	39	61	63	14	11	19	12	12	9	85	78	105	70	89	84
Cuarta Consulta	8	2	20	2	4	5	20	10	16	13	8	14	8	2	3	3	3	3	36	14	39	18	15	22
Parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Post Parto	5	4	3	3	5	4	13	17	23	13	14	16	2	4	2	3	2	4	20	25	28	19	21	24
TOTAL	45	34	48	33	33	26	105	95	145	89	96	119	27	23	28	25	21	24	177	152	221	147	150	169

Fuente: Elaboración propia con datos del CSP.

Este cuadro 4 es comparativo con el cuadro anterior, donde se observa una mayor captación de embarazadas en primer semestre del 2010, esto se debe al turno tarde no funciono regularmente por problemas de Ítem en gestión 2009. El incremento de acceso de las embarazadas se ve más notorio a partir del mes de mayo por implementación del gobierno nacional del Bono Juana Azurduy.

Aspectos generales de las entrevistas

Para la temática tratada en este estudio de características cualitativas, se ha considerado importantes algunas variable con respuestas especificas que llevan a datos concretos, por lo que se ha procedido a agruparlos y a clasificarlos según las características de las entrevistas como: su lugar de nacimiento o procedencia, edad, tiempo que vive en la zona de estudio, numero de embarazadas número de hijos estado civil, ocupación, religión y nivel de instrucción.

Tiempo de residencia en el área de cobertura

Los barrios fortaleza, 1° de Mayo y Bolívar se caracterizan por albergar a una mayor población migrante que llego a la zona debido a la búsqueda de trabajo ya que muchas familias en sus lugares de origen adquirieron terrenos en la zona de estudio mediante cooperativas y sindicatos.

Las mujeres entrevistadas que forman parte de la población migrante, viven en la zona por alrededor de 10 años lo cual está relacionado a los últimos años de la década del 80; al proceso de relocalización de las empresas mineras estables.

Las familias de provincias cochabambinas llegaron a establecerse en inmediaciones de la Tamborada y Pucarita Chica; también y aunque con menor frecuencia en los barrios de residentes migrantes.

Edad de las mujeres y número de embarazadas

Resulta importante conocer la variable edad de mujeres embarazadas para lograr una aproximación del número de embarazos y el número de hijos con relación a la edad que tiene las mujeres.

CUADRO 5

NUMERO DE EMBARAZO SEGÚN EDAD DE LA MUJERES ENTREVISTADAS

Numero de Embarazadas	EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS (en años)								TOTAL	
	15 - 19		20 – 24		25 - 34		35 a mas			
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
1er Embarazo	14	17.5	10	12.5	8	10	-	-	32	40
2º Embarazo	2	2.5	11	13.75	8	10	1	1.25	22	27.5
3º Embarazo	-	-	5	6.25	4	5	1	1.25	10	12.5
4º Embarazo	-	-	-	-	8	10	1	1.25	9	11.25
5o a más	-	-	-	-	4	5	3	3.75	7	8.75
Total	16	20	26	32.5	32	40	6	7.5	80	100

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas

Es evidente que las mujeres en la zona comienzan su vida reproductiva durante la adolescencia empezando a conformar una familia en esta etapa, sobre todo ante la presencia de un embarazo. Las mujeres entre 20 y 34 años en una mayoría relativa, tienen de dos a tres embarazos lo que indica que también dieron a luz a

su primer hijo antes de los 20 años, si basamos en cifras, estás son preocupantes considerando el riesgo obstétrico que implica el embarazo en adolescentes.

Pasada esta etapa, el ciclo reproductivo de la mujer se va desarrollando conforme se lo permite su constitución biológica por ello es común que las mujeres continúen teniendo a sus hijos con relativas distancias de tiempo y como una situación normal relacionada a su naturaleza y a su atribuida capacidad que procrear nuevas vidas. Desde los 25 años el número de embarazos asciende, es así que puede encontrarse más de 5 embarazos en mujeres de esta edad (en estas es posible considerar el primer embarazo también durante la adolescencia), tal el caso de una entrevistada de 25 años de la zona Pucarita Chica que espera a su 5° hijo y otra del barrio fortaleza, que espera el nacimiento de su octavo hijo a la edad de 34 años.

Las instituciones estatales clasifican los extremos etáreos como factores de alto riesgo (ARO), clasificando a las mujeres solo en tres grupo, para nuestro estudio, hemos subdividido el segundo grupo en 2 porque es importante considerar la subjetividad de las mujeres que puede estar relacionada a la edad, a las responsabilidades, necesites o conocimientos que surgen a las distinta edades o a través del tiempo y según el contexto, estos cambios dan pautas sobre los factores que intervienen en la vida de las mujeres de la zona.

Más adelante veremos que esta conformación de la familia no exige necesariamente el matrimonio, sino simplemente la convivencia de la pareja.

Solo dos casos de este grupo etario indican el primer embarazo y durante la entrevista nos comentaron que nunca antes se habían embarazado y desconocen el porque ellas afirmaron que mantenía una vida de pareja durante varios años y aunque nunca antes usaron algún método anticonceptivo, es primera vez que llegaron a estar embarazadas.

Los tres grupos manejados por el ministerio de salud son: de 15 a 19 años; de 20 a 34 años y de 34 a más años

Hijos nacidos vivos y mortalidad infantil

Como vimos en el cuadro 5, al mayoría de la mujeres a tenido entre 2 y 3 embarazos y hasta más de 5 pero el números de hijos que viven no siempre coincide con los nacidos vivos porque algunos casos estudiados indican el fallecimiento de alguno de sus hijos a una edad menos de 5 año.

La mortalidad infantil en la zona es alta según el médico de área del CSP, que afirmo que “hay muchos casos que ni nos hacen saber, pero nos enteramos por terceras personas” (entrevista O.Q.. CSP). La muerte de niños es atribuida por algunas madres a la debilidad con la que nacen o la dificultad y efectos del parto; así una entrevista embarazada por tercera vez dijo:

> “En mi casa nomas han nacido mis hijos, el segundo a la semana se ha muerto no se de que” (entrevista 7.R.O. Tamborada).

Otras mujeres relacionan la muerte infantil a su múltiple parto:

> “con este son ocho ya que voy a tener, pero seis nomas viven, unito se ha muerto, dice que cuando tenemos muchos hijos débiles son” (entrevista 14.F.F. Fortaleza).

En ambos casos las madres han dado a luz a todos sus hijos en su domicilio y con la única asistencia del esposo. Generalmente estas muertes no so registradas en el CSP porque los padres temen el reclamo del personal de salud por no haber acudido antes en demanda de atención, tanto para controles prenatales como para el parto.

Idioma en el área de cobertura

El idioma constituye un elemento importante al momento de analizar el comportamiento de las mujeres embarazadas, de él depende el entendimiento durante la comunicación interpersonal con los prestadores de servicio.

Es posible todavía encontrar en la zona mujeres que hablan únicamente quechua, aunque la mayoría de la mujeres son bilingües que hablan castellano y quechua, muchas veces las mujeres bilingües utilizan un castellano que se entremezcla con su lengua materna (quechua); esto sugiere que el castellano ha sido comprendido- en el caso de las migrantes desde su llegada a esta zona, que corresponde a un área rural pero esta frecuentemente vinculada a la ciudad misma.

Dos de las entrevistadas hablan únicamente el quechua por la que la entrevista se ha realizado en su idioma.

Al interior de las familias es usual y resulta practico la lengua materna, lo que no ocurre al interrelacionarse en instancias externas como el centro de salud donde las pacientes se esfuerzan por hablar el castellano creando una barrera entre usuarios y prestadores de servicios; los cual dificulta el buen entendimiento durante la comunicación interpersonal.

La religión en la zona

Aunque se trata de una población son características variadas, sobre todo por su diversa procedencia, se practica distintas religiones en toda la zona, pero predominantemente la religión católica, compartida con rasgos culturales de veneración a la pachamanca. Otro aspecto importante de la religión es que durante el trabajo de campo, las entrevista indicaba que no practican “ninguna religión, la católica nomas”.

Nivel de instrucción de las entrevistas

La mayoría de las mujeres embarazadas provenientes de área rurales, tienen cierto nivel de instrucción. Para tener un mejor panorama hemos relacionado el nivel de instrucción según el lugar de nacimiento

CUADRO 6

NIVEL DE INSTRUCCIÓN SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS ENTREVISTADAS

LUGAR DE NACIMIENTO	NIVEL DE INTRUCCION				TOTAL
	1 A 5 PRIMARIA	6 A 8 PRIMARIA	SECUND.	S/INTRUC.	
PUCARITA	4	3	6	0	13
PROV. CBBA	5	10	4	0	19
PROV. POTOSI	19	8	3	4	34
PROV. La paz	2	3	5	0	10
PROV. ORURO	2	0	2	0	4
TOTAL	32	24	20	4	80

Fuente: Elaboración Propia en base a entrevistas

De los 80 casos entrevistados, la mayoría asistió al nivel primario; pero es también manifiesto por las mismas entrevistas en algunos casos que no saben leer y menos escribir; creemos que este desconocimiento se debe al corto tiempo que asistieron a la escuela, a la falta de continuidad o debido a que no practicaros la lecto-escritura por lo cual se fueron olvidando.

La práctica de la lecto-escritura tiene un rol fundamental en el CSP, ya que permite la lectura y comprensión de materiales de información como afiches, folletos, comunicado, hora de atención, etc. Por parte de los usuarios; pero a causa de falta de práctica de la lecto-escritura, los afiche del CSP pasan desapercibidos y lo hemos podido confinar con los usuarios del servicio de salud,

cuando manifiestan que ellas no prestan atención a los afiches aunque estos tengan contenido grafico o sean atractivos.

8.2 De la parte Cualitativa de la investigación

Estado civil de las mujeres del área de cobertura

La unión de parejas varía según las influencias culturales. Durante el trabajo del campo se han podido identificar mujeres casadas solteras y concubina. El concubinato es una práctica aceptada con naturalidad, porque forma parte del proceso que conlleva al matrimonio; la unión de las parejas sale darse después de iniciadas las relaciones sexuales o ante la presencia del embarazo por lo que el concubinato es frecuente en mujeres jóvenes menores de 24 años, en los primeros años de unión, las pareja establecen sus hogares, tiene hijos, y después de un tiempo considerable de cinco o más años, asumen la responsabilidad de establecer un matrimonio ante la ley y la iglesia por tanto el concubinato no significa que las pareja no asuman la responsabilidad de la familia antes del matrimonio.

Izko describe y explica el proceso por el cual las parejas dentro de la cultura andina y como la pareja primero debe alcanzar una independencia económica y social desde que empiezan a convivir; el concubinato es aceptado en la cultura andina como parte del “largo proceso matrimonial” (1986: 78). A pesar de esta aceptación hablar de concubinato con las mujeres embarazadas en la zona de

estudio implica observar timidez y algo de vergüenza de parte de ellas, esto se debe a que la religión católica que es predominante, censura el concubinato y lo califica como “vivir en pecado”. izko1986:78

Dadas las consecuencias de los casos entrevistados, la vida en concubinato es importante en el momento de asistir a instrucciones públicas, donde surgen preguntas sobre el estado civil, el nombre del esposo, o el personal solicita el certificado de matrimonio. Por tanto, el concubinato como práctico que no es acorde a los preceptos de la iglesia católica y a otros grupos sociales se convierte en una barrera que limita la asistencia de mujeres embarazadas al CSP.

Ocupación de las mujeres en esta área de cobertura

La ocupación de las mujeres es muchas veces entendida por ellas solo actividad económica pero nosotros nos referimos a la preocupación en general, ya que el embarazo y su complicación pueden estar relacionados a las actividades que realiza la mujer embarazada.

En 6 casos las mujeres afirman que trabajan; una madre de dos hijos embarazada de un tercero es empleada domestica (trabajadora del hogar) por medio tiempo, su trabajo constituye el único ingreso económico a su hogar. Los cinco restantes se dedican al comercio informal, venta de productos para vestir, productos alimenticios (verduras), y la elaboración y venta de alimentos; la mayoría de estas

actividades de comercio se desarrollan en los mercados de consumo masivo de ya cancha y alguna en la misma zona.

Las mujeres que trabajan, continúan con su ocupación durante y hasta los últimos días de su embarazo, lo cual se diferencia de la práctica de mujeres embarazadas en otras aéreas rurales que según Izko, deja de realizar esfuerzos y de colaborar con el marido en los últimos mese del embarazo. Este cambio de actitud se debe: primero que aunque el embarazo en la cultura y tradición andina merece cuidado en los últimos meses y es denominado por nuestros informantes como "enfermedad", es a la vez considerado como un proceso natural por el que pasan las mujeres que al igual que la madre tierra son fecundadas; y segundo a que la mujer ve la necesidad de realizar algún trabajo remunerado sobre todo cuando tiene una familia numerosa. Patscheider en el estudio de los periurbanos de Cochabamba se refiere así:

Las mujeres bolivianas ejercen un triple rol (reproductor, productor y de gestión) y asumen una serie de responsabilidades para la subsistencia de la familia. En efecto, con el objetivo de mejorar los escasos e inestables ingresos familiares – debido al aumento del desempleo de los hombres y de la dramática reducción de la capacidad adquisitiva – las mujeres hacen uso de diferentes estrategias de sobrevivencia, intensificando y diversificando su participación económica. Patscheider (2000: 88)

Las mujeres que no tienen un trabajo remunerado, tienen su ocupación centrada en el hogar, cuidando a los hijos y esperando al esposo que es quien trabaja. El esposo trabaja en muchos casos encontrados como albañil, en lugares cercanos a su vivienda o en otras ciudades como en Santa Cruz y La Paz. Entre otras ocupaciones de los esposos encontramos a choferes de transporte público cuya ruta llega hasta la zona y trabajos casuales como vendedor ambulante y cargador.

También existe un tiempo dedicado por estas últimas, a la crianza de ciertos animales domésticos destinados a la propia alimentación o la venta, dependiendo de sus necesidades; la venta aunque reducida, constituye una fuente de ingreso económico para la familia, casos como estos últimos demuestran que la actividad domestica de la mujer no es valorizada por ella misma y su entorno, al no considerarlo como una ocupación.

> No, nada no hago, en mi cuartito nomas me vivo, (inquilina) me crio chanchito, gallina, patos,… ovejas también se tener a veces, otros para comer, otros para vender (entrevista 6. C.L. Tamborada).

> Solo de las labores de casas me ocupo, no trabajo (…) tenemos algunas vaquitas pero no dan tanta leche como para entregar a los lecheros, nosotros queso nomas hacemos para vender (Entrevista 11.L.N. Pucarita Chica).

> No trabajo en nada, todo el día solo cuido mis dadas y a mis animalitos, ya tengo dos vaquillas, un chancho, gallinas, patos,… a veces buscan para comer para comprar (Entrevista 15.D.O. Fortaleza).

Las mujeres que crían animales son procedentes del mismo lugar o de alguna otra provincia de Cochabamba; al comprobar la procedencia, podemos aseverar lo afirmado por un caso del barrio 1° de Mayo que llego del norte de Potosí y nos dijo lo siguiente: “puro qhochalas viven en este sector (indicando la zona de Pucarita Chica).ellos nomas tiene sus vacas, sus gallinas, conejos, ovejas, con sus animales en el mismo viven” (Entrevista 1.E.I. 1° de Mayo).

Estas actividades cotidianas de las mujeres embarazadas, condiciona y en muchos casos impide el acceso a los servicios de salud para su respectivo control prenatal debido a que su disponibilidad de tiempo no coincide con los horarios de atención del CSP, por esta razón, son aun muchas las mujeres embarazadas que asumen otras prácticas para cuidar su salud y la de su niño.

Conocimiento y desconocimiento de las mujeres

Los derechos de la mujer embarazada esta relacionados a los comportamientos sociales delimitados tanto por las leyes como por la misma sociedad y la naturaleza, sin distinción de color, raza, situación social, religión o ideología. Son

embargo, el nivel de comprensión de estos derechos por parte de las mujeres está relacionado a su situación social, económica y cultural, por esta razón, relacionados a otro aspecto, como la autoestima. También analizamos porque estos derechos son desconocidos para la mayoría de las mujeres del área de estudio.

¿mujer-madre: "hay derecho?"

El desconocimiento de sus derechos es comúnmente manifestado por las mujeres embarazadas. Al consultarle sobre ellos se hicieron visibles cambios de expresiones y de tonos de voz en las entrevistadas y al referirse a sus derechos expresaban:

> "¿derechos?... no sé (Entrevista 15.D.O. Fortaleza).
>
> "no sé, yo no conozco esos derechos" (Entrevista 20.V.I. Bolívar).
>
> "no, conozco solo creo que es gratis la atención" (Entrevista 6.C.L. Tamborada).
>
> "nooo, … ¡no hay derechos!" (Ríe) (Entrevista 12.L.E. Pucarita Chica).

> “no, no sé nada solo dice que hay seguro” (Entrevista 1.E.I. 1° de Mayo).

> No, no sé que será eso (ríe) (entrevista 3.J.E. 1° de Mayo).

> Derechos no sé, creo que el seguro es un derecho, después creo que no tenemos más derechos (entrevista 5.J.A. Azirumarca).

Sin embargo, en todos los centros de salud encontramos afiches y cuadros sobre los derechos de la mujer y más aun de la mujer embarazada, referidos a su salud física como emocional, a este último se refieren con mayor énfasis las campañas contra la violencia intrafamiliar: El personal de salud es también encargado de orientar a las mujeres sobre sus derechos y con mayor razón en estos sectores don de la información impresa como ser folletos, afiches o periódico no es accesible p ara la toda la población. Dicha orientación no siempre se da en la práctica, y por tanto los bonitos multicolores afiches pasan desaparecidos lejos de ponerse en práctica en la realidad social de las familias de las embarazadas.

El decreto supremos 25265 establece que la salud es un derecho que debe ser garantizado con criterios de universalidad, equidad y solidaridad; pero es reducido el número de mujeres que conocen e indican el numero básico de salud con un

derecho que les da la posibilidad de asistir a los controles prenatales, además de brindar prestaciones en el momento del parto.

Por su lado, el personal de salud del CSP afirma que brindan información y capacitación a las mujeres beneficiarias sobre los derechos que gozan, pero, durante las entrevistas se ha podido constatar que la orientación y capacitación brindada, no tiene una recepción clara ni efectiva debido al lenguaje utilizado por el personal que no se adecua al nivel de alfabetización de esta población, por lo que nuevamente vemos la importancia de la comunicación interpersonal que se convierte en una barrera de accesibilidad.

El seguro materno infantil como derecho

Si bien mucha personas tuvieron la posibilidad de recibir información sobre el SUMI a través de los distintos medios de comunicación, el mas frecuente es acudiendo directamente al centro de salud, y no precisamente en busca de los servicios, ya que la gente acostumbra acudir a estos centros solo cuando se presenta alguna dolencia. Algunas beneficiarias pudieron informarse durante la atención de su embarazo actual o en algún embarazo anterior, en este o en otro centro de salud.

Mi primer hijo que tiene 3 años he tenido en Aiquile igual que este hospital es, no me han cobrado nada cuando he querido pagar (ríe) así para este (embarazo)

desde el primer mes estoy yendo, como ya sé que es gratis (entrevista 12.L.E. Pucarita Chica).

Existen también otras opiniones de experiencias anteriores como la siguiente: Tenemos el seguro SUMI, se que también tenemos a la atención gratuita, a los controles del embarazo y parto, pero ese seguro a nosotros más bien nos parece “inseguro” porque no hay una buena atención por el hecho de que es gratis (entrevista 2.C.V. 1° de Mayo).

Al realizar las visitas al centro de salud, el primer contacto que hace la paciente es con el encardo de admisión, este es quien interroga a la paciente sobre el motivo de su visita si la paciente esta embaraza le explica que es beneficiaria del SUMI y que no debe pagar nada por la atención. Se otorga a las pacientes su carnet de aseguradas con el cual, las mujeres adquieren mayor seguridad y tienen que “hay más confianza” para asistir al centro de salud.

A pesar de lo expuesto es evidente también, la duda que existe sobre la atención del parto gratuito, muchas mujeres no creen y solo se han informado mediante amistades, vecinos o escuchando en los micros y en el mismo centro de salud. Algunas mujeres para confirmar este aspecto, han preguntado al propio médico y manifestaron:

> Primera vez he ido y dice que es gratis todo,...hasta el parto, ¿será así…? (entrevista 7.R.O. Tamborada).

> Mi hermana me ha dicho que es gratis por que ella está embarazada, entonces yo he ido para averiguar bien… (Entrevista 13.S.F. Fortaleza).

Si bien el SUMI para la atención materna neonatal, es un derecho de las mujeres embarazadas no todas lo consideran como tal creemos que es así porque las mujeres no están acostumbradas a hablar de sus derechos por simple hecho de que no los conocen o por que no puedan existir.

El desconocido de los derechos, la incredulidad y su inexistencia según las beneficiarias, junto a la revalorización a la que está sujeta la ocupación de las mujeres (sea este remunerado o no), el respeto físico y emocional por el entorno, la familia y ellas mismas, nos da una pauta del bajo nivel de autoestima de las mujeres que han brindado sus testimonios.

El embarazo y parto en las costumbres tradicionales

Las costumbres tradicionales están relacionadas a la salud en general y particularmente a la salud de la mujer y la maternidad. Debido a que los patrones culturales son transmitidos a través del tiempo, se trata de un complejo fenómeno que puede estar representado por una variedad de dimensiones y variables en el

comportamiento de los grupos sociales, sobre todo sino referimos a una sociedad multicultural como es la boliviana.

La diversidad cultural está presente en la zona debido a que gran parte de la población proviene de aéreas rurales muchos migrantes han traído consigo costumbres y tradiciones adquiridas en su lugar de origen y las mantienen en su vida cotidiana, así como en aspectos relativos a la salud. La práctica de costumbres tradicionales aunque se conocen y son vigentes, muchas veces han sufrido modificaciones, desconocimiento u olvido de sus explicaciones con el transcurrir del tiempo. Podemos mencionar por ejemplo en relación al embarazo y el parto, los cuidados que debe tener una mujer durante el embarazo, y parto y después del parto (el manteo, investigación de alimentos cálidos o frascos), así como actitudes durante el mismo proceso de parto (como veremos más adelante).

La fisiología de las personas está relacionada a la naturaleza, los hombres se identifican con la naturaleza y junto a ella forman parte de un todo, por tanto la salud para estas culturas, también está ligada a la naturaleza. Al igual que la naturaleza es fecunda y da frutos, el embarazo resalta la capacidad fecunda de la mujer.

La decepción que tienen las mujeres embarazadas de este área de cobertura, respecto al embarazo, está relacionado al proceso salud-enfermedad. Al referirse al embarazo o al parto, es común escuchar:

> “en un mes más me voy a sanar, tengo ocho meses” (entrevista 1.E.I. 1° de Mayo).

> “Ella recién se ha sanado y otra vez ya está enferma” (entrevista 20.V.I. Bolívar).

> “Yo ya me he salvado” (entrevista 9.F.M. Pucarita Chica).

Estas son frases frecuentemente utilizadas por las mujeres y que se han rescatado entre las entrevistas, ellas se refieren al embarazo como un enfermedad porque los cambios físicos que representan, la enfermedad se agudiza a medida que se acerca el momento del parto; pero simultáneamente, al acercarse el momento del parto se acerca también el momento de sanarse o “salvarse”.

En la cultura andina, el momento del parto está ligado a la madre tierra o pachamama ya que la posición de las cuclillas que debe adoptar la parturienta y que continua en las áreas rurales, está relacionada a la tierra porque el niño al nacer tiene el primer contacto con la madre tierra. Ante esta costumbre vigente en las áreas rurales la imposición de una nueva forma de parto y la mesa ginecológica en los centros de atención de salud, causan temas e incluso el rechazo de las mujeres embarazadas que al tener conocimiento de ello, prefieren dar a luz en sus hogares y de la manera tradicional.

El embarazo y parto en el área de cobertura

Considerando que el área de cobertura CSP abarca a 9699 mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) , y recibe a un promedio de 50 mujeres embarazadas que llegan a realizar su controles prenatales cada mes, se estima un cantidad mayor a esta, de mujeres que no asisten al servicio, incluyendo a aquellas que prefieren ir a otros centros.

Anuqué la política del CSP es captar el mayor número de pacientes del área de cobertura (realizando trabajo comunitario en la población beneficiaria, promoviendo los servicios que brinda el CSP y a la vez orientando sobre temáticas de salud importantes para la familia relativas al embarazo y al parto,), los factores que influyeron en la mujer para no acceder a CSP, son diversos como la explicamos: los culturales, de información y otros.

Dichos factores pueden seguir siendo barreras para la demanda de servicios, mientras no se analice el problema de una manera integral e interdisciplinaria, aunando esfuerzos entre las instituciones correspondientes.

Tiempo transcurrido entre embarazos

Entre las mujeres con más de un embarazos destacamos cuyo tres embarazos se dieron con intervalos de tiempo de aproximadamente 8 años. En este único caso,

el tiempo transcurrido entre el embarazo se debe a que antes de casarse la señora ya tenía una hija:

> … Con este (embarazo) ya son tres, dos mujercitas ya tengo… grandes, después de 9 años estoy teniendo, mi última tiene 9 años, la mayor ya es jovencita, 17 año ya va a tener, porque yo antes de tener mi marido ya tenía mi hijita así de soltera nomas, pero igual ahora bien me llevo con mi esposo y para el ya estoy tenido 2 dadas (entrevista 1.E.I. 1° de Mayo).

En la mayoría de los caso el tiempo transcurrido entre los embarazos va desde los 6 meses hasta dos o tres años. Este tiempo que distancia a los embarazos y que es corto en gran parte de los casos, es evidente al observar que las mujeres embarazadas tienen hijos muy pequeños.

Si nos referimos solo a las mujeres cuya edad está entre 20 y 24, ellas tienen entre 2 y 3 hijos, lo refleja el corto tiempo transcurrido entre los embarazos.

Los espacios intergenesicos reflejan la falta de información y orientación sobre la salud reproductiva y se hace evidente al observar mujeres con vario niño, mujeres muy jóvenes con más de dos hijos pequeños o familias niños huérfanos cuya madre murió por complicaciones del embarazo.

Cuidados durante el embarazo

Los cuidado que debe tener la mujer embarazada son muchos y diversos con su conocimiento y aplicación dependen del contexto cultural en que se desarrollaron las mujeres. Estos cuidados implican la buena alimentación, la distinción entre alimentos cálidos y frescos, evitar el sol, evitar el viento, la lluvia; estos son sobre todo aconsejados por personas mayores como los familiares “las mamas nos dicen”.

Las prescripciones del médico suelen ser especificas e inclinadas a la alimentación “tienes que alimentarte bien nos dice el doctor” (entrevista 10.F.L. Pucarita Chica); se aconseja consumir leche y verduras y ellas los saben, pero estos alimentos no siempre son incorporados en su dieta o son rechazados, a pesar de tratarse de una zona de reproducción lechera, por lo que la mayoría de la veces se reduce a una simple recomendación. Pocas mujeres por conocimiento aparte, durante su embarazo tratan de consumir alimentos que contengan calcio, hiero y vitaminas y de esa forma evitar tomar suplementos medicado como el suplemento de hierro. El consumo de estos suplementos tiende a causar ciertos mal estaros como nauseas y otras molestias estomacales que indisponen a algunas beneficiarias que aunque los reciben, simplemente no los consumen, ello se debe a que muchas veces el personal no orienta sobre los efectos colaterales que pueden causar los medicamentos.

“El hierro es un suplemento para toda mujer embarazada, pero sobre todo para aquellas que presentan síntomas de anemia, es decir cuando la cantidad de glóbulos rojos o de hemoglobina es menor a la normal”

Aquellas que no asistieron a un centro de salud, no mencionan algún cuidado particular durante el embarazo, su vida transcurren con normalidad, realizando los quehaceres habituales en su hogar y en la mayor parte de los casos cuidando al hijo pequeño. ADSAD

El control prenatal

Es necesario afirmar que nulas afluencia de pacientes a crecido también debido a la implementación, de SBS son el que cuentan todas las mujeres embarazadas y sus hijos; dicho conocimiento se debe a la información casual entre las mujeres embarazadas.

Cuando se trata del primer embarazo, es más frecuente que las mujeres asistan a los controles prenatales, muchas son muy jóvenes y tienen una inclinación hacia estas actitudes de asistencia; para el segundo y tercer embarazo el número de controles prenatales disminuye debido a la experiencia que considera tener la mujer embarazada. Luego de muchos embarazos también son conocidos los síntomas de alto riesgo obstétrico (ARO) y esta razón influye a que mujeres embarazadas de una edad por encima de los 34 años acudan a los controles

prenatales, sobre todo porque han tenido la oportunidad de conocer casos de mortalidad materna.

> Aquí nomas vengo porque me han dicho las señoras que vienen, así otras que han tenido su wawas me han dicho que aquí han ido y no les cobran, dice que tengo que venir siempre porque es gratis y el parto también dice que es gratis, entonces puede ser peligroso, la otra vez de por mi casa una señora a muerto después de una semana que ha tenido su wawa, una pena ha dejado a su esposo con hartas wawitas, 5 parece que son y puro menudo. Tal vez si podía ir al centro de salud podía estar viviendo, por eso para evitar yo me estoy yendo a hacer controlar (…) en mis otras wawas nunca he ido en mi casa nomas sabia tener con partera, pero ahora miedo ya me da porque es de mucho tiempo (entrevista 1.E.I. 1° de Mayo).

La importancia del control prenatal depende de la condición sociocultural de la mujer embarazada, es decir cultura, nivel de instrucción, ocupación, acceso de información; como factores que influyen en la utilización de los servicios de salud

> Solo a dos controles he ido porque ya sabía que estaba esperando, he ido porque estaba mal fuerte me dolía mi

espalda si no iba a ir en mi primer hijito iba ahí y en tenido también en Pucarita, por eso para hacerme controlar en este ahí también he ido porque ya estoy asegurada, mi hijito también está asegurado y como es gratis nomas (entrevista 6.C.L. Tamborada).

Aquí nomas vengo, desde el primer mes he ido donde el doctor Vera porque mi primer hijito las enfermeras de Aiquile me han reñido, (que estabas pensando para no venir), así me han dicho por eso desde el primerito estoy yendo (entrevista 2-L.E. Pucarita)

Yo nunca sabía ir al doctor porque tenía mucho miedo, dice que otros nos riñen cuando vamos… (Entrevista 20.V.I. Bolívar).

Ya estoy de 8 meses, casi de nueve y una vez nomas he ido es que no tengo tiempo tengo que ir hacer limpieza a una casa toda la mañana y si no voy también, no tengo ni para cocinar para mis hijos porque mi marido no me da todo se lo gasta tomando (entrevista 16.F.Y. Fortaleza).

El trabajo y la poca disponibilidad en casos como estos, la asistencia a los controles prenatales de mujeres-madres que están consientes de su importancia, pero por su necesaria ocupación manifiestan que “quieren pero no pueden asistir”:

Por otro lado la acentuación recibida en el CSP hace que algunas pacientes traten de cumplir con un mínimo de 4 controles prenatales como exige el SBS que además transmitan entre ellas la calidad de atención que se brinda en el centro de salud, logrando así que cada vez más mujeres asistan a sus controles prenatales.

¿Por qué las mujeres embarazadas del área de cobertura no asisten al control prenatal?

Por su ubicación el CSP es conocido por los pobladores del distrito, y aunque es concurrido por muchos pobladores de la zona, su carácter de atención gratuita para el paciente es desconocido por muchos, portante, los beneficiarios de esta atención tienden a acudir a solicitar servicios solo cuando realmente lo necesita, o como una última opción debido a diversos factores como información insuficiente o algunos prejuicios que analizamos a continuación.

Muchas mujeres embarazadas y sus familias, prefieren conservar ciertas costumbres en nulas cuales no mesta incluidos los controles parentales y en las que el lugar optimo para dar a luz es su propia casa, donde el pato tiene características naturales, tradicionales y donde la atención la brinda la madre de la

mujer embarazada la suegra, el marido o una partera como relatan los siguientes testimonios:

> No he ido… a mis controles porque estaban bien nomas además no quería ir siempre al hospital, en micas nomas quería tener, los otros dos también en mi casa quería tener, pero mi marido me ha llevado a Combase, más bien que para que este nazca estaba trabajando y en mi casa a nacido (entrevista 3.j.E. 1° de Mayo).

> Yo nunca sabia ir al hospital ni para tener a mis hijos, los otros tres en micas han nacido, solo mi marido me sabe atender… (Entrevista 7.R.O. Tamborada).

> Yo no voy porque mi mama también no iba y tranquila nos ha tenido en casa yo por eso en mi primero he ido directamente al parto, a la maternidad (entrevista 4.C.L. 1° de Mayo).

Sin embargo, como ya afirmamos alterada mente, el no asistir a los controles prenatales trae consigo consecuencias tanto para la madre como para el niño, muchas mujeres no toman en cuenta estos aspectos y evaden los aspectos prenatales. Lamentablemente después sufren las consecuencias, es el caso de

una joven madre que tras llevar a su recién nacido al CSP para que reciba la vacuna se mostro muy afligida por no haber ido al control prenatal.

> Yo no he ido porque tenía miedo, además pensaba que muy caro me podían cobrar como estaba bien y tranquila por eso también no he ido. Pero debería ir aunque sea unito par que sepa cómo estaba la wawa, porque ahora que he ido para hacerle vacunar, me han reñido; porque dice que mi wawa había tenido parece infección en sus ojito… ahora me ha dado un pomadita (entrevista 3.J.E. 1° de Mayo).

Existe otro sector de mujeres que tienen una percepción negativa acerca de la atención de los centros de salud público, debido aciertas experiencias vividas, a comentarios o simplemente porque piensan que la atención gratuita implica una mala atención, como por ejemplo la siguiente casa.

> Mis controles he hecho en Quillacollo porque aquí en Pucarita no es buena la atención no está el doctor o a veces no tiene tiempo al menos las veces que he ido nunca estaba y por eso me fui a otro lado (…) además desconfiamos del trato que dan estos hospitales, como el seguro es gratis, por el hecho de que no pagamos a veces

> nos tratan mal algunos médicos y enfermeras son inhumanos y los enfermos necesitan comprensión y atención (entrevista 2:C.V. 1° de Mayo).

El SUMI gratuito para el paciente no siempre es considerado como una ventaja, y en ocasiones esa situación puede impedir que algunas mujeres asiste al CSP, debido a cierta desconfianza que se tiene al personal prestador de servicios y la convicción de muchas personas que piensan que la calidad de atención depende del costo económico.

El parto en el área de cobertura del CSP

El parto a alcanzado progresos relativos gracias a los cuidados prenatales que se le da a la madre durante todo el embarazo, previamente los posibles problemas del parto y preparándola para el momento del mismo, incluyendo ciertas técnicas avanzadas de diagnostico que le permiten al médico solucionar un parto difícil médiate una cesárea como medida de emergencia cuando durante el feto da señales de problemas por común asfixia, cuando el niño no puede nacer por agotamiento de la madre o por el canal de parto es muy estrecho. “mientras antaño la mayor parte de las mujeres daba a luz en su casa, actualmente lo hacen en un hospital o en una clínica” (EMF 418-422).

Las instituciones prestadoras de servicio de salud tienen la ventaja de contar con el personal capacitado para atender emergencias, con lo que se logra salvar muchas vidas de madre e hijos, pero no todas cuentan con los equipos necesarios. Si bien el CSP cuenta con una sala de partos y una maternidad donde pueden reposar las madres durante 24 horas después del parto no se cuenta con un quirófano para realizar las cesáreas y otras complicaciones si se presenta algún caso que así lo requiera.

Dichas situaciones o condiciones se constituyen en factores socio-institucionales por los cuales las mejores no acuden al CSP y por tanto muchas parturientas acuden directamente a la maternidad Germán Urquidi.

El parto en anteriores embarazos y embarazo actual

Actualmente del total de la muestra de 80 casos, son 28 los casos de mujeres que están viviendo su 1° embarazo y 1° parto y son 52 las mujeres que han tenido experiencias de parto anterior, de estas últimas solo una mujer dio a luz en el CSP en un anterior embarazo. De los 52 casos, la mitad son mujeres que dieron a luz en la maternidad del lugar donde residían en ese momento o en otra clínica, las restantes constituyen el grupo de mujeres en anteriores embarazos al parto tuvo lugar en su domicilio.

Es importante destacar la presencia de mujeres multíparas que después de haber dado a luz varias veces en su hogar, han previsto la necesidad de ser atendidas en una institución, tal es el caso de una embarazada que esperaba a su octavo hijo:

> "Una mujer que espera el nacimiento de su segundo hijo nos brindo la información de que su primer hijo nació en Aiquile capital de la provincia Campero otra mujer, madre de neonato nos informo que su hija nació en la ciudad de Oruro, en ambos casos se recibió la atención en un centro de salud y con el seguro básico de salud gratuito."

> Aquí nomas tengo mis wawas porque no me gusta ir mucho al Hospital aquí nomas me preparo, pero eso si voy a mis controles y el doctos me dice que estoy bien, entonces aquí nomas se tener y mi esposo me atiende, el nomas solito, ni a la partero no sabemos llamar (entrevista 14.F.F. Fortaleza).

Las mujeres embarazadas en su mayoría están consientes de que llegado el momento del parto deben ir a una institución que prestan servicios de salud, como la maternidad Germán Urquidi. La mitad de las mujeres de la muestra manifiestan su deseo de dar a luz en el CSP, a ello atribuimos la percepción de que tienen las

usuarias sobre su atención. La maternidad es sugerida por las pacientes que conociendo la atención que brinda, la consideran suficiente así para las mujeres que tendrán su primera experiencia de parto.

La presencia de los centros de salud distritales y la vigencia del SBS han buscado disminuir los riesgos obstétricos de la población de todos los distrito municipales estos centros de salud han logrado un creciente afluencia de pacientes que acuden en demanda de sus servicios. Sin embargo., en la información recabada para la presente investigación encontramos datos importantes por su valoración, se trata de 7 madres de neonatos, de las cuales 4 están convencidas de que su hogar es el lugar más adecuado para el parto, razón por la cual ellas dieron a luz en sus domicilios y no realizaron ningún control prenatal.

Aquí también han nacido ya tiene tres días, toditos han nacido en la casa nomas, mi marido sabe traer a la partera de Champarrancho y ella siempre me sabe atender, no cobra 150 bs nomas, si voy al hospital cuanto será que me puede costar (entrevista 19.F.V. Bolívar).

El desconocimiento que presta el servicio de salud y la conservación de costumbres tradicionales influye a que las mujeres tenga que acudir en busca del personal empírico (cuya experiencia no podemos poner en dudas) para que preste un servicio relativamente costoso, considerando el carácter gratuito del SUMI

respecto a este personal empírico, Loayza y Tejada manifiestan en su estudio que en Bolivia existe un reglamento para parteras calificadas, a las cuales se las prepara en la atención del parto normal estas partera están registradas en el ministerio de salud las matronas son las encargados de atender los paro en las comunidades campesinas, la cuales se encuentran lejos de los centros de salud, “obviamente con alto riesgo para la paciente y el recién nacido al no contar con los más elementales medios médico-sanitario” (199: 3).

Ventajas del parto domiciliario

El parto domiciliario ha sido una práctica generalizada hasta la introducción de la medicina institucionalizada, la gente atendía los parto con la ayuda de ciertos mates y hiervas conocidos por ello cuyo modo de utilización fue transmitido por generaciones siguiendo la tradición cultural, además el parto se lleva a cabo en la posición natural y con todas las ventaja que puede ofrecer el hogar.

Nuestras informaciones coinciden en el consumo de mates de hierbas cálidas que según la costumbre “ayudan para que nazca rápido la wawa”; estos mates no son costosos y son conocidos por ellos mismos por sus madres, suegras, esposos y parteros que son quienes atienden el parto. Además de los mates existen otros productos que se utilizan para calentar el ambiente y a la madre con el propósito de facilitar el parto. A dichas afirmaciones se refieren de la siguiente manera:

Se compra una medicina “copal”, en la cancha saben vender a 1 bolivianito donde hay los Hanpi para eso siempre se compra y se hace fuego como para q´oar y ahí se pone ese copal, dice que es para calentar el cuerpo para que salga rápido la wawa, así fácil nomas se tener… (Entrevista 18.C.V. Bolívar).

En mi casa nomas he tenido, me ha atendido mi mama, además es mejor y más tranquilo ahí en mi cuarto, nadie entra a hurgarte como en el hospital cuando me han dado los dolores no había nadie en mi casa y cuando ha llegado mi mama yo ya me estaba alistando en mi cuarto, nadie más entra y en cuarto calientito nace la wawa.

Continuando: ¿y cómo te estabas alistando?

Mis dos anteriores he tenido en hospital y no me gusta, por eso para este ya no quería ir como no había nadie yo he sentido que ya iba a tener y me alistado agua caliente y algunas sabanas limpias y me he serrado en mi cuarto, ya estaba por tener y me estaba agarrando de la cama por que así e visto que nacen, más bien ese rato ha llegado mi mama t me ha ayudado (…) no es como tener en el

hospital más tranquila estas en la casa (entrevista 3.J.E. 1° de Mayo).

"Jampis en la lengua quechua significa medicamentos, jampiri es un curandero tradicional de la cultura andina".

"Q´oar palabra quechua que significa sahumar, se refiere a la ofrenda que se entrega a la Madre Tierra o Pachamama"·

El parto institucional tiene características que originan el rechazo de las mujeres embarazadas, estas tienen que ver con la infraestructura y los ambientes fríos, hasta el proceso mismo del parto, ya que el parto se efectúa en la mesa ginecológica; antes los partos eran en posición de cuclillas, fue en esas circunstancias que una partera, conocida como Madame La Chapelle, tenía dificultades para atender este tipo de partos por que se impedía su gran joroba, por esa razón ella inventa la mesa ginecológica. Aunque la creación de la mesa ginecológica ofrece ventajas al trabajo biomédico, no ocurre lo mismo con la madre. En un centro institucionalizado que no se adecua a las necesidades de la madre, ella no goza de tranquilidad ni la calidez que en cuenta en su hogar, ni la comodidad de la posición natural de parto que se mantiene en la actualidad en las aéreas rurales como parte de la cultura, o la posición que tuviera la parturienta.

Adames del nacimiento del niño, es de gran importancia para la cultura tradicional la expulsión de la placenta conocida como alumbramiento; solo cuando sale la placenta se corta el cordón umbilical al niño. Así:

> Dice que cuando nace la wawa en el hospital, la placenta lo botan, nosotros no botamos…
>
> Continua: ¿Qué hacen con la placenta?
>
> Cuando ha salido la placenta mi marido biencito lo ha lavado y después junto con macarroncito, arroz y sal lo ha hecho biencito un q´epicito en ropitas y lo ha enterrado aquí afuerita en la puerta de mi cuarto, en el patio, (…) mi tía así le indicado, no se para que será (entrevista 18.C.B. Bolívar).

Las razones que lleva a enterrar la placenta no siempre son conocidas aunque se conozca el procedimiento, como en el caso de la informante que otorgo el reciente testimonio. El destino de la placenta va perdiendo importancia en las nuevas generaciones, sobre todo cuando las personas empiezan o tienen la intención de adaptarse a las características culturales del área urbana.

"Diminutivo de Q´epi que en quechua quiere decir atado o bulto".

Castellón se ha referido al hecho de enterrar la placenta como “una de las practicas socio-simbólicas que le confiere continuidad al ciclo Hombre-Naturaleza” y que al encerrar una parte anatómica de los hombres se estaría devolviendo vida a la pachamama o la madre tierra (1997: 101).

La investigación de Izko también se refiere al destino tradicional de la placenta en las zonas rurales del norte del departamento de Potosí:

La placenta “la madre” es devuelta a la Pachamama origen de la vida, y debe ser enterrada en el área de la vivienda, generalmente el cancho. Si se le entierra lejos en el espacio hostil, o es arrojado al agua, una infección o malos espíritus pueden “agarrar” (jap´ica) al niño, quien puede morir o ser afectado por alguna anormalidad (1986: 103).

La zona de investigación de Izko coincide con el lugar de procedencia de la joven que brindo su testimonio sobre la placenta y es evidente que ambos se complementan. Es también evidente que la importancia del destino de la placenta es un factor que influye en la asistencia de mujeres embarazadas al CSP y a otras instituciones que brindan atención de parto, porque existe la creencia tradicional que relaciona la placenta con la Madre Tierra y con el destino y vida del niño. Cuando el parto es institucionalizado, el destino de la placenta es desconocido, lo cual no es del agrado de los padres que mantienen costumbres tradicionales.

La calidad de atención del parto

La calidad de atención está centrada en satisfacer las necesidades de los usuarios más que en los resultados con cifras. La calidad de atención es otorgar a las beneficiarias del servicio una atención que este enmarcada en sus necesidades particulares, como ser el tiempo disponible de las mujeres para acudir y recibir atención; el respeto a la intimidad corporal sobre todo en el momento del parto; respecto a la opinión y a la diversidad cultural de las usuarias; a brindar toda la información y orientación necesaria en un leguaje claro y adecuado a las usuarias.

Las instituciones de salud

La maternidad Germán Urquidi es la institución mas recurrida en el momento del parto esta brinda una atención rápida, especifica y sobre todo gratuita sin costo para la paciente. A pesar de las ventajas que brinda, algunas pacientes y sus esposos botan por una institución privada o semiprivada cuyos costos no sean muy elevados y que ellos consideran relativamente mejor.

El estudio de CAP´s realizado en la maternidad Germán Urquidi ha dado indicios de que las mujeres atendidas en instituciones como esta, no quedaron satisfechas con la atención recibida estas percepciones coinciden con alguno de nuestros estudios que tuvieron la experiencia de pasar por la maternidad y demuestran que: no existe respeto a la intimidad corporal puesto que las mujeres están expuesta a

ser objetos de práctica de los denominados médicos internos, así mismo, las mujeres se quejan de ser víctimas de agresión verbal de parte del personal de salud. A este respecto Matamala dice que el abordaje de la sexualidad “están implícitos todos los condicionamientos de género respecto de la subordinación sexual de las mujeres, el silencio de la sexualidad de las mujeres y la censura o culpabilizarían de la misma” (1995: 16).

> Yo fui al hospital con dolores de parto, pero dice que no había buena dilatación entonces me llevaron a una sala donde se espera que avance la dilatación ahí, a cada rato entraba los médicos y no eran los mismo, eran muchos y todos en fila me revisaban, por eso he dicho que no voy a volver allá (entrevista 8.R.E. Tamborada).

El siguiente caso es el testimonio de una joven que dio a luz en un hospital de la ciudad de Oruro:

> Yo he dado a luz en Oruro, yo estaba con mi esposo y una señora jovencita estaba a mi lado, a ella le trataron mal y yo tenía miedo de que me traten así pero después supe que ella había sido soltera y por eso le decían que tenía que sufrir de castigo por tener su hijo sin su marido (entrevista 5.J.A. Azirumarca).

Lamentablemente la convicción que se forma en los pacientes sobre este tipo de atención se generaliza para todo los centros de salud públicos. Estas son razones que se establecen a partir de la percepciones y comentario de mujeres embarazadas y madres de neonatos que no asisten al centro de salud de su zona porque ya en tenido alguna experiencia negativa en los centro de salud ellas prefieren realizar su consultas en centros particulares si cuentan con las posibilidades económicas o en su caso, si la capacidad económica es escaso, los más apto es mantener la costumbre del parto domiciliario, como se pudo observar en algunos testimonios.

Percepciones de las usuarias y no usuarias sobre la calidad de atención en el CSP

La percepción de las usuaria sobre la calidad de atención en el CSP la analizamos a partir de calificativos que le atribuyen las usuarias y estas van desde muy bueno y bueno hasta regular y malo, basados en la experiencia adquirida por las usuarias en las visitas de consulta.

Las frecuentes interrupciones en la atención de los servicios de salud son también las que desacreditan la calidad de atención del CSP, además de originar malestar en las pacientes que se ven obligadas a buscar atención en otros servicios, causando una mala percepción sobre los centros de salud públicos, como en el siguiente caso.

Estas interrupciones se deben a la supleción de atención de los servicios de salud como medidas de presión a causa de demandas que exigen los funcionarios de dichos servicios y tienen que ver con asignaciones presupuestarias y cancelación de salarios por parte del gobierno.

> Cuando he ido no me han atendido porque dice que no había atención porque estaban en paro (…), pero a mí me han dicho que vuelva la siguiente semana de lo que he ido y hasta eso ya a nacido mi hija; hay muy poca atención (entrevista 11.L.N. Pucarita Chica).

Otra percepción negativa dice:

> … a su hijito de mi cuñada le han vacunado mal, igual la otra vez dice que a su hito de una señora igual mal le han pinchado y dice que estaba mal, por eso ya no queremos ir, parece que no saben (…) yo prefiero llevarle al centro de salud Cochabamba halla tardan en atender pero saben más, aquí da miedo llevarles (entrevista 5.J.A. Azirumarca).

Afirmaciones como esta y otras sobre las instituciones hacen también que algunas pacientes del centro de salud decidan trasladar sus consultas a otros centros. La desconfianza, se debe también a la presencia del personal joven, solo

encontramos un auxiliar de enfermería, una licenciada que realiza su año de provincia y estudiante de enfermería que se encuentran realizando prácticas del último año. La gente prefiere ser atendida por personal con experiencia porque se trata de su salud y la de sus hijos.

Aunque una parte de la población del área de cobertura manifiesta que cuenta con "un buen médico" en su centro de salud, es sabido además que el jefe médico de área realiza un recorrido por toda la zona persuadiendo a las mujeres embarazadas para que asistan al centro de salud a sus controles pre natátiles, así como a las madres para que lleve a sus niño menores de 5 años; esta actitud puede ser considerada como una exigencia que intimida a las beneficiarias para ir CSP, sin dejar la iniciativa a libre voluntad de las mujeres.

A pesar de que los comentarios referentes al profesional médico son positivos, esta opinión no va acorde con los vertidos respecto del resto del personal según usuarias, estos últimos debería tener mayor comunicación con ellas para sentirse en un ambiente más acogedor el bajo nivel de comunicación impide que las pacientes puedan aclarar dudas existentes.

Regulación de la fertilidad o planificación familiar

La planificación familiar no existe en la cultura andina porque la fertilidad de la mujer está relacionada con la fertilidad de la tierra, pero, a pesar de las

características culturales en la zona de estudio, en el concepto de planificación familiar no es del todo desconocido.

Para analizar el tema de planificación familiar se ha indagado sobre la información, los conocimientos, el origen de dicha información y el uso de algún método anticonceptivo.

Información y conocimiento de planificación familiar en el CSP

En términos generales, la planificación familiar es el derecho que tienen las parejas de poder decidir cuándo y cuántos hijos quieren tener, es decir el número de hijos y el tiempo transcurrido entre ellos. La difusión sobre la planificación familiar en nuestro medio ha sido amplia sobre todo en los últimos años, y es presentada como un derecho a la toma de decisiones que tienen las parejas; pero se trata de un concepto que no llega con claridad a la generalidad de la población. Los casos estudiados, como pudimos ver en su mayoría migrantes de áreas rurales donde solo medios de difusión escasamente podían llegar, y es al trasladarse a su actual lugar de residencia donde recién han podido acceder a mayores posibilidades de información.

Se mas o menos sobre planificación familiar pero todavía no he hecho planificaron porque mi pareja, ósea con el que vivo ahora, porque no somos casados, el no es el papa de mi primer hijito recién este es el primero de los dos, cuando nos hemos

juntado hemos dicho que este nomas vamos a tener, por eso cuando nazca vamos a ir al doctor para hacer planificación familiar (entrevista 4.C.E. 1° de Mayo).

Si hemos tratado de hacer planificación familiar con el método natural, pero tenemos poco dominio, yo creo que hay que saber manejar bien, además nosotros preferimos las cosas naturales para eso hay que saber bien la planificación natural (entrevista 2.C.V. 1° de Mayo).

Aunque creemos que la forma adecuada de informarse es acudiendo al centro de salud de la zona contrariamente, todavía se trata de una temática por la que muy pocos o nadie acude al CSP, ya sea por temor al personal al costo adicional que podría signífera, o simplemente por el desconocimiento de dicho servicio, puesto que se trata de una parte de la medicina moderna y no es fácilmente comprensible para algunos grupos sociales.

Conocimiento de Métodos anticonceptivos (MAC´s)

La mayoría de las mujeres saben que existen los métodos anticonceptivos los conocen como sinónimos de planificación familiar o como elementos para ya no tener hijos. Ya habíamos mencionado antes que para la cultura andina el embarazo es considerado como una enfermedad ahora que analizamos los métodos anticonceptivos vemos que estos son los medios para “curar” dicha

enfermedad, es decir para ya no embarazarse o en sus palabra, para ya no enfermarse las formas de conocerlos han sido distintos y a veces muy cuales:

Dada la procedencia de las mujeres entrevistadas, vimos que la mayoría provienen de áreas rurales y que mantienen sus tradiciones y costumbre culturales.

> He escuchado en el centro de salud (Pucarita) hablar a unas señoras, cuando he escuchado he pensado “yo también ahí me voy a hacer curar”, así he pensado (entrevista 6.C.L. Tamborada).
>
> Sé que hay para hacerse curar, pero yo nunca me he hecho poner (entrevista 16.F.Y. Fortaleza).
>
> Sí, hay el condón, la píldora, eso es que hay para no tener más hijos (entrevista D.O. Fortaleza).
>
> Me han contado unas amigas que hay píldoras inyecciones, pero no les he entendido bien pero quisiera sabe (entrevista 13. S.F. Fortaleza).

Los métodos anticonceptivos son tan conocidos por algunas mujeres embarazadas que nombran por lo menos dos métodos diferentes entre estor la T de Cobre (DIU) Dispositivo intrauterino, ligadura, el condón el ritmo. Sin embargo,

podemos afirmar que existen sectores de la población que no cuentan con información sobre lo que son los MAC´s, y ante la posibilidad de su existencia y eficacia se muestran incrédulas como en los siguiente comentarios:

> Como será eso para hacerse curar, no sé qué cosa dice que se hacen colocar (entrevista 3.J.E. 1° de Mayo).

> Mi vecina tiene hartos hijos y sabe decir que se va hacer curar, dice que hay tabletas y no sé qué cosas más… ella habla nomas (entrevista 12 L.E. Pucarita Chica).

De principio resulta difícil conversar sobre anticoncepción por ser este un tema ligado a la sexualidad, pero con el desarrollo de la entrevista las informantes van tomando confianza y al plantear ellas ciertas dudas respecto al tema podemos darnos cuenta de que si poseen cierto conocimiento. Por ejemplo una entrevistada que en principio afirmó desconocer los métodos anticonceptivos al finalizar la entrevista hizo en siguiente comentario:

Las que ya no quieren tener más hijos dicen que se hacen curar con alguna cosa de cobre y también dicen con ligadura… ¿será verdad?... eso siempre quisiera averiguar, dice que hay que ir al hospital Viedma (entrevista 7.R.O. Tamborada).

Los estudio de casos han demostrado cierto conocimiento y han expresado su inquietud por el tema debido a la necesidad que tienen de no tener más hijos, a

causa de su situación económica “ellas se sienten sobrecargadas económica y físicamente, los hijo cuenta, siempre es una boca mas” (Patscheider 2000: 95). Pero ellas necesitan una mayor información sobre la forma de acceder a dichos MAC´s, así como las ventajas y desventajas y/o costos de dichos métodos significan, porque aunque los servicios de planificación familiar “dicen” que incluyen la dotación de métodos anticonceptivos, y es gratuito, la gente aun tiene la idea de que debe pagar algo.

Las mujeres generalmente se informan mediante algunas personas conocidas, o por conversaciones casuales con otras personas en el mismo CSP, medios de comunicación como la radio no son relevantes en la zona. Otras mujeres y el personal de salud tienden a sensibilizarse ante aquellas que se ven ingenuas y con muchos hijos, insinuándoles a usar algún método anticonceptivo, es el caso de una madre de neonato del barrio Bolívar; con 21 años y tres hijos que dio a luz en su domicilio, al ser observada con su tres niños menores de tres años, el personal de salud le insto para que vuelva en una fecha próxima para poder establecer el uso de un método anticonceptivo.

Uso de métodos anticonceptivos

Solo un caso tienen la experiencia de haber utilizado algún método anticonceptivo moderno (T de Cobre) y algunos casos afirman haber utilizado solamente métodos naturales.

> .. después que hemos tenido a mi hijita ya no queríamos porque en este tiempo ya no se puede (…) por eso mi marido me ha hecho curar con esa T de Cobre. De ahí 5 años he estado con eso y me he hecho sacar y nuevamente me he hecho colocar, unos 4 años mas he estado y unas señoras me han dicho que esa T hace enfermar y que mejor sería que me haga sacar, yo no quería porque apenas nos alcanza lo que gana mi esposo, tal vez otra vez me podía embarazar (…) he ido a hacerme sacar, de ahí con mi esposo estábamos pensando en ese método natural pero no sabíamos bien, estábamos queriendo averiguar y en eso no mas se ha perdido mi regla y por eso estamos teniendo este ultimito (Entrevista1. E.I. 1° de Mayo).

Como en este caso, la anticoncepción es vista como una necesidad entre la situación económica de las familias, y más aun las de estas zonas rurales inclinada a la urbana, pero lamentablemente persiste la desinformación que no permite llevar adelante una salud reproductiva orientada, confiable y comprendida por quienes serán los directos beneficiaros.

Los métodos naturales como el del calendario, son utilizados por mujeres jóvenes porque son aquellas que recibieron mayor información en sus colegios, por lo que se trata de mujeres que tienen un nivel de instrucción que alcanza al nivel secundario.

> Se de los métodos naturales, también hay otros como la T de Cobre, pero nosotros nos inclinamos por lo más natural posible (…) después de tener mi cuarto hijo estaba con el método del calendario guiándome en las fotocopias de un doctor, y me estaba yendo bien no mas, después se ha perdido y en eso no mas he aparecido otra vez embarazada (Entrevista 2. C.V.1° de Mayo).

> Yo solo me controlaba con las fechas, pero no sé bien, o no será bueno, parece que hay que saber bien porque igual me embarace, esas otras cosas, T de Cobre, inyecciones dicen que hace daño (Entrevista 16. F.Y. Fortaleza).

> Yo sé usar ese del calendario porque normal es mi regla, pero igual estoy teniendo ya tres, después que me sane yo creo que voy a usar esa inyección (Entrevista 15 D.O. Fortaleza).

Como se puede observar en los testimonios expuestos, las mujeres que alguna pusieron en práctica la utilización del calendario como método de anticoncepción, admiten que no lo emplean correctamente, lo cual no les ha permitido ver resultados efectivos y llegaron a embarazarse nuevamente. Por lo tanto, aunque se trate de un método conocido, el modo de utilización no es claramente entendido, y este aspecto nos da muestras claras para ver los efectos de los problemas que hemos venido tratando, del poco acceso a los servicios de salud.

Así mismo, la duda o incredulidad sobre la posibilidad de quedar embarazada corto plazo después de un parto permanece, las mujeres admiten que no creían que no podían embarazarse tan rápido y es por eso que solo tratan de informarse sobre la anticoncepción después de que han tenido el segundo o tercer hijo. Por ejemplo el caso de una mujer de 19 años que utilizaba un MAC natural y que acaba de tener su primer hijo.

> Yo no voy a usar ningún método porque mis tías dicen que hace daño, además mi tía con la que vivo, hace 5 años que no tiene hijo, dice que eso depende del hombre no mas; tengo mi otra tía también que hace unos 8 años que no tiene hijos y ellas no usan nada de esas cosas por eso Yo no voy a usar, depende de uno no más, mi mamá tiene

> 8 hijos, pero no voy a tener tantos (Entrevista 17. R.F. Fortaleza).

En casos como este, al varón se le atribuye el rol del responsable del embarazo, y la mujer es quien puede manejar la situación- según la lógica de las jovencitas-, pero los hechos y la experiencia de las mismas mujeres demuestran que no es así, e incluso lo embarazos continuos de las mujeres pueden ser considerado como garantía de fidelidad marital ante sus parejas varones. Esta posición de inclinación machista, empieza a ser reducida cuando las necesidades que surgen al tratar de adaptarse a una sociedad –distinta a la de su origen- son cada vez más difíciles de satisfacer y se hace necesario pensar en una familia con pocos miembros.

La afirmación y comentarios sobre los efectos colaterales de los MAC´s modernos, también causan la desconfianza de las pacientes, provocando el rechazo a la utilización de los mismos, como se puede ver en el gráfico 3 de la pág. 75, con el único caso que antes de su embarazo uso el DIU.

De los 14 casos de mujeres que nunca usaron MAC´s, son 9 las que si usaran algún MAC´s de preferencia moderno, las 5 restantes pertenecen indecisas en el momento de la entrevista porque aun no tienen conocimiento de los MAC´s. De5 casos que usaron MAC natural, 4 mujeres solicitaran algún método natural o moderno y una afirma que no usara ningún MAC.

El gráfico 3 muestra como la inclinación hacia el uso del MAC´s ha crecido y se debe a QUE LAS Mujeres están conociendo los medios de anticoncepción y ya no quieren tener muchos hijos lo cual también esta influenciando por su interrelación constante con el área urbana. Pero aunque la necesidad de usar los MAC´s, se vaya haciendo más frecuente, se basa en un conocimiento muy frágil y requiere de una orientación mayor que las mujeres estén consientes de usar MAC's.

Mujeres embarazadas, sus esposos y los métodos anticonceptivos

Generalmente son las mujeres las que informan a sus esposos sobre la existencia de métodos anticonceptivos, debido a que ellas frecuentan los centros de salud por los controles prenatales o por las vacunas de sus hijos, es durante estas visitas que ellas se informan.

> He escuchado en el centro de salud (Pucarita) hablar a unas señora de la T de cobre, píldora, inyecciones, una ligadura también dice que hacen, cuando he escuchado he pensado "yo también así me voy hacer curar" y después le he contado a mi esposo, el me ha dicho también que eso podemos hacer (Entrevista 6.C.L. Tamborada).

No faltan las mujeres que se muestran indiferentes al tema y que son solo sus maridos los que según ellas saben:

> Tres ya son mis wawas con este por eso hemos dicho que ya no vamos a tener más mi marido me ha dicho que no se qué cosa se hacen colocar para no tener, el me ha dicho que me va hacer curar (Entrevista 3.J.E. 1° de Mayo).

> Mi esposo dice que había escuchado que me puedo hacer curar, no sé que será, el nomas sabe (Entrevista 19.F.B. Bolívar).

> Cuando recién me estuve juntando con mi marido hemos dicho que dos wawas nomas vamos a tener y él me ha dicho que después de que este nazca aunque él me va hacer curar (Entrevista 12.L.E. Pucarita Chica).

Como se puede observar, las mujeres exponen una necesidad de información y conocimiento, sus inquietudes y curiosidades nos demuestran que existe un interés por conocer más con los aspectos relacionados a la salud reproductiva pero no como algo personal, si no compartido con su esposo, situación que al parecer le otorga mayor seguridad para solicitar dicha información y conocimiento. Por tanto, la asistencia a un centro de salud acompañado del esposo el importante sobre todo si el motivo es la planificación familiar, pero esta situación no se

observa en este centro de salud, al igual que en muchos otros, y las mujeres, por lo general van solas porque los esposos trabajan durante el día.

Problemas que identificas las mujeres embarazadas: económico, culturales y sociales

Muchos de los problemas se atribuyen al orden económico a dificultades y necesidades por la que atraviesan las familias numerosas o con muchos hijos:

> Creo que por estos lados tenemos artos hijos, yo por lo menos tengo para mantener, tengo mi casita, y siempre tengo para mí olla, pero otras ni siquiera tienen para hacer comer y siguen teniendo wawas (Entrevista 20.V.I. Bolívar).

> Aquí las mujeres tienen muchos hijos, como escalera tienen sus hijos y ni siquiera le cuidan bien y siguen nomas teniendo, al menos la qhochalas como no sufren en el parto, tal vez por eso tienen nomas artos hijos (Entrevista 17.R.F. Fortaleza).

> Una pena es cuando ya tienen sus wawas y otra vez están esperando familia porque mucho sufre para tener, el parto es grave (Entrevista 12.L.F. Pucarita Chica).

> No podía decir que problemas tienen las mujeres de esta zona, es que yo llego apurada a la casa y ese rato lavo la ropa y cocino, limpio todo, casi no tengo tiempo; yo veo las señoras hablando así charlando y quisiera ser como ellas, pero no tengo tiempo con lo que tengo que ir a vender así que no veo ni conozco a nadie (Entrevista 14. F.F. Fortaleza).

Son también considerados como problemas centrales la ausencia de orientación de las mujeres en lo referente la salud y que tiene que ver con temas con la planificación familiar.

Es también mencionada la agresión física que sufren algunas mujeres, así como las dificultades que tienen para asistir al CSP.

> Yo creo que la gente ignora mucho sobre la planificación familiar porque no hay quien oriente bien a la gente y por eso tienen muchos hijos, por ejemplo yo, que ya tengo 5 hijos porque no sé cómo funciona un método natural (Entrevista 2.C.V. 1°de Mayo).

> Algunas de por aquí son muy mal tratadas, les pegan sus maridos, eso es lo que más se ve, mujeres golpeadas y

> algunas también tienen muchos hijos (Entrevista 10. F.L. Pucarita Chica).

> Algunas mujeres no quieren ir al centro Pucarita porque parece que no confían o sus marido son los que no confían y no les dejan venir, por eso van a otros centros de la ciudad (Entrevista 1.E.I. 1° de Mayo).

> Hay hartas mujeres que no van a l centro de salud porque prefieren tener en su casa, están acostumbradas a tener así nomas aquí en 1° de Mayo hay hartas mujeres que así nomas tienen (Entrevista 1.E.I. 1° de Mayo).

Los problemas identificados se basan en observaciones percibidas por las mismas mujeres en su vida cotidiana y se trata de problemas vividos por personales cercanos a ellos como sus vecinos, amistades o familiares.

¿Qué expectativas de información tienen las mujeres embarazadas?

Saber sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos o como “hacerse curar”, es igualmente entendible, las expectativas de información están enfocadas a este tema.

> Bien seria que nos digan a donde podemos ir para que nos curen (Entrevista 7.R.O. Tamborada).

> Me gustaría que me explique bien sobre la planificación familiar (…) sería bueno que informen sobre planificación familiar en los barrios, en todas las zonas, a través de los dirigentes y de las diferentes iglesias, y sería bueno que llamen y reúnan a grupos de mugres para dar charlas, cursillos sobre estos temas (Entrevista 2.C.V. 1° de Mayo).

> Quisiera que me expliquen como tenemos que cuidarnos para no tener más hijos, cuando vamos al centro sería bueno que nos explique el doctos o las enfermera (Entrevista 9.F.M. Pucarita Chica).

> Me gustaría informarme sobre la T de cobre y otros métodos porque solo queremos tener a este bebe (Entrevista 13.S.F. Fortaleza).

> Dice que la T de cobre hace mal, porque será que hace mal y como es esa ligadura también quisiera saber, será verdad que nos tienen que cortar (Entrevista 15.D.O. Fortaleza).

La sugerencia nace en muchos casos con cierto tono de timidez y es claro que las pacientes que asisten a cónsula no abordan estos temas por temor o vergüenza y

esperan recibir información directamente del personal médico, lo cual no es siempre posible si la persona beneficiaria que requiera el servicio no lo solicita.

La planificación familiar está contemplada dentro del SUMI, pero es necesario que los pacientes interesados soliciten dichos servicios para evitar susceptibilidades consideradas como presiones por parte del personal de salud es decir que por tratarse de una elección libre y voluntaria, la iniciativa de ve nacer de la pareja. Nos encontramos con las demandas de dos actores, el uno por brindar servicio y el otro por recibirlo y ambos esperan o necesitan contar con la iniciativa del otro. La dificultad está en la escasa información general y específica sobre la manera de accedes a este servicio y en el iniciativa de las mujeres y sus esposos para solicitar dicha atención.

En otros casos entrevistados, se resalta la importancia de los cuidados que debe tener la mujer durante el embarazo y después del parto y los cuidados y alimentación que debe recibir el bebe.

> Cuando tenga mi bebe quisiera que me indiquen como tengo que cuidarle para que no se enferme y también cuando tengo que llevar a sus vacunas. (Entrevista 8. R.E. Tamborada).

> Que nos digan de los análisis que nos tenemos que hacer cuando estamos esperando familia para que después nuestras wawas no se enfermen como de mi se ha enfermado (Entrevista 3. J.E. 1° de Mayo).

Las inquietudes de información sobre salud reproductiva y planificación familiar, implican términos y actitudes nuevas; pero cuando las mujeres quieren aprender a cuidar a sus hijos, a saber cómo alimentarlos o cuando llevarlos al médico, no siempre es porque los desconocen, también porque están buscando respuestas que vengan del ámbito urbano, es decir que esta població9n, socialmente ubicada en la intersección de lados sociedades culturalmente diferentes, está en un momento de transición de un primera cuyas particularidades a través del tiempo se van perdiendo y desconociendo, hacia una segunda que ofrece desarrollo y progreso. Esta inclinación a la segunda es evidente y por tanto a la necesidad de adaptarse implica empezar y querer informarse sobre actitudes propias de la misma.

La necesidad de conocer temas generales como la importancia de ciertos alimentos, la alimentación de toda la familia en especial de los niños; la orientación sobre el aseo y la limpieza es también solicitada con el argumento de que la pobreza no debe traducirse en suciedad.

Estas expectativas se convierten en sugerencias de cada una de las informantes y demuestra sus propias necesidades de formación que buscan ser satisfechas con la participación de los prestadores de servicios de salud, quienes resultan ser los actores creíbles en el proceso de atención.

Percepciones y prácticas de Medicina Tradicional de mujeres embarazadas

De 80 entrevista realizadas solo 7 usuarias ha consultado con medicina tradicional por alguna enfermedad que tuvieron a lo largo de su vida, el resto de las usuarias no visitaron por que algunas no creen mucho en médicos tradicionales, otras dicen que no han tenido todavía la oportunidad de ir, otro porcentaje dicen que me pueden engañar o pueden cobrar mucho.

9.- CONCLUSIONES

Luego de realizado el estudio propuesto y contenidos los resultados, hemos podido responder las preguntas e hipótesis planteadas.

- La mayoría de las entrevistadas (85%) son emigrantes de provincias del departamento de Cochabamba y de áreas rurales de los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí. Los migrantes se concéntranos los asentamientos urbanos (1° de Mayo, Fortaleza y Bolívar) y se caracterizan por sus

actividades inclinadas hacia el comercio informal y servicios. Los entrevistados que nacieron en la zona Pucarita (15 %) se identifican con las actividades agrícola y pecuaria.

- Las mujeres embarazadas entre 20 y 24 años esperan el segundo o tercer hijo; las mujeres de 25 a 34 años tienen 5 a 8 embarazos; estos datos hacen dar cuenta de que la mayoría de la mujeres tuvieron su primer hijo durante la adolescencia –al igual que las adolescentes que también han sido entrevistadas- y que el embarazo en adolescentes es muy frecuente en esta zona.
- La mayoría de las mujeres son bilingües, algunas hablan el español entremezclado con el quechua que es su lengua materna y también encontramos mujeres que solo hablan el quechua. El nivel de instrucción alcanza a los primeros años de primaria de los que no ha resultado un aprendizaje óptimo de lectura y escritura.
- La religión que predomina es la católica y junto a ella se practican veneraciones a la pachamama.
- El concubinato es frecuente sobre todo en mujeres menores de 24 años y hallamos su explicación cultural como un proceso por el que pasan las parejas antes de llegar al matrimonio por el que tiene que pasar un tiempo determinado.

- Pocas mujeres realizan un trabajo remunerado algunas se dedican a cuidar animales de corral de los que se benefician en el consumo o en su venta pero ellas no lo consideran como uno ocupación laboral.
- Las mujeres embarazadas entrevistadas desconocen los derechos sexuales y reproductivos. Al desconocer estos derecho y políticas de salud que surgen en busca de mejorar las condiciones de salud de la mujeres, ellas están situadas en un contexto de baja autoestima en la que se sienten ignorada o discriminadas y sin la capacidad de elegir las condiciones de embarazo y parto que desean, así como decir la atención que requieren en todo los que se refiere a su salud reproductiva.
- Las mujeres entrevistadas que proceden de aéreas rurales, conservan ciertas características de su cultura y costumbre relacionadas al embarazo y al parto, por tanto encontramos razones culturalmente subjetivas en relación al embarazo y al parto institucionalizado como ser la desconfianza, el temor, el desconocimiento, la duda. Las mujeres que tienen experiencia de parto domiciliario, destaca la tranquilidad y calidades que brinda el hogar y la familia durante el parto así como el destino de la placenta y los cuidados que debe tener la mujer después del parto. Estos aspectos se confrontan con la realidad de una fría sala de partos, la participación de personas ajenas a la familia el futuro incierto de la placenta y el temor de permanecer en el hospital.

- Respecto de la atención y al trato que brinda el personal de salud del Centro de Salud Pucarita, la mayoría de las mujeres muestran una actitud conformista ante inconvenientes como el tiempo de espera falta de tiempo del personal o el trato mismo que brinda el personal. Un aspecto que influye en este sentido de conformismo, tiene que ver con la atención si costo para la paciente, en este sentido la paciente al no retribuir económicamente la atención que recibe, no se siente con la capacidad de preguntar, exigir, u opinar y tampoco se le da la oportunidad ni se le induce a expresarse. Existen también casos de mujeres embarazadas que no asisten al centro de salud porque le atribuyen una mala calidad de atención debido a que es gratuito para la paciente, en estos casos las mujeres prefieren ir a centros de salud privados de costos relativamente bajos, pero tienen la esperanza de recibir mejor trato y atención a cambio de la cancelación por los servicios solicitados.
- La orientación y capacitación que brinda el personal de salud a las mujeres embarazadas tropieza con problemas de disponibilidad de tiempo, pero sobre todo existen barreras idiomáticas debido al bajo nivel de asimilación o al lenguaje utilizado que imposibilita una adecuada comprensión e interrelación.
- Lo mismo ocurre con la campañas de IEC (Información, Educación, Comunicación) que se emiten a través de los medios de comunicación (audiovisual como la radio y televisión, o escrito como afiches, boletines informativos, periódicos) que no tienen resultados adecuados por tratarse de

mensajes medicalizados, no tienen un lenguaje claro y sencillo para este tipo de población.

- La planificación familiar no es muy comprendida conceptualmente, pero las mujeres entrevistadas comentan que ellas juntos a sus pareja tratan de practicarlas para no extender mas su familia y la razón principal es atribuida a la difícil situación económica; en muchos casos es el varón que tiene mas conocimientos o la iniciativa para informarse y practicar la planificación familiar, para ello existen las necesidades de información y conocimiento, pero mucho no acceden a dicha información debido a factores de tiempo, desconocimiento, duda o temor. Aun así, se ha podido evidenciar que las mujeres embarazadas y madre de neo natos que forman parte del estudio, tienen una actitud positiva hacia el uso de métodos anticonceptivos al culminar su embarazo.
- Los problemas que exaltan las mujeres de esta zona están relacionados precisamente al gran numero de hijo que tienen muchas de ellas y michas otras, en consideración con los bajos ingresos económico que perciben. Otro problema que también se destaca tiene que ver con la desconfianza de muchas mujeres respecto a la atención que brindan los centros de salud y cuya razón prefieren tener un parto domiciliario, lo que puede desembocar en complicaciones del parto, e incluso la muerte como en algunos casos conocidos por ellas.

- La gente requiere que el centro de salud Pucarita satisfaga sus necesidades; dentro de las necesidades planteadas por las mujeres de la zona, se destaca la de recibir orientación sobre la planificación familiar y anticoncepción. Las mujeres consideran que ante la ausencia de esta orientación, se incrementan los embarazos en adolecentes, aumenta el número de hijos por cada mujer, aumentan los riesgos de salud de las mujeres y los bajos ingresos económicos no permiten satisfacer las necesidades de las familias.

10.- RECOMENDACIONES

Logramos nuestros objetivos podemos plantear ciertos aspectos que nos parecen importantes a tratar en la aplicación de políticas de salud, para mejorar la accesibilidad cultural, idiomática y económica.

- Fortalecer la **educación en salud**, por un lado están las practicas que tiene implicaciones en la educación para la salud, es decir aquellas practicas tradicionales que representan un riesgo de mortalidad y morbilidad materno infantil, por lo tanto es preciso fortalecer las practicas comunitarias para conservar los puntos fuertes y disminuir los puntos débiles, extendiendo en la comunidad practicas beneficiosas del sistema formal de salud, mediante practicas caseras que promuevan y apoyen la salud en la vida cotidiana, de

manera de mejorar la demanda, especialmente en el control prenatal y la maternidad.

- Las estrategias para **modificar las prácticas caseras** tiene que ser planificadas e implementadas con pleno conocimiento de los arraigos culturales, sociales y económicos.
- Modificaciones en el **servicio formal de salud,** la investigación ha identificado numerosas barreras culturales y sociales sobre la utilización del servicio. Los choques de tipo cultural se relacionan con la etnofisiologia; los choques de tipo social se refieren al maltrato que muchas mujeres perciben en la atención formal; por lo tanto es importante realizar practicas en la atención en salud menos anti éticas a la cultura, tradición e idioma, consistentes en: brindar información y orientación adecuadas a las mujeres embarazadas en el control prenatal, cambios estructurales, sensibilización del personal de salud y cambio de actitud que determine que el personal de salud pueda involucrarse en la vida y actividades cotidianas de la comunidad, de otro modo no se lograra construir relaciones de confianza.
- **Interacción de practicas y conocimientos** de la medicina tradicional y la medicina moderna llevando a la integración por etapas, cuidando la intervención y actitud de la comunidad como del personal de salud, esta integración debe resultar beneficiosa, es decir que no haya sometimiento de

uno ante otro y que más bien ambos se adecuen al contexto en que se desarrollan, logrando así la adecuación intercultural.

- El Centro de Salud Pucarita (tanto infraestructura como la atención misma) debe responder a las necesidades que la población requiere, pero, considerando aspectos culturales y socio demográficos como el origen, instrucción, el lenguaje utilizado, tradiciones, costumbres y cultura en general de los directos beneficiarios, por ejemplo proporcionar a la parturienta un importante apoyo emocional, esta innovación podría facilitar **la incorporación de otras practicas** tales como la devolución de la placenta a su pareja y/o la administración de dietas y mates acordes con las costumbres tradicionales.
- **Promover que los usuarios/usuarias expresen todas sus inquietudes** con el propósito de evitar que los pacientes no vuelvan al servicio, aceptando que el enfoque del binomio madre niño, es solo una parte substancial de la atención ya que es importante dar una atención integral de familia, considerando las funciones de cada uno de sus miembros.
- **Informar sobre los procedimientos que se realizan,** por ejemplo en los controles de embarazo y el parto mismos que deben considerar la situación de la mujer embarazada como persona con derechos y obligaciones enmarcados en una atención adecuada, digna y humanizada, con respeto y poder de decisión sobre su cuerpo en el momento del parto, otorgando a la mujer la capacidad de recibir la mayor y mas cómoda forma de dar a luz (en cuanto a

la posición en la atención del parto). La información proporcionada debe estar desarrollada con la finalidad de ser entendida y comprendida por lo que debe ser clara y especifica para el grupo de personas que lo reciba (Ej. considerando la capacidad de lectura si la información es impresa).

- El personal de salud debe estar dispuesto a brindar sus servicios a la población sin distinción de su procedencia, y la prestación de servicios en salud debe ir acompañada de calidad y calidez en la atención, para lograr efectividad.
- En vista de que la población la esta solicitando, trabajar por una capacitación comunitaria sobre salud reproductiva con el objeto especifico de brindar a la población la capacidad de comprensión, conocimiento y decisión sobre planificación familiar; por el objetivo de viabilizar el acceso a la planificación familiar sin que tenga carácter de imposición y para que se pueda acudir al solicitarlo si ningún temor. Además el personal de salud debe hacer el trabajo comunitario, adecuándose a los horarios de la gente y a su leguaje.
- Respecto al embarazo en adolecentes es importante profundizar estudios relaciones a aspectos culturales, información, conocimiento. La salud sexual y reproductiva constituye un tema tabú para los padres y la comunidad; sin embargo, la adolescencia al ser un proceso de transición requiere de mas orientación, pero actualmente se da mayor importancia a la información para las mujeres y no así para los hombre; además, no hay acceso libre a los

métodos anticonceptivos, aunque se tenga conocimiento sobre ellos, por tratarse de un tema tabú.

- Investigar sobre las costumbres tradicionales relacionadas al embarazo porque aun en la actualidad se practica, muchas veces las razones son desconocidas, tampoco se conservan la totalidad de sus características y se van perdiendo con el transcurrir del tiempo. Al tener conocimiento de esta información la población en general entenderá ciertas actitudes y al brindar esta orientación a la población que mantiene ciertas costumbre que estaría reafirmado su cultura, ayudando a que conozcan el origen y el porque de sus practicas para comprenderlas y no perder su esencia porque forman parte de sus saberes locales.
- Respecto a las políticas de salud no es suficiente reglamentarlas y lanzarla, luego de reglamentar una ley, tendría que haber capacitación sobre la misma para operativizarla y recién ejecutarla (entregar recursos y prever todo lo necesario para que se cumpla), luego de todo ello, recién lanzar la propaganda y publicidad, se debe tomar conciencia y trabajar para que los programas de salud no se politicen porque la politización lleva al incumplimiento y a la contradicción.
- Las redes sociales como ONG´s y servicios públicos, no tienen coordinación de sus actividades y desconocen otros programas en este sentido se debería mejorar la información y socializarla en todos los centro de salud considerando

los alcances de la tecnología no se cuenta con una red informática entre los centros de salud, dicha red facilitaría el acceso a los centro de salud considerando la movilidad de las personas y dándole la seguridad de acceder realmente, al centro de salud mas cercano.

- Las ONG´s, si bien tienen programas y proyectos, no centralizan las actividades ni las socializan con el resto de las instrucciones. Las ONG´s no muestran los problemas que surgen en sus actividades solo los grandes logros exagerados que no demuestran la relación costo-beneficio real ni los resultados esperados.
- Relacionar las organizaciones de la comunidad en salud y educación, con organismos sociales e institutos que prestan servicios, para elaborar y planificar programas, proyectos y actividades sobre la educación en salud sexual y reproductiva, para incluirlos en la currícula formal, para que los niños sean los mejores transmisores en el hogar, con pleno conocimientos de las autoridades y sus familias. Además se pueden elaborar cuadernos de educación formal donde se incluyan estos temas. Las ONG´s pueden desarrollar un papel importante al crear material específico sobre salud sexual y reproductiva, tomando en cuenta todos los aspectos importantes para que estos sean realmente efectivos.

11.- BIBLIOGRAFIA

[i] SUBPROGRAMA DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, “Estrategia para la Transversalización del enfoque de Género”, La Paz Bolivia, 2000.

[ii] MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, “Política Nacional de Salud” Serie Documentos de Políticas, Bolivia – Noviembre 2004: 10

[iii] RIVERO MARQUEZ, P. Williams. “Percepciones Sociales y Culturales Sobre la Salud Sexual y Reproductiva entre la familias del Municipio de Yapacaní” en J&G, Nro. 18, La Paz Bolivia, 1998:13.

[iv] MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES , “Salud y Equidad de Género: documento de Trabajo, Plan Nacional 2004 – 2007, La Paz Bolivia 2003:30

[v] TIKER Anne, “Mujer Salud y Desarrollo”, en Health Care on Woman and Children in Developing Countries, 2da. Oklahoma, USA, 1995:83.

[vi] MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, Salud y equidad de género, Plan Nacional 2004 – 2007” La Paz , Bolivia 2003:31-32

[vii] Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Mex. 2002; 44:349-361. Citado en Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes y Guyatt GH, Fenny HD, Patrick DL. Measuring health-related quality of life.

[viii] Nelson EC, Beriwick DM. The measurement of health status in clinical practice. Med Care 1989:77- 90.

[ix] Tamayo C, Carlos, “Violencia Intrafamiliar Potosí y Sucre” IINSAD, La Paz Bolivia, 2008, pp. 24

[x] ISIS –INTERNACIONAL, “Salud: Los riesgos de la Violencia de Género” Isis@reuna,cl. 1999

[xi] Crespo T, Germán "Determinantes Sociales y Salud Familiar y Comunitaria", presentación en el Seminario de Medicina Familiar y Comunitaria, Cochabamba Bolivia, 2006.

[xii] 1998. *Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States*. Morbidity and Mortality Weekly Report 47 (RR-3): 1-29

[xiii] Instituto Nacional de Estadística (INE) [Bolivia] y ORC Macro. 2004. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003*. Miraflores, Bolivia: INE y ORC Macro.

[xiv] 1998. *Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States*. Morbidity and Mortality Weekly Report 47 (RR-3): 1-29

[xv] Instituto de Nacional de Estadística, ENDSA 1998, La Paz Bolivia, 2000.

[xvi] PNUD, www.pund.bo/bolivia.

[xvii] http://www.econoticiasbolivia.com/documentos /generoymedioambiente/ saludymujer .htm

[xviii] http://www.familycareintl.org/esp/trabajo/smbolivia.htm

[xix] Ministerio de Salud y Deportes, reportes para el Plan Andino para la prevención del embarazo en adolescentes, díptico, Cochabamba, 2010.

ANEXOS

ANEXO 1 Guía de entrevista.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO INTERCULTURALIDAD Y SALUD
TALLER DE INVESTIGACION INDIVIDUAL

GUIA DE ENTREVISTA

(Para mujeres embarazadas y madres de neonatos)

Consentimiento informado
Está usted de acuerdo a colaborar en esta entrevista Si No
Si no acepta deseche la entrevista y busque otra mujer para entrevistar.

NOMBRE DE LA ENTREVISTADA……. Código: _____
BARRIO EN QUE SE REALIZA LA ENTREVISTA……..

I.- CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1.- Lugar de nacimiento…….
2.- Edad……..
3.-Tiempo que vive en la zona……
5.- ¿cuantos hijos vivos ha tenido? **……..**
4.- ¿cuantas veces ha estado embarazada?.....
6.- ¿Cuántos hijos tiene ahora?.....

Trabaja usted……
Donde trabaja…… que hace_____
Tiene su esposo/pareja si no
Vive con el actualmente,
Se ha enfermado antes si no
De que se ha enfermado _____
Quien le ha atendido_____
Le ha atendido antes un medico tradicional si no
Porque que no……
Que le ha dado
Ha solucionado su problema:
Si no como ……
Cuantas veces ha solucionado su problema…….
Le ha cobrado si/no le parece que es
Caro barato gratis

II.- ASPECTOS SOCIOCULTURALES

7.- ¿Cuál el ultimo curso aprobado por usted?.....

8.- ¿Cuál es su estado civil actual?.....

9.- ¿Qué idiomas habla?.....

10.- ¿Qué religión practica?.....

11.- ¿realiza algún tipo de trabajo?.....

Conoce usted una medico tradicional, Jampiri, Callahuaya, curandero

Sabe que hace el

Jampiri…….

Callahuaya……

Curandero……

Partera tradicional……..

Promotor de Salud /Agentes Comunitarios…….

La conoce usted……,

Es su amistad…….

Es su vecina ……..

Como atiende……..

Donde atiende……

Puede contarme alguna situación en especial (utensilios que usa, xxxxx

Quien le ha atendido en su último embarazo/parto……

A realizado control pre-natal ……..

Con quien…….

Donde……

Cuantas veces…….

III.- SOBRE SUS DERECHOS

12.- Conoce los derechos delas mujeres embarazadas?.....

13.- ¿Como se informo?.....

14.- ¿Dónde se informo sobre sus derechos?.....

15.- en el servicio de salud……

16.- ¿Al que asiste le dieron alguna información sobre sus derechos?.....

17.- ¿Quién le brindo la información?.....

IV. PERSEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE SALUD

18.- ¿Asiste o asistió a los controles prenatales?.....

Que le parece el control prenatal……

Para que sirve el control prenatal ……..

19.- ¿Dónde le atienden sus controles prenatales?.....

20.- ¿Cómo es la atención que le brindan?

_____- porque le parece que es bien/mal _____

Quien le hace el control :
Medico…….
Enfermera…….
Auxiliar de enfermería ……..

Esta persona habla quechua/aymará

Cuando usted consulta prefiere que le hablen en
Quechua……
Aymará……..
Castellano……..

21.- le explican sobre los cuidados que debe tener durante el embarazo (alimentación y otros)…….
Me puede contar alguna situación/problema/ anécdota/ ……
Qué hace usted cuando se complica una situación de salud……..
Usted cobra el bono Azurduy
Si no
Si es Si/no por que……..

22.- ¿Cuales son las ventajas que usted encuentra en el servicio de salud?

23.- ¿Cuáles son las desventajas que usted encuentra en el servicio de salud?

24.- donde le atendieron sus anteriores partos? (si no es el primer embarazo)

25.- donde le atenderán el presente embarazo? (mujeres que aun están embarazadas)

26.- ¿sabe cada que tiempo debe llevar a su bebe al medico?

27.- ¿sabe como es cuando su bebe esta sano?

28.- ¿sabe cuando esta enfermo?

29.- ¿usted conoce a las mujeres embarazadas que no asisten al Servicio de Salud?

30.- ¿sabe usted por que no van?

V. REGULACION DE LA FERTILIDAD O PLANIFICACION FAMILIAR
31.- ¿sabe sobre planificación familiar?

32.- ¿Dónde y como se informo?

33.- ¿sabe sobre métodos anticonceptivos?

34.- ¿Ha utilizado alguna vez algún MAC?

35.- ¿Después de su parto ha utilizado algún MAC?

36.- ¿Habla con su esposo sobre MAC?

37.- ¿el que piensa al respecto?

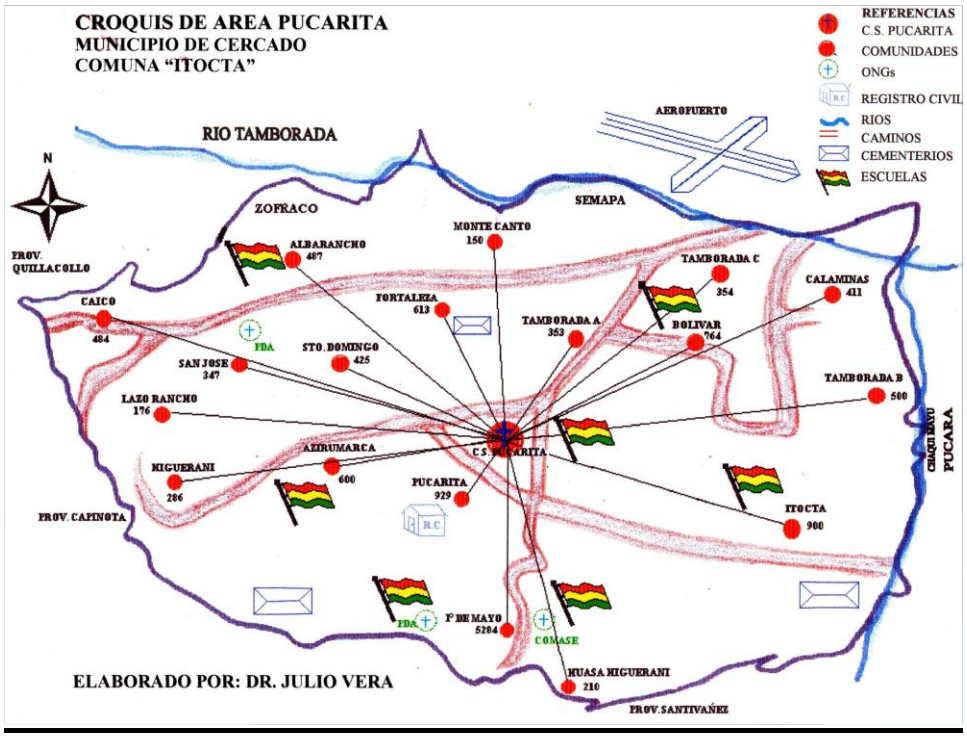
VI. PREGUNTAS DE OPINION
38 según usted cual es el principal problemas que tiene las mujeres de esta zona.

39.- que información le gustaría recibir en el servicio de salud cuando asiste a sus controles prenatales y posnatales.

ANEXO 2 Croquis Comuna Itocta

ANEXO 3

Croquis de área Pucarita



ANEXO 4

Plan de Intervención

Descripción del problema

En Pucarita, el aborto se constituye en la primera causa de enfermedad, consecuentemente, un factor importante para la mortalidad materna seguida de enfermedades infectocontagiosas enfermedades respiratorias, chagas y diarrea. Junto a las condiciones de precariedad de su entorno inmediato, llama la atención la presencia de anemia pese al programa de protección a las mujeres en edad fértil para prevenir la anemia. Este problema se constituye en factor de riesgo y al mismo tiempo una consecuencia para problemas de salud vinculados al proceso de embarazo, calidad de atención a la nutrición del producto del embarazo. La diabetes no es menos grave y progresivamente impide una vida con la calidad esperada, consecuentemente con pocas posibilidades de vivir bien.

Este perfil patológico develado en nuestro estudio permite asumir que las condiciones de vida vinculados a los estilos de vida, la precariedad del medio ambiente, causan efectos inminentes en la salud de la población, precisando servicios de salud con mejor capacidad de resolución de los problemas, monitoreo y una vigilancia epidemiológica más efectiva.

14 de cada 100 mujeres adolescentes abortan antes de cumplir los 18 años y 29 de cada 100 antes de los 21 años, sumado los dos grupos de edad 43 de cada 100 mujeres sufren el gran riesgo de abortar, este dato da muestra de la población que asiste al centro de salud. Asumimos además que existe un alto nivel de sub información, especialmente por la cantidad de abortos que se producen sin control alguno, incluso de sus propios progenitores. Estos datos son consistentes comparado con el porcentaje de embarazos que se producen, en Cochabamba donde un 48% de las adolescentes ya están embarazadas, en Quillacollo una comunidad vecina a Pucarita 58%[i] En comunidades donde la transición cultural[1] como es el caso de Pucarita, un programa basado en la cultura ancestral deja un

[1] Tamayo C. Carlos, entendido como una población que comparte costumbres ancestrales y se está reproduciendo de generación a generación, que está atravesada por formas y costumbres aprendidas del "modernismo" dejando un comportamiento estereotipado.

nivel de insatisfacción importante, la población exige atención basada en tecnología de “punta”, “modernidad” en la infraestructura y en muchos casos asume las costumbres ancestrales como sinónimo de “atraso”.

El embarazo y el aborto se registra con mucha mayor frecuencia en poblaciones marginales, con un bajo nivel de concienciación respecto al problema, un programa educativo que no incide en aspectos cotidianos de las mujeres que asisten a los establecimientos de educación y salud, de esta manera se refuerza las condiciones de inequidad social presente en nuestro país.

Del total de la población encuestada que busco atención en salud solo el 14% busco atención en la medicina tradicional mientras que el 86% de la población que busco atención medica no lo hizo con un medico tradicional u otra alternativa al sistema convencional de atención en salud. Del total de esta población que no visitó la medicina tradicional el 40% de la población no cree en ella y 60% no conoce a un medico tradicional ni una partera local. De la población que ha visitado un medico tradicional el 83% no recibió ningún tipo de tratamiento físico, de acuerdo a la declaración de las mujeres los médicos tradicionales solo se concentraron a rituales, conversaciones que al parecer no satisfizo ni resolvió su problema. Esta circunstancia muestra un deficiente comprensión de la medicina holística, asume la población que la curación solo está basada en “medicamentos”, aspecto que cada día se está posicionado en el inconsciente colectivo de la población. Del total de la población que buscó atención en la medicina tradicional ha declarado que 46% si ha solucionado su problema de salud, mientras que el 54% no siente o percibe una solución efectiva después de ser atendida por un médico tradicional. El 91% declara haber pagado por la consulta, de este total, 70% le pareció barato el costo total de la consulta. Llama la atención que la población que habla solamente el castellano no busca atención de un medico tradicional, mientras que los hablan solamente el quechua el 50% de los mismos buscan atención de la medicina tradicional. En la medida que se incorpora el castellano u otro idioma se pierde la búsqueda de un medico

tradicional, y la población cuyo idioma original es el quechua asume que la atención del médico tradicional es buena en un 85% y regular el 15%, y en un 77% es atendido a domicilio, esta práctica conlleva una ventaja importante, especialmente si esta vinculado a problemas de la vida sexual y reproductiva. Busca la atención prenatal por un medico convencional en 77% mientras que con enfermera el 2,5% y 1% con una partera. Llama la atención que el 24% de la población no ha realizado control pre natal en los últimos 5 años, es una señal que el Seguro Universal Materno Infantil –SUMI- ni los incentivos a través de los seguros han logrado posicionar en la población las ventajas del control pre natal, las consecuencias de un embarazo no controlado ni los efectos potenciales que conlleva al producto del embarazo. Afortunadamente el 83% de la población que realiza control pe natal cumple la norma de al menos 3 controles en todo el periodo de embarazo.

Beneficiarios directos

2.600 Mujeres en Edad fértil (50% de la población en edad fértil asignada por el SEDES al servicio)

Beneficiarios Indirectos

1.500 mujeres en edad fértil del entorno familiar y los niños recientes y futuros del total de beneficiarias.

Objetivos

General

Contribuir a reducir la mortalidad materna en la comunidad de Pucarita, Cochabamba durante la gestión 2011, hasta un 5%, medido por la razón de Mortalidad Materna.

Especifico

Reducir el número de abortos que se produce en la familia considerando las prácticas ancestrales de la medicina tradicional, en un 20% en relación al año 2010.

Resultados

R.1. Se ha logrado atender con control prenatal a las mujeres adolescentes que están embarazadas.

R.2. Se ha logrado identificar y aplicar prácticas saludables ancestrales para el cuidado del embarazo

R.3. Se ha incorporado en el centro de salud Pucarita atención diferenciada para adolescentes embarazadas

Actividades

Para R.1. Se ha logrado atender con control prenatal a las mujeres adolescentes que están embarazadas.

A1.1.- Levantar una línea de base de la prevalencia de ABORTO, conocimientos, formas de atender a su situación

A1.2.- Elaborar cartillas de sensibilización sobre derechos humanos y sexuales de las mujeres y los adolescentes en el marco de la interculturalidad

A1.3.- Capacitar a mujeres líderes o matronas locales de la comunidad en atención integral y oportuna a las victimas

A1.4.- Capacitación en escuelas del Distrito en formas de prevención y detección Temprana de la ABORTO y doméstica

A1.5.- Capacitar a padres de familia sobre las formas de ABORTO y su formas de prevención

A.1.6. Curso de Formación y Capacitación sobre Normas y procedimientos para la atención de la ABORTO a los Servicios de Salud del Distrito

A.1.7 Capacitación comunitaria sobre los Derechos de las mujeres, el abuso del poder y dominio afectivo identificando comportamientos que se relacionan con el ABORTO

Para R.2. Se ha logrado identificar y aplicar prácticas saludables ancestrales para el cuidado del embarazo

A.2.1.- Reuniones de coordinación de actividades y firma de convenios con el Servicio Departamental de Salud “SEDES”

A.2.2. Seguimiento de casos de ABORTO que llegan a los Centros de Salud del Distrito

A.2.3 Reuniones de trabajo semanal de las organizaciones participantes en la Red para evaluar actividades

Para R.3. Se ha incorporado en el centro de salud Pucarita atención diferenciada para adolescentes embarazadas

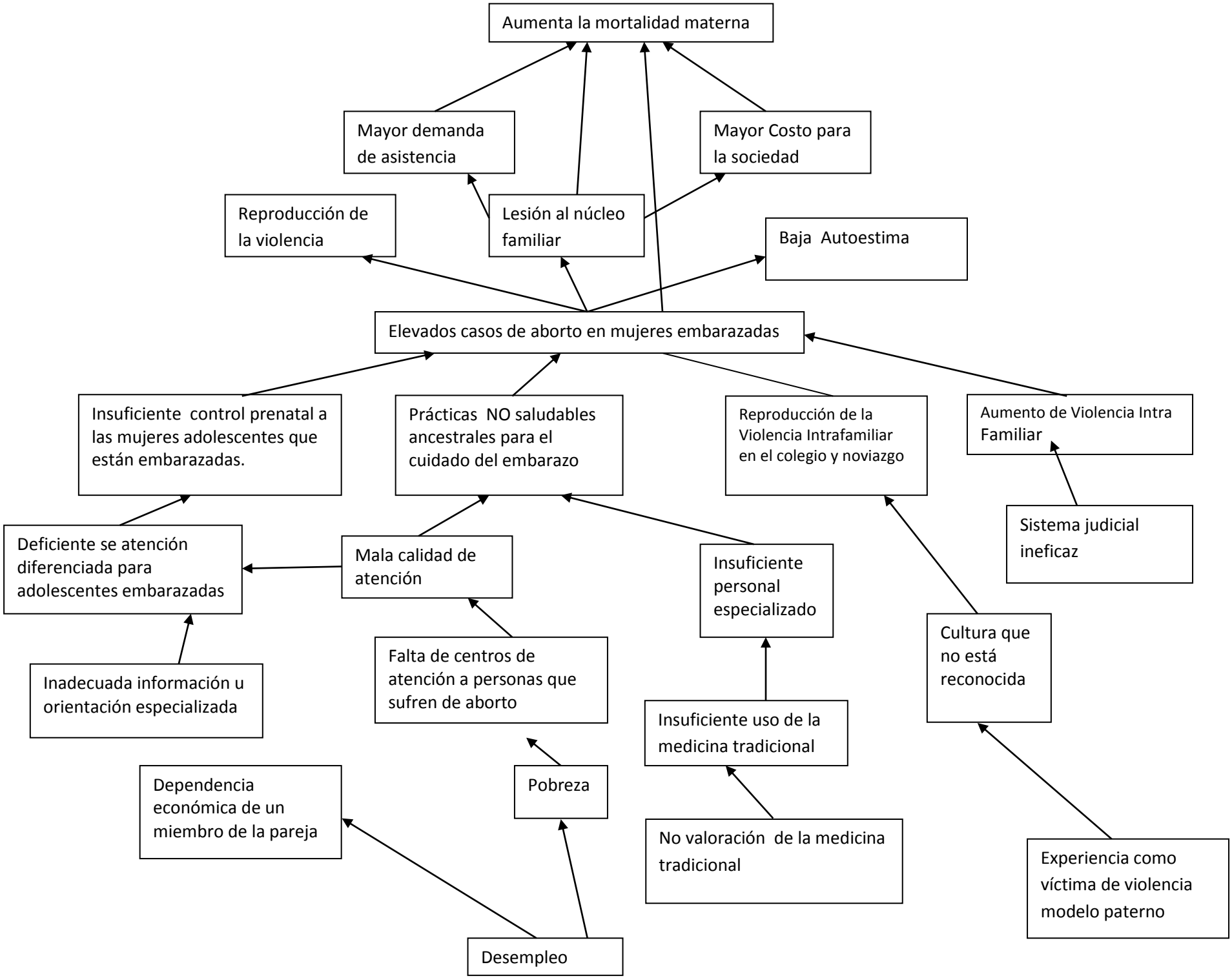
A.3.1. Adecuar el centro de salud con un matriz intercultural para adolescentes embarazadas

A.3.2 Equipar el Centro salud para albergar a víctimas de ABORTO

A.3.3. Equipar los consultorios de atención integral, medico, jurídico, social y psicológico con participación de médicos tradicionales

Árbol de Problemas

Adjunto


Aumenta la mortalidad materna
Mayor demanda de asistencia
Mayor Costo para la sociedad
Reproducción de la violencia
Lesión al núcleo familiar
Baja Autoestima
Elevados casos de aborto en mujeres embarazadas
Insuficiente control prenatal a las mujeres adolescentes que están embarazadas.
Prácticas NO saludables ancestrales para el cuidado del embarazo
Reproducción de la Violencia Intrafamiliar en el colegio y noviazgo
Aumento de Violencia Intra Familiar
Sistema judicial ineficaz
Deficiente se atención diferenciada para adolescentes embarazadas
Mala calidad de atención
Insuficiente personal especializado
Cultura que no está reconocida
Inadecuada información u orientación especializada
Falta de centros de atención a personas que sufren de aborto
Insuficiente uso de la medicina tradicional
Dependencia económica de un miembro de la pareja
Pobreza
No valoración de la medicina tradicional
Experiencia como víctima de violencia modelo paterno
Desempleo

Matriz Lógica

Resumen descriptivo	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de verificación	Hipótesis
OBJETIVO GENERAL Contribuir a la reducción de los altos índices de mortalidad materna como expresión del ejerció del derecho a vivir bien	Al finalizar el proyecto se evitado hasta un 5% de la Mortalidad materna medido por la razón de mortalidad materna	Informes del SNIS Informes y registros de atención	
OBJETIVO ESPECIFICO Reducir el número de abortos que se produce en la familia considerando las prácticas ancestrales de la medicina tradicional.	Al finalizar el proyecto se reduce en 20 % de abortos en relación a dato 2010	Reportes de denuncia del centro de salud y el SNIS Registros de atención en el centro de SALUD	. La política pública sigue fortaleciendo iniciativas para la atención articulada a la medicina tradicional
RESULTADOS R.1. Se ha logrado atender con control prenatal a las mujeres adolescentes que están embarazadas. R.2. Se ha logrado identificar y aplicar prácticas saludables ancestrales para el cuidado del embarazo R.3. Se ha incorporado en el centro de salud Pucarita atención diferenciada para adolescentes embarazadas	15% de la población beneficiaria ha recibido orientación para el ejerció de sus derechos civiles y sociales Se ha producido y difundido tres cuñas radiales y difundida por medios de comunicación durante 12 meses de vida útil del proyecto. Se ha elaborado material educativo para distribución masiva y entregada al 20% de la población beneficiaria. Se ha realizado 20 talleres locales para la difusión de los derechos sociales Se proporciona atención al 30% de la población con opción a medicina tradicional 100% de los casos atendidos. 24 horas de atención integral funciona en al menos 2 especialidades, medico convencional y medico tradicional	Lista de participantes Testimonios escritos Fotografías CD grabados Facturas de pago Informes del monitoreo de difusión de la radio Trípticos Dípticos Lista de entrega a grupos Lista de participantes Modulo de contenidos Fotografías Registro de Mujeres que buscan atención Resultados de encuestas mediante un buzón de satisfacción	La comunidad organizada reclama sus derechos a las autoridades locales para la atención integral de su salud.

ACTIVIDADES Para R.1. Se ha logrado atender con control prenatal a las mujeres adolescentes que están embarazadas. A1.1.- Levantar una línea de base de la prevalencia de ABORTO, conocimientos, formas de atender a su situación A1.2.- Elaborar cartillas de sensibilización sobre derechos humanos y sexuales de las mujeres y los adolescentes en el marco de la interculturalidad A1.3.- Capacitar a mujeres líderes o matronas locales de la comunidad en atención integral y oportuna a las victimas A1.4.- Capacitación en escuelas del Distrito en formas de prevención y detección Temprana de la ABORTO y doméstica A1.5.- Capacitar a padres de familia sobre las formas de ABORTO y su formas de prevención A.1.6. Curso de Formación y Capacitación sobre Normas y procedimientos para la atención de la ABORTO a los Servicios de Salud del Distrito A.1.7 Capacitación comunitaria sobre los Derechos de las mujeres, el abuso del poder y dominio afectivo identificando comportamientos que se relacionan con la ABORTO de género Para R.2. Se ha logrado identificar y aplicar prácticas saludables ancestrales para el cuidado del embarazo A.2.1.- Reuniones de coordinación de actividades y firma de convenios con el Servicio Departamental de Salud "SEDES" A.2.2. Seguimiento de casos de ABORTO que llegan a los Centros de Salud del Distrito A.2.3 Reuniones de trabajo semanal de las organizaciones participantes en la Red para evaluar actividades Para R.3. Se ha incorporado en el centro de salud	**Recursos (ver presupuesto)**	**Informes** **Facturas** **Reportes comunitarios** **Reportes de actividades de cada médico – Cuadernos de Consulta** **Fotografías**	

Pucarita atención diferenciada para adolescentes embarazadas A.3.1. Adecuar el centro de salud con un matriz intercultural para adolescentes embarazadas A.3.2 Equipar el Centro salud para albergar a víctimas de ABORTO A.3.3. Equipar los consultorios de atención integral, medico, jurídico, social y psicológico con participación de médicos tradicionales			

Cronograma

CRONOGRAMA												
	MESES											
ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Para R.1. Se ha logrado atender con control prenatal a las mujeres adolescentes que están embarazadas.												
A1.1.- Levantar una línea de base de la prevalencia de ABORTO, conocimientos, formas de atender a su situación	x	x	x									
A1.2.- Elaborar cartillas de sensibilización sobre derechos humanos y sexuales de las mujeres y los adolescentes en el marco de la interculturalidad				x	x							
A1.3.- Capacitar a mujeres líderes o matronas locales de la comunidad en atención integral y oportuna a las victimas					x							
A1.4.- Capacitación en escuelas del Distrito en formas de prevención y detección Temprana de la ABORTO y doméstica			x	x								
A1.5.- Capacitar a padres de familia sobre las formas de ABORTO y su formas de prevención					x	x	x	x				
A.1.6. Curso de Formación y Capacitación sobre Normas y procedimientos para la atención del ABORTO a los Servicios de Salud del Distrito					x	x						
A.1.7 Capacitación comunitaria sobre los Derechos de las mujeres, el abuso del poder y dominio afectivo identificando comportamientos que se relacionan con el ABORTO					x							
Para R.2. Se ha logrado identificar y aplicar prácticas saludables ancestrales para el cuidado del embarazo												
A.2.1.- Reuniones de coordinación de actividades y firma de convenios con el Servicio Departamental de Salud "SEDES"	x											
A.2.2. Seguimiento de casos de ABORTO que llegan a los Centros de Salud del Distrito	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A.2.3 Reuniones de trabajo semanal de las organizaciones participantes en la Red para evaluar actividades	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Para R.3. Se ha incorporado en el centro de salud Pucarita atención diferenciada para adolescentes												
A.3.1. Adecuar el centro de salud con un matriz intercultural para adolescentes embarazadas		x										
A.3.2 Equipar el Centro salud para albergar a víctimas de ABORTO	x	x	x									
A.3.3. Equipar los consultorios de atención integral, medico, jurídico, social y psicológico con participación de médicos tradicionales	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X

Presupuesto

PRESUPUESTO Proyecto de reducción de mortalidad materna EN BOLIVIANOS						
Detalle	BOLIVIANOS					TOTAL
	UNIDAD	CANTIDAD	DIAS	VECES	UNITARIO	
PERSONAL LOCAL						107.100,00
Consultor por producto para linea de base	Contrato	1			21.000,00	21.000,00
Coordinadora Local (Comunicadora bilingüe)	contrato anual	1		1	33.600,00	33.600,00
Asistente de comunicadora	contrato anual	1		1	12.600,00	12.600,00
Remuneración a equipo interdisciplinario circunstancial: Abogado, Trabajadora Social, Socólogo y Médico Tradicional.	mes	4		12	700,00	33.600,00
Capacitador para personal médico y auxiliar	Contrato	1			2.100,00	2.100,00
Capacitador para comunidades (consultor por producto)	Contrato	1		15	280,00	4.200,00
VIAJES Y ALOJAMIENTOS						12.275,00
Combustible	litros	20	3	15	3,75	3.375,00
Viáticos para chofer circunstancial	persona	1	3	15	20,00	900,00
Pasajes terrestres	pasajes	2	200	1	20,00	8.000,00
FUNCIONAMIENTO						97.400,00
Refrigerios para talleres de personal médico	persona	30	4	4	30,00	14.400,00
Refrigerios para talleres en OTBs	persona	30	1	5	20,00	3.000,00
Banners	pza.	4			300,00	1.200,00

Afiches	pza.	500			2,00	1.000,00
Trípticos	pza.	1000			1,00	1.000,00
Comunicaciones de Comunicadora y de Gerente	mes	12		2	200,00	4.800,00
Elaboración y difusión de cuñas radiales	Cuñas	6	200	3	2,00	7.200,00
Elaboración de Cartillas	pza	5000			5,00	25.000,00
Combustible	Lts	500	1	2	3,80	3.800,00
Gastos financieros	varios	1	1	1	400,00	400,00
Insumos de computación	pza.	3	1	3	600,00	5.400,00
Gastos Varios	varios	1	1	2	3.000,00	6.000,00
Alquiler de un ambiente	mes	1		12	350,00	4.200,00
Producción de incentivos o mat. de orientación para apoyo a labor en colegios	lote	1			20.000,00	20.000,00
EQUIPAMIENTO						21.180,00
Adecuación del centro con matriz intercultural para adolescentes embarazadas	obra	1			15.000,00	15.000,00
Construccion de un ala para albergar avíctimas de aborto, equipada.	Obraequipada	1			35.000,00	35.000,00
Camara	pza	1	1	1	1.000,00	1.000,00
Data Display	Equipo	1	1	1	4.550,00	4.550,00
Computador portatil	Equipo	1	1	1	7.550,00	7.550,00
Impresora	Equipo	1	1	1	380,00	380,00
Filmadora	Equipo	1	1	1	2.000,00	2.000,00
Gavetero	mueble	1			1.500,00	1.500,00
Escritorio metálico	mueble	1	1	2	2.100,00	4.200,00
TOTAL SOLICITADO						**237.955,00**

Monitoreo

La implementación de este plan, no obedecerá simplemente a buscar financiamiento para su efectivización, como se ha venido haciendo hasta ahora, las medidas a implementarse serán afrontadas por el personal existente, en la medida de sus posibilidades, si es que no se consigue el respectivo aporte externo. Se cuenta con el apoyo de algunas ONG's y organizaciones de la zona de influencia del Servicio.

Se incluiría a todos los actores involucrados en el monitoreo, como establecen las propias actividades.

---

[i] Ministerio de Salud y Deportes, reportes para el Plan Andino para la prevención del embarazo en adolescentes, díptico, Cochabamba, 2010.