

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**Facultad de Medicina-Enfermería-Nutrición Tecnología Médica**  
**Unidad de Post-Grado**



**PROYECTO DE INTERVENCION EN SALUD**

**IMPLEMENTACION DE ATENCION DE PARTO INTERCULTURAL EN EL  
CENTRO DE SALUD**

**SEBASTIAN PAGADOR ZONA SUD DE COCHABAMBA 2013 - 2014**

**POSTULANTE:** DRA. JUDITH CHOQUE JIMÉNEZ

**TUTOR:** DR. CARLOS TAMAYO CABALLERO

Cochabamba- 2013

## AGRADECIMIENTO

*A Dios por haberme dado la oportunidad de continuar trazándome metas en mi superación personal, por haber puesto en mi camino personas nobles comprometidas con la mejora de la salud de mi país en forma permanente como ser la Cooperación Belga, muchas gracias.*

*A mi tutor Dr. Carlos Tamayo C. Por su gran paciencia, por el estímulo continuo que nos ha brindado para culminar la especialidad y la elaboración de la propuesta de intervención,  
Dios bendiga mucho su vida*

*A mi querido esposo y especialmente a mis tres hijos Josías, Rafael y Maya por el constante aliento que me dieron para culminar la especialidad y comprensión de disponer su tiempo.*

## INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. ANTECEDENTES
  - 2.1. SISTEMAS DE SALUD: MEDICO TRADICIONAL Y SISTEMA BIOMEDICO
  - 2.2. INTERCULTURALIDAD
  - 2.3. HACIA UN ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD
  - 2.4. PARTO Y PARTO INTERCULTURAL
  - 2.5. PARTO TRADICIONAL HUMANIZADO
  - 2.6. SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL
  - 2.7. DEFINICION DE FRIO Y CALIENTE EN LA CULTURA ANDINA
  - 2.8. LO "FRESCO" Y LO "CÁLIDO"
  - 2.9. EXPERIENCIAS EN LATINOAMÉRICA EN MEDICINA TRADICIONAL
    - 2.9.1. TRADUCTORES, INTÉRPRETES INTERCULTURALES Y GESTORES EN LENGUAS INDIGENAS
  - 2.10. EXPERIENCIAS INTERCULTURALES EN BOLIVIA
    - 2.10.1. CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO
    - 2.10.2. PRIMERA SALA DE PARTO INTERCULTURAL EN PUNATA
    - 2.10.3. OTRAS EXPERIENCIAS EN BOLIVIA
  - 2.11. CONTEXTO POBLACIONAL Y SITUACION DE SALUD EN BOLIVIA
  - 2.12. RED DE SERVICIOS EN COCHABAMBA Y EN CERCADO
  - 2.13. PRINCIPALES HIERBAS USADAS EN EL TRABAJO DE PARTO EN LA ZONA DEL DISTRITO 14
- III. ANALISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR
- IV. DISEÑO Y SELECCION DE TECNICAS E INSTRUMENTOS

- 4.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
- 4.2. PROCESO
- 4.3. ÁREA DE ESTUDIO
- 4.4. TRIANGULACIÓN
- 4.5. ANÁLISIS
- V. RELACION DEL PROYECTO CON LINEAMIENTOS DE LA POLITICA PUBLICA
  - 5.1. MODELO DE ATENCIÓN
  - 5.2. MODELO DE GESTIÓN
  - 5.3. ETAPAS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA
    - A. DETECCIÓN, REPORTE Y REGISTRO DE MUERTES MATERNAS
    - B. ESTUDIO DE LOS CASOS DE DEFUNCIONES MATERNAS NOTIFICADAS
    - C. ANALISIS DE LAS DEFUNCIONES MATERNAS ESTUDIADAS Y TOMA DE DECISIONES
    - D. SEGUIMIENTO
    - E. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS
    - F. EVALUACIÓN DEL PROCESO
- VI. JUSTIFICACION DEL PROYECTO
- VII. ANALISIS DE ACTORES
  - 7.1. BENEFICIARIOS DIRECTOS
  - 7.2. BENEFICIARIOS INDIRECTOS
  - 7.3. Oponentes
  - 7.4. AFECTADOS
  - 7.5. ALIADOS
- VIII. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCION
  - 8.1. GEOGRAFICA

- 8.2. POLITICA
- 8.3. INSTITUCIONAL
- 8.4. POBLACIONAL
- 8.5. CULTURAL
- IX. OBJETIVOS**
  - 9.1. OBJETIVOS GENERALES
  - 9.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS
- X. RESULTADOS ESPERADOS**
- XI. ACTIVIDADES**
- XII. INDICADORES POR OBJETIVOS**
- XIII. FUENTES DE VERIFICACION**
- XIV. SUPUESTOS**
- XV. ANALISIS DE VIABILIDAD**
- XVI. ANALISIS DE FACTIBILIDAD**
  - 16.1. FACTIBILIDAD SOCIAL
  - 16.2. FACTIBILIDAD CULTURAL/INTERCULTURAL
  - 16.3. FACTIBILIDAD ECONOMICA
  - 16.4. FACTIBILIDAD DE GENERO
- XVII. ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO**
- XVIII. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO**
- XIX. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO**
- XX. BIBLIOGRAFIA**
- XXI. ANEXOS**

- 21.1. Ubicación geográfica del proyecto
- 21.2. Organigrama SEDES Cochabamba
- 21.3. Organigrama Centro de Salud Sebastián Pagador
- 21.4. Red de salud Cochabamba
- 21.5. Árbol de problemas
- 21.6. Árbol de objetivos
- 21.7. Matriz de Marco Lógico
- 21.8. Cronograma de actividades
- 21.9. Presupuesto
- 21.10. Plan de ejecución
- 21.11. Sistema de monitoreo y evaluación del proyecto
- 21.12. Instrumentos utilizados (Encuestas)
- 21.13. Fotografías área de Influencia

**IMPLEMENTACION DE ATENCION DE PARTO INTERCULTURAL EN EL  
CENTRO DE SALUD SEBASTIAN PAGADOR ZONA SUD DE COCHABAMBA  
2013 - 2014**

**I. INTRODUCCIÓN**

Los pueblos indígenas “han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo “eje conceptual” o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integridad<sup>1</sup>” (OPS/OMS 1997:13).

A lo largo de los años el ser humano ha buscado la mejor manera de atender sus molestias en salud, enfermedades u otras dolencias, en el caso del parto se ha visto el querer reducir el padecimiento acortando el tiempo del trabajo de parto, facilitar el mismo, usando en los últimos tiempos el método de “parto sin dolor”; sin embargo pese a los avances tecnológicos y de medicina existe un sector de la población que aún mantiene el uso de las prácticas tradicionales para atender sus dolencias como es el caso del parto con el uso de “mates”; es claro que no todos los profesionales del sistema hegemónico en salud donde se cree que se tiene la última palabra ha de rechazar el uso de la misma creando de forma directa brechas en el acceso a la salud de sectores menos favorecidos como son las comunidades originarias que no solo están presentes en el área rural sino también en las urbes llamadas en algunos momentos de la historia “cinturones de la pobreza”.

Ha de ser un reto el hacer que el sistema médico hegemónico acepte la existencia de un sistema paralelo que es el Tradicional, que existe no para ser competencia sino como respuesta a las necesidades desde tiempos inmemorables hasta este momento que es usada por la población más arraigada a sus costumbres y desconfiada del actual en dominio.

En el Distrito 14 que en la actualidad es considerado perteneciente al área urbana; existe una gran población que según el censo 2001 se identifica con pueblos originarios sobre todo el aymara y quéchua; la demanda de atención por esta población en el Centro de Salud Sebastián Pagador resulta ser decepcionante cuando los factores culturales muchas veces son agredidos por el personal de la institución; mucho más cuando la población mayoritaria es femenina con alto índice de embarazos, mismas pacientes que son relegadas de forma indirecta por el uso de costumbres contrarias a la medicina convencional arraigada a la práctica por el personal de salud, haciendo que los partos domiciliarios se tornen un riesgo al no ser atendidos por personal capacitado, que podría ser una partera, un médico u otro personal, o mínimamente pueda crearse un sistema interno de referencia en la comunidad.

Al final del proyecto nos planteamos implementar un Centro de atención en salud Intercultural, que vaya en beneficio de la población demandante donde el personal de salud ha de ser uno de los principales actores

## **II. ANTECEDENTES**

Los países de la Región enfrentamos nuevas demandas en lo económico, político y social y se realizan diversas acciones intersectoriales para alcanzar la equidad de la población más vulnerable. Especialmente en la última década, ha habido una creciente inquietud y muestras de reconocimiento y preocupación por las condiciones de vida y las deficiencias en salud que afrontan la mayoría de los pueblos indígenas.



La gran mayoría de los países latinoamericanos presenta una gran diversidad étnica y cultural, la que se reproduce tanto en espacios urbanos como rurales, El mundo es un mosaico conformado por diversas culturas que se han desarrollado a lo largo de la historia. Los principales rasgos son los que distinguen una cultura de otra: las características étnicas, lengua y religión que practican.<sup>2</sup> Los conceptos de identidad, participación e interculturalidad predominan en las distintas políticas públicas hacia los pueblos originarios.

Bolivia es un país característicamente pluricultural donde las costumbres y saberes en cuanto a la medicina es diversa, lo cual hace que siendo una sola forma de atención en salud que es la biomédica se tienen continuamente traspiés en el avance de un sistema de salud plenamente accesible. Conforman la sociedad boliviana alrededor de treinta pueblos, cada uno de los cuales tiene su propia lengua. El idioma de uso predominante es el castellano, con distintos grados de apropiación de parte de la población indígena, existiendo aún comunidades monolingües indígenas en el área rural alejada de las ciudades principales.<sup>3</sup>

Los pueblos hasta ahora identificados en Bolivia son los siguientes: afroboliviano, araona, aimara, ayoreo, baure, bororo, canichana, cavineño, cayubaba, chácobo, chimane, chipaya, chiquitano, esse ejja, guarasuwe, guaraní (ava, izoceño y simba), guarayo, itonama, joaquiniano, leco, moré, mosetén, movima, mojeño (ignaciano y trinitario), nahua, pacahuara, paiconeca, pauserna, quechua, sirionó, tacana, tapiete, uru (chipaya, murato y uruito), yaminahua, yuracaré, yuqui y weenhayek.<sup>4</sup>

## **2.1. SISTEMAS DE SALUD: MEDICO TRADICIONAL Y SISTEMA BIOMEDICO**

La medicina científica (también conocida como alopática u occidental) es la medicina convencional, considerada oficial en nuestro sistema de salud. Se deja de lado y se menosprecia el valor de la práctica de la medicina tradicional por la naturaleza empírica que la caracteriza o por la dimensión mágico-religiosa en la que está parcialmente basada. El escepticismo deviene muchas veces en el

desprecio y la marginación de estas prácticas. Así mismo, al ser la medicina científica considerada legalmente como el sistema oficial de atención en salud en nuestro país, algunas personas la imparten con cierto paternalismo y prejuicios a las personas relacionadas con la medicina tradicional.<sup>5</sup>

La medicina biológica o convencional es la medicina científica, la que se estudia en las universidades y cuyo paradigma básico se funda en las relaciones causa efecto lineales entre las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con el ambiente y el desarrollo de la enfermedad y por tanto su curación. La medicina convencional se apoya en la farmacopea química para sus tratamientos, en los recursos de la cirugía biológica, el empleo de instalaciones hospitalarias y los equipamientos e instrumental específico. La practican aquellas personas que tienen títulos de doctor en medicina y sus profesionales asociados de la salud, como fisioterapeutas, psicólogos y enfermeras tituladas la realidad es que ve al enfermo fragmentado, por especialidades, de manera no integral, con poca comunicación entre unos y otros médicos, “sin un director de orquesta” que integre el tratamiento, y sin contemplar al paciente como persona.<sup>6</sup>

De acuerdo con la OMS, la medicina tradicional es la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias oriundos de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales<sup>7</sup>

No todas las prácticas o ideas sobre salud, constituirían un sistema, pues podrían ser hechos aislados, casuales o singulares. Ejemplos de lo anterior son las formas como popularmente se tratan las quemaduras, poniendo pasta dental o aceite comestible; las heridas o hemorragias con kerosene, barniz, o algodón quemado; la fiebre algunos la tratan cubriendo a la persona con mantas "para que sude". Estas prácticas no tienen forma sistémica pues no se puede identificar en ellas los elementos del sistema que las contendría. Estas prácticas deberían ser

cuestionadas y corregidas a través de la educación sanitaria; pero cuando una práctica de salud expresa un sistema de salud tradicional, como por ejemplo el que las parturientas no tocan el agua durante varios días posteriores al parto, no deberían ser tratadas como errores pues esta perspectiva afectaría el derecho y legitimidad de las culturas a expresarse<sup>8</sup>

A la vez de existir una dicotomía existen características que las validan a ambas como sistemas establecidos y reconocidos a mencionar:

1. La primera y tal vez la más importante semejanza entre ambas: se fundamentan en un propósito común. Existe un patrón primario, innato al hombre, siendo su fin último servir a quien sufra de algún padecimiento o enfermedad.
2. Ambos tienen un cuerpo de doctrina por el que cada cultura concibe el proceso salud enfermedad y actúa con respecto a él en sus diferentes dimensiones.
3. ambas se desarrollan en un contexto comunitario; por lo general, en su propio entorno, con personas que comparten la misma cultura.
4. Ambas ocupan una posición oficial en su sociedad, son reconocidas por ésta y juegan un rol muy importante. Tienen una “ubicación social integrada”, ya que ninguna es marginada por la sociedad a la que pertenece.
5. Respecto del aspecto legal, ambas están en armonía con las leyes establecidas por su cultura, obedeciendo y colaborando con ellas.
6. Ambos sistemas médicos tienen un ejecutor: un sanador (el curandero o chamán en la medicina tradicional y el médico en la medicina científica). Este representante es una persona preparada especialmente para desempeñar esa labor (por un proceso educativo arduo y prolongado), siendo muy difícilmente reemplazado por una persona sin el entrenamiento correspondiente. Además, en ambos contextos, el sanador ocupa un rol importante y prestigioso dentro de su sociedad. Poseen una poderosa influencia psicológica de la presencia del médico

(o curandero, naturista, mago, osteópata, brujo, yerbero, etc.) en la actitud mental del paciente ante su enfermedad.<sup>9</sup>

7. Tienen la misma dimensión moral: la razón vocacional que busca la sincera ayuda social, más no el afán de lucro u otros intereses personales.

8. Son falibles y limitadas.

En conclusión, ambas medicinas comparten una misma naturaleza en lo esencial y las diferencias surgirían, sencillamente, debido a la coyuntura en la que se desenvuelve cada una. Como escribió el Doctor Fernando Cabieses, “[...] la diferencia esencial entre la medicina tradicional y la medicina académica no es una diferencia entre un enfoque científico racional y un conocimiento empírico, sino un problema de dos ideologías diferentes.”, ambas deben aprender a convivir para superar los obstáculos que supone esta aparente, más no absoluta dicotomía.<sup>10</sup>

Cuadro 1. ESQUEMA COMPARATIVO ENTRE SISTEMAS DE SALUD

NIVEL	SISTEMA	SISTEMA MEDICO
	TRADICIONAL ANDINO	MODERNO
CONCEPCIONES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equilibrio cálido - frío</li> <li>• Pensamiento animista o seminal</li> <li>• El viento</li> </ul>	<input type="checkbox"/> La vida y la salud es un proceso biológico fundamentalmente.  <input type="checkbox"/> Las enfermedades se explican por mecanismos: infeccioso, degenerativo, metabólico, inmunológico, genético.
METODO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mágico y/o religioso</li> <li>• Interpretación del "Sentido de la</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Biológico clínico racional, objetivo y empírico.  <input type="checkbox"/> Búsqueda de la etiología

	vida" <ul style="list-style-type: none"> <li>• Holístico</li> </ul>	(relación causa-efecto).
AGENTES DE SALUD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elección mágicoreligiosa</li> <li>• Don y servicio</li> <li>• Herencia</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Formación académica. <input type="checkbox"/> Ejercicio en el mercado e institucionalizado. <input type="checkbox"/> Especialización
CURACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plantas medicinales</li> <li>• Ritos</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Fármacos <input type="checkbox"/> Cirugía

Fuente: Datos de internet recopilados<sup>11</sup>

## 2.2. INTERCULTURALIDAD<sup>12</sup>

En la mayoría de nuestros países y ciudades convive gente de diversas extracciones culturales. No viven encapsulados, cada uno dentro de su propio grupo, sino que establecen relaciones entre sí, unas positivas, otras negativas.

*Interculturalidad* es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura.

Las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto. Son, en cambio, positivas si llevan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente, aprendiendo unos de otros.

La simple tolerancia del que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llega a ser todavía una interculturalidad positiva. Se refiere a todo este mundo de relaciones entre grupos y personas que pertenecen a diversos grupos y tienen diversas identidades culturales. Al nivel interpersonal tiene que ver ante todo con las actitudes que adoptamos frente a los "otros distintos"<sup>13</sup>

Interculturalidad positiva está ciertamente en las relaciones interpersonales, es decir, entre personas y entre grupos de personas. Pero no podemos quedarnos sólo en ellos.

Se debe llegar también a penetrar y transformar las instituciones y estructuras que constituyen todo el edificio social. Es decir, lograr que las instituciones estén estructuradas de tal forma que reflejen y a la vez facilita las relaciones positivas entre los diversos grupos de personas. Este es el nivel estructural de la interculturalidad. Finalmente, la plenitud intercultural se dará cuando, a través de este trabajo simultáneo en los tres niveles, se llegue a transformar toda la sociedad y su modo de pensar y proceder; cuando lleguemos a ser iguales sin dejar de ser distintos: iguales en nuestra aceptación pública y en nuestras oportunidades pero distintos en nuestras identidades personales y de grupo. Cuando nos sintamos todos felices y orgullosos de vivir en una sociedad basada y organizada en función de este respeto por su diversidad cultural que a todos nos enriquece.

### **2.3. HACIA UN ENFOQUE INTERCULTURAL DE LA SALUD**

No se necesita mucha perspicacia para ver que también en el caso de la salud se necesita desarrollar un enfoque intercultural.<sup>14</sup> La interculturalidad en salud es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural<sup>15</sup>.

La experiencia de proyectos en salud internacional, muchos de ellos patrocinados por organismos como la OPS y OMS, y dirigidos hacia los sectores más pobres de la humanidad, da cuenta de importantes dificultades que se enfrentan al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud. Situaciones como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, son elementos frecuentemente descritos en la literatura de salud internacional, especialmente en países con altos índices de población indígena.<sup>16</sup>

Sin embargo, las relaciones interpersonales entre médico y paciente están también en crisis desde que el viejo concepto de “médico de cabecera” o “médico de la familia” ha quedado sustituido por la relación más impersonal e institucional que prevalece en los hospitales, el sistema de seguros, etc. Cuando, sobre todo en el Primer Mundo, está además de por medio el riesgo de que un paciente abra un juicio legal millonario contra el médico que lo atendió mal, la relación de partida entre éste y sus pacientes puede enfriarse todavía más. Los médicos evitan entonces cualquier relación e información innecesaria al paciente, si perciben que en algún momento ésta podría ser utilizada en su contra.

Una política o enfoque intercultural en salud tiene al menos dos niveles de expresión: uno el de las acciones y actividades que materializan la interacción entre medicinas, y otro el de la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Las acciones en salud, las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El mejorar los procesos de comunicación y diálogo, promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico.<sup>17</sup>

La interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección.<sup>18</sup>

#### **2.4. PARTO Y PARTO INTERCULTURAL**

En el análisis conceptual de parto es válido considerar los siguientes dos aspectos: el primero se refiere al parto como un evento social, colmado de imaginarios de amor maternal y familiar. El segundo se refiere al parto como un evento riesgoso, en el cual los discursos biomédicos se conjugan con los

discursos maternalistas, para persuadir y coaccionar a las parturientas a aceptar protocolos terapéuticos que ellas mismas critican<sup>19</sup>

El parto en la cultura andina implica una ceremonia en la cual la familia entera participa teniendo un papel importante el esposo, además de que las prácticas rituales y costumbristas tratan de hacer que el mismo parto está en armonía con la naturaleza así por ejemplo se da de beber mates ala parturienta para `proveerle de fuerza y tranquilidad a la mujer.

La medicina tradicional quechua ha realizado los siguientes aportes a la práctica obstétrica:

- i.- el acompañamiento constante durante el parto,
- ii.- la verticalidad en el parto,
- iii.- el calor y la oscuridad,
- iv.- la privacidad y la intimidad,
- v.- la presencia del esposo,
- vi.- el manejo de la placenta, por haber alimentado a una criatura su cremación o su entierro se realiza dentro de la ceremonia de agradecimiento o pago a la “madre tierra”, así la puérpera no sufrirá de sobreparto.<sup>20</sup>

## **2.5. PARTO TRADICIONAL HUMANIZADO (PTH)<sup>21</sup>**

El parto tradicional humanizado se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad, reconociendo las formas culturales de parto dentro de una institución pública de salud.

Para las nacionalidades Shuar las formas culturales más importantes de parto consisten tradicionalmente en lo siguiente:

- La posición vertical
- Asistencia del esposo
- Acompañamiento de otro familiar mujer
- Ambiente cálido
- Uso de hierbas para regular las contracciones, para relajamiento



- Baño caliente y caldo de gallina criolla después del parto para relajamiento y fortalecimiento
- Entierro de la placenta
- El corte del cordón

De acuerdo a investigación realizada por Arnold y Yapita la comunidad andina cree que el cuerpo de la mujer durante el embarazo es caliente por lo que debe consumir mate de hierbas frescas y después del parto es frío por lo que debe consumir mates de hierbas calientes como la hierba buena, eucalipto, ruda, además de caldos calientes<sup>22</sup>

La medicina es parte de la cultura de un pueblo. No hay pueblo, que no haya desarrollado algún sistema de medicina.<sup>23</sup>

## **2.6. SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL**

El Ministerio de Salud como estrategia en la lucha por la mejora de accesibilidad de las instituciones de salud y prevenir las muertes maternas e infantiles ha planteado el Modelo SAFCI.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural constituye el eje central del funcionamiento del sistema nacional de salud, incorporando un nuevo paradigma en la atención de la salud, centrada en la familia y en la comunidad, con enfoque integral e intercultural de promoción, prevención, tanto en los servicios como en la comunidad.

El modelo es operacionalizado en las redes de servicios de los establecimientos de salud, de manera integral e intercultural, abarcando no sólo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como su salud mental y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico, de donde provienen el/la usuario/a, la familia y la comunidad.<sup>24</sup>

En el cercado aún no se ha implementado el modelo siendo los factores predominantes la falta de recursos Humanos, y el desconocimiento o desinterés del personal por el modelo de atención.

## **2.7. DEFINICION DE FRIO Y CALIENTE EN LA CULTURA ANDINA**

Según Arredondo - Baque se identifica la dualidad simbólica de las plantas y animales medicinales basándonos en la construcción social de sus valores simbólicos relativos, así tenemos: frío- calor (temperatura), arriba-abajo (jerarquía), derecha - izquierda (posición), macho-hembra (género), oscuro-claro (colores), maduro-tierno (ciclo biológico), fresco-cálido (cualidad térmica atribuída), exterior-interior (posición), cuerpo-alma (fisiopatología), cuerpo-alma (unidad biosocial), estas clasificaciones son modelos estructurados y estructurantes que actúan de reguladores y mediadores en la terapéutica significativa curandero-paciente.<sup>25</sup>

Si le pasa frío (aire) durante el parto, se retardará el nacimiento del feto. Por susto durante el embarazo puede llegar la mujer a convulsionar durante el parto.

Cuando está pasada de frío y tiene sangrado vaginal durante el embarazo, eso es muy peligroso, para eso se le da hierbas calientes como matico, albaca, algodón...<sup>26</sup>

La cuestión de frío-calor es muy importante para estas comunidades, tal es así que sostienen que para poder llevar adelante un buen trabajo de parto, la mujer tiene que ubicarse en lugares cálidos, abrigada para mantener así su cuerpo caliente. Algunas salas, tienen inclusive una pequeña cocina para calentar infusiones durante este momento.<sup>27</sup>

## **2.8. LO “FRESCO” Y LO “CÁLIDO”**

Cuando la mujer suda nace la wawa más rápido<sup>28</sup>

*La recaída de la parturienta*, es generada por tener contacto con el agua o el frío<sup>29</sup>

Lo frío y lo caliente no son meras reacciones térmico metabólicas vistas en la fisiología de la persona; se trata de una respuesta integral del individuo donde lo psíquico y lo socio cultural juega un rol importante, al igual que la influencia ecológico ambiental; respuesta que depende entonces de una tipología en particular para cada personal (según su sangre, según su corazón p.e.).<sup>30</sup>

La clasificación de las plantas se realizan de acuerdo a sus cualidades térmicas atribuidas “frescas” y “cálidas” (representación del dualismo existente), templados como un estado intermedio entre ambas cualidades, la connotación sexual: “machos” y “hembras”, formas en que estos son administradas y propiedades curativas.

Hay plantas que son muy cálidas o muy frescas que en extremo son tóxicas que pueden ocasionar abortos, inflamaciones, mareos, irritaciones como: la muña, marmaquilla, llantén, malco, ortiga, coca, pelos de choclo, ajeno, orégano, borraja, retama, ruda, entre otros.

Las cálidas son de mayor uso tanto para las afecciones a las vías respiratorias, malestares estomacales y las frescas son usadas generalmente como emplastos y cataplasmas en casos de golpes, inflamaciones para el hígado y riñón, reumatismo, etc. En tal sentido en el comportamiento está siempre latente la idea del equilibrio simbólico entre el cuerpo y los agentes externos (la naturaleza, lo sobrenatural) y el remedio suministrado.<sup>31</sup>

Un desbalance en el equilibrio frío/caliente hacia cualquiera de los extremos, lleva a la persona a la enfermedad y por el tratamiento se pretende establecer nuevamente el equilibrio: "10 temperado" y a eso ayudan las plantas.<sup>32</sup>

## **2.9. EXPERIENCIAS EN LATINOAMÉRICA EN MEDICINA TRADICIONAL**

“Los servicios de salud deberán, en la medida de lo posible, organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas,

geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” Convenio 169 de la OIT <sup>33</sup>

### **2.9.1. TRADUCTORES, INTÉRPRETES INTERCULTURALES Y GESTORES EN LENGUAS INDIGENAS<sup>34</sup>**

Se asiste a indígenas en los diversos hospitales del Valle de México y de la República Mexicana para establecer puentes de comunicación entre los médicos, enfermeras, trabajadores sociales y pacientes.

Lugares en que presta servicios, además de nuestra sede: Agencias del Ministerio Público, Juzgados, Reclusorios, Hospitales, Albergues.

Las parteras tradicionales constituyen la base del sistema local de aprendizaje de la atención del parto, tanto formal como informal, y que provee los modelos para las prácticas y técnicas del parto para la generación joven de primíparas, basados en los conocimientos del cuerpo tanto físico como espiritual. Éste es un sistema de aprendizaje por género y por experiencia. Luego las mujeres jóvenes enseñan a sus maridos cómo ellas quieren dar a luz en los partos venideros.<sup>35</sup>

Otras prácticas tienen que ver con el uso medicinal de las hierbas del lugar. A estas hierbas se las llama “la medicina del pobre” (*puyrin qullpa*). En las prácticas para identificar y recoger estas plantas medicinales, existe una clasificación de las plantas según una división de labor por género. Nos ha llamado la atención el hecho de que las hierbas que tienen que ver con el parto en la zona de Inka Katurapi son en su mayoría las hierbas pequeñas llamadas *qura*, que crecen a ras del suelo, y que se encuentran en las pampas y cerca de las chacras. Estas son las plantas más relacionadas con la Pachamama. Además, a menudo son plantas con flores o raíces coloradas. Estas plantas son recogidas tradicionalmente por las mujeres en la división de labor por el género en la salud. A diferencia, los hombres tienden a recoger otras plantas más grandes, como los arbustos o las hojas de los árboles, y además las que crecen en los cerros: por ejemplo *p'uqini*<sup>1</sup>, *chilca* <sup>2</sup> (*ch'illkha*) y *muña* (*q'uwa*) que, según ellos, no son buenas para el parto sino para

otros fines. Es importante subrayar que para el parto, es la partera misma que suele recoger las hierbas de las pampas, porque como dice doña Urti: “la partera es la que indica ésta o cuál”.<sup>36</sup>

Por un lado, las prácticas del parto están ligadas con un sistema dual/humoral de frío-caliente, húmedoseco, etc. Por otro lado, las prácticas existen y se las entiende dentro de la jerarquía de los poderes del lugar, tanto los dioses tutelares como los santos, sitios milagrosos, los cerros y la tierra misma.<sup>37</sup>

Cabe mencionar que existen en México dos proyectos de la SS que brindan atención médica académica e indígena en el mismo espacio hospitalario. Se trata de los hospitales “mixtos” de Cuetzalan,

Puebla y Jesús María en la Mesa del Nayar. En ellos se ha experimentado sobre las vinculaciones entre personal de salud institucional y médicos indígenas. Los resultados no han sido del todo satisfactorios porque precisamente no se han aplicado en su totalidad los elementos indicativos de una *interculturalidad apropiada*, es decir, indicadores socioculturales que certifiquen la calidad del servicio (oficina de facilitadores interculturales, personal bilingüe mayoritario, capacitación obligatoria del personal foráneo, interrelación con la medicina indígena, etc.). Otros cuatro hospitales en el Estado de Puebla se estarían habilitando para ofrecer servicios “integrales” con médicos indígenas y doctores (Huehuetla, Coxcatlán, Tulcingo y Ayotoxco).

## **2.10. EXPERIENCIAS INTERCULTURALES EN BOLIVIA**

### **2.10.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO**

Art 30.II. 2. A su identidad cultural, creencia religiosa, espiritualidad, prácticas y costumbres, y a su propia cosmovisión

Art. 42.

I. Es responsabilidad del estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinas

II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos,.....

Art. 45. v. Las mujeres tiene derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural;...<sup>38</sup>

“Daniel Bracamonte”, un hospital público departamental ubicado en la ciudad de Potosí. Siendo la población usuaria en más de un 80% población amerindia (quechuas y aymaras), lo primero fue implementar una oficina de facilitadores interculturales (denominado Willaqquna), tal y como ya se habían creado las oficinas Amuldungún en los hospitales ubicados en la región mapuche de Chile. El objetivo era auxiliar, apoyar y orientar a los usuarios indígenas del hospital.<sup>39</sup>

Existe además literatura realizada en base a experiencias tradicionales en cuanto al uso de las plantas medicinales como ejemplo tenemos la obra titulada el Verde la Salud de Jaime Zalles Asin – Manuel de Luca, dándonos a conocer el uso terapéutico de 100 plantas medicinales del valle alto de Cochabamba y también de Potosí, lo cual en la actualidad es el único documento boliviano claramente estudiado.<sup>40</sup>

### **2.10.2. PRIMERA SALA DE PARTO INTERCULTURAL EN PUNATA<sup>41</sup>**

En marzo de 2009 se inaugura la primera sala de parto Intercultural en Cochabamba, misma que para su implementación se consideraron los siguientes fines:

- que las mujeres indígenas continúen dando a luz según sus tradiciones, es decir, de cuclillas, en lugar de la clásica posición horizontal.
- que ellas (mujeres) no se sientan violentadas por mecanismos sanitarios opuestos a sus tradiciones, ya que, hasta ahora, las obligaban a ponerse batas de colores claros e impedían el ingreso de sus familiares al quirófano.

Los objetivos que se persiguen son :

- I. bajar la cantidad de muertes en el parto que en el país llegan a 190 por cada 100 mil mujeres en edad fértil y a 61 de cada mil niños nacidos vivos. Estas cifras son tan altas porque las mujeres del área rural culturalmente dan a luz en sus casas, acompañadas por sus esposos y otros familiares, en posición vertical y, al no contar con especialistas ni equipos para una cesárea, no tienen ninguna posibilidad de sobrevivir a complicaciones del parto.
- II. Crear ambiente de confianza para la paciente

En cuanto a su adecuación esta fue adecuad por un grupo de técnicos y médicos norpotosinos que hicieron varios prototipos hasta encontrar el ideal. En cuanto a la vestimenta de parto las mujeres usan de cauero a su visión costumbrista (batas largas, de colores oscuros, y no son obligadas a cambiarse antes de parir. El ingreso no es prohibido para los parientes, y todo el evento es supervisado por médicos y especialistas para intervenir en caso de que sea necesario. El parto mismo es atendido por médicos capacitados en atención de parto intercultural lo que realmente es importante s que el personal de enfermería ya tuvo estas experiencias en el área rural.

Años después se realizó una investigación donde se concluyen los beneficios de algunas posiciones verticales para la atención del parto, entre ellos, disminución en la práctica rutinaria de episiotomía, y menor incidencia de complicaciones hemorrágico infecciosas. La posición sentada fue la más frecuentemente adoptada y se ha demostrado que es la que con menor frecuencia se complica con desgarros perineales. Además de que es importante \* Capacitar y concientizar al personal de salud sobre los beneficios del parto vertical, para brindar una atención optima a todas las pacientes, cumpliendo los protocolos y normas de atención de parto realizado para tal fin.<sup>42</sup>

### **2.10.3. OTRAS EXPERIENCIAS**

En Potosí con el objetivo de disminuir las brechas de inequidad y hacer posible que poblaciones históricamente marginadas puedan contar con infraestructuras sanitarias contextualizadas a su realidad sociocultural, en el departamento de Potosí, en el periodo 2006-2008, se construyeron 47 establecimientos de salud, de los cuales 39 poseen adecuaciones culturales. Se incorporó el enfoque intercultural a partir de la constatación de que en la última década las infraestructuras en salud se construyeron con bases poco contextualizadas con la realidad sociocultural, lo cual dio lugar al emplazamiento de establecimientos de salud casi idénticos en punas y valles, en planicies y montañas, y que, además, presentaban diseños arquitectónicos que se constituían en barreras culturales y que contribuían a la baja tasa de asistencia de la población.

Luego de varias consultas con el SEDES, el PROHISABA definió –junto al CODEMETROP y a algunos gobiernos municipales– la inclusión de tres módulos interculturales que estén representados por: a) espacio para el médico tradicional; b) sala de parto tradicional; y c) albergue para los familiares.

[...] la interculturalidad ha sido una novedad para el FPS, aunque al principio se ha visto como un retroceso porque no nos parecía ni muy técnico ni muy sanitario, ha ido en contra de lo normal de lo que sabíamos hacer, pero con el tiempo fue un aprendizaje de sensibilidad y de tomar en cuenta las características culturales en la construcción de establecimientos de salud que pienso tomar en cuenta en futuras construcciones, al igual que el otro personal de FPS. (Ingeniera FPS)<sup>43</sup>

## **2.11. CONTEXTO POBLACIONAL Y SITUACION DE SALUD EN BOLIVIA**

Según datos de la Agencia Latinoamericana de la Información en general en Bolivia el 53 por ciento de las muertes maternas se produce en la casa y cada año fallecen unas 623 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y post parto, de acuerdo al informe oficial "Por una maternidad y nacimiento seguros", presentado en 2007. También pierden la vida unos 380 recién nacidos y nacidas.<sup>44</sup> Según datos de la [CIA World Factbook](#) los datos de mortalidad materna alcanza a 180 x 100000 n.v. , que incluyen causas durante el embarazo o su manejo, por lo



cual se excluyen los accidentes o incidentes. En relación a países vecinos como Ecuador que llega a 110 x 100.000 nv, Venezuela 92, Argentina 77, Perú 67, y México 50.<sup>45</sup> Es importante recalcar que la comparación hecha además de la numeración, es porque en estos países se han implementado políticas dirigidas a la disminución de mortalidad materna incluyendo la interculturalidad.

El 60% de la población boliviana es de origen indígena; quechuas y aimaras siendo la mayor población indígena de América del sur y de toda América, también de las comunidades indígenas del Oriente boliviano, principalmente guaraníes y mojeños<sup>46</sup>

La población por sexo o género, es de 4.541.846 de mujeres y 4.447.200 de varones. Las personas de sexo femenino en el país son mayoría y superan a las personas de sexo masculino. la población femenina es mayoritaria, sobre todo en los Departamentos de Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Oruro y Potosí, la población masculina es mayoritaria en los Departamentos de Beni, Pando, Santa Cruz y Tarija.<sup>47</sup>

UNFPA tiene los siguientes datos estadísticos en salud:<sup>48</sup>

- Mujeres 5.322.553 2011 INE Anuario Estadístico 2010
- % Mujeres en edad fértil 51% 2011 INE Anuario Estadístico 2010
- Razón de mortalidad materna 229 x 100.000 nacidos vivos 2003 ENDSA 2003
- Embarazos no planificados 11,3 2008 ENDSA 2008
- Embarazos no planificados en adolescentes entre 13 y 19 años 70,0% 2008 ENAJ 2008<sub>2</sub>
- Tasa de prevalencia del uso anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años - cualquier método - Población Urbana 65,6% 2008 ENDSA 2008 Tasa de

prevalencia del uso anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años - cualquier método - Población Rural 52,5% 2008 ENDSA 2008

- Tasa de prevalencia del uso anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años - métodos modernos - Población Urbana 40,2% 2008 ENDSA 2008
- Tasa de prevalencia del uso anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años - métodos modernos - Población Rural 25,7% 2008 ENDSA 2008
- Tasa de prevalencia del uso anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años - métodos modernos - Total 2008 34,6% 2008 ENDSA 2008
- Tasa de prevalencia del uso anticonceptivos en adolescentes - métodos modernos

12,5% 2008 ENDSA 2008

- Mortalidad materna en mujeres entre 20 y 24 años 18,4 2008 ENDSA 2008
- Mortalidad materna en mujeres entre 15 y 19 años 19 2008 ENDSA 2008
- % de mujeres embarazadas con 4 controles pre-natales 76,5% 2010 INE Anuario Estadístico 2010
- Número de partos esperados 213381 INE Anuario Estadístico 2011
- Cobertura de partos institucionales 92% 2012 INE Anuario Estadístico 2012

Los datos anteriormente mencionados nos muestra claramente que en principio la mujer por ser mayoritaria en población viene a ser un grupo vulnerable, considerando además su origen indígena, es importante sobresaltar la existencia de un porcentaje considerable de adolescentes con actividad sexual que las pone en grave riesgo no solo por la edad sino por las connotaciones sociales y económicas que repercuten; por otro lado el uso de los métodos anticonceptivos no es considerable en mujeres del área rural no solo es de interés por su origen

sino porque muchas mujeres migran al área urbana con costumbres y conocimientos negativos respecto a los mismos creando un choque de conocimientos que afectará a las mismas incluyendo su círculo familiar.

## **2.12. RED DE SERVICIOS EN COCHABAMBA Y EN CERCADO**

Cochabamba cuenta con 13 redes de salud siendo la red de Cercado la más amplia contando con 28 servicios de salud de primer nivel, 7 hospitales de tercer nivel entre públicos y Seguridad social y 7 de otros sectores. Una debilidad enorme es la falta de segundos niveles de atención por lo que este hecho se constituye en determinante para la congestión del tercer nivel de atención.<sup>49</sup>

Los 28 centros de Salud de primer nivel, de dependencia directa del Municipio de Cercado; de los cuales 4 Centros de Salud a partir de la década de los 90 inician la atención modificada de 24 horas con atención de partos e internaciones solo para maternidad considerando que las metas a partir de los ODM disminuir la mortalidad materna y mejorar la accesibilidad institucional llega a ser prioridad; sin embargo hasta la fecha ninguno ha logrado acreditar a un centro de segundo nivel ya que la principal debilidad es la falta de recurso humano no solo de acuerdo a la capacidad resolutive, sino también a la demanda y crecimiento demográfico sobre todo de la zona sud del Municipio.

De acuerdo a norma todos los centros de salud de primer nivel deben referir a un segundo nivel que en este caso viene a ser el Centro de Salud Cochabamba considerando los casos de embarazos o partos de riesgo, sin embargo generalmente por la falta de RRHH las referencias muchas veces van de forma directa al Hospital Maternológico Germán Urquidi; debido al rechazo continuo de las pacientes, saturando de esta manera el Tercer nivel debiendo resolver muchas veces partos eutócicos que no son atendidos por otros de primer nivel ya que no cuentan con infraestructura.

Las quejas continuas en cuanto al trato sobre todo por parte del personal de Salud en el tercer nivel hace que mucha gente rechaze la transferencia o finalmente abandone el hospital o definitivamente no acuda, por lo que muchos partos son

atendidos en el domicilio, conllevando a complicaciones e incluso muertes en ocasiones.

Este sistema de organización territorial del servicio de salud no coincide con la organización político administrativa del municipio, situación que dificulta la coordinación, la planificación y el desarrollo de acciones conjuntas. La red metropolitana de salud sur comprende los distritos municipales 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 14, tiene como sede el Centro de Salud Cochabamba, centro que atiende solo casos maternos de riesgo, por lo tanto no se constituye en un segundo nivel.<sup>50</sup>

En general de forma fría se considera que la red del Municipio no está en funcionamiento ya que no existe cumplimiento de la norma de referencia y contrareferencia, así mismo las instituciones privadas y de la Iglesia no están dentro de la jurisdicción de los Municipales por varios factores como ser existe debilidad del sistema público para hacer cumplir las normas, extensión territorial excesivamente amplia, la demanda es amplia, o RRHH con actividades saturadas. Un factor importante a ser mencionado es el hecho que a la fecha ningún centro de Salud del Cercado ha puesto en funcionamiento las políticas actuales del Ministerio de salud especialmente el tema Intercultural, ahora los factores pueden ser varios como el desconocimiento del personal de planta de estas políticas, un modelo de formación asistencialista arraigado a la forma de atención del personal en general, sin embargo algo que no puede ser pasado por alto es que el personal del Cercado es personal ya de años antiguo y con formación reticente a las nuevas políticas de salud ya que en general lo relacionan con el tema político.

### **2.13. PRINCIPALES HIERBAS USADAS EN EL TRABAJO DE PARTO**

En la práctica, las parteras saben qué clase de hierba deben utilizar y qué medición de dosis, según la clasificación de tipo de cuerpo como caliente o frío, según la clase de útero si es con mucha o poca sangre.<sup>51</sup>

Los tés de hierbas a menudo se comercializan para mujeres embarazadas, o son sugeridos por los médicos como una alternativa al café durante el embarazo. Los tés de hierbas, a diferencia de los tés que no están hechos a partir de ellas como el té negro o el verde, no contienen cafeína. Muchas hierbas pueden provocar contracciones uterinas en mujeres embarazadas, por lo cual algunas parteras lo utilizan como ayuda en el trabajo de parto.<sup>52</sup>

Se observó que el conocimiento sobre el uso de las hierbas durante el embarazo es transmitido entre las mujeres, ellas clasifican las hierbas en “calientes” y “frescas”. Entre las hierbas calientes que ingieren en infusión, una vez iniciado el trabajo de parto, se incluyen: canela, manzanilla, higo, hierbabuena y ruda, estas plantas tienen el efecto de acelerar el trabajo de parto, a ese respecto una de embarazadas desplazadas expresó: “...cuando uno ya en verdad tiene los males cada 2 a 3 minutos, cada 5 minutos le da a uno esos dolores, ingieren aguas calientes, para que uno tenga el bebé rápido...al bebé le dan ganas de salir....eso me manda a parir de una”, en ausencia de estas hierbas se puede tomar “caldo bien caliente con leche y huevo y se le pica ruda”.<sup>53</sup>

Según Jaime Zalles Asin y Manuel de Lucca en su obra EL VERDE DE LA SALUD; se tienen las siguientes plantas medicinales que se usan frecuentemente en el trabajo de parto que lo confrontaremos con los resultados de las encuestas:

- Manzanilla; recalcar que existen dos especies parecidas a esta que definitivamente podrían ser peligrosa una de ellas sobre todo la especie llamada PIRETRO de la se extraen algunos insecticidas; no se evidencia su uso en el trabajo de parto en el manual sino después del parto como relajante.
- Como infusión está indicada en casos e alteraciones digestivas, dolor abdominal, pero también es indicado en casos de amenorrea o ausencia menstrual; para facilitar el parto Zalles indica media cucharilla de anís en una jarro de agua más n pedazo de cáscara de naranja (del tamaño de una cajita de fósforo) facilita el parto.<sup>54</sup>

- Coca; en forma de infusión de cuatro hojas de coca y media hoja de ch`akataya en un jarro de agua hirviendo está indicado en casos de dolores por enfriamiento. Combinado con leche cura el arrebató.<sup>55</sup>
- Orégano; la infusión de cuarta cucharilla de orégano, en un jarro, del cocimiento de hojas de malva, provoca contracciones uterinas (nota.- su uso en el parto puede provocar problemas serios como la retención de la placenta. Se recomienda su uso después del parto.<sup>56</sup>
- Ruda; las infusiones de ruda muy cargadas o por mucho tiempo son tóxicas; puede provocar abortos, o muerte del feto in útero. La infusión de ruda (ramita como la mitad del dedo chico y una ramita chica de hinojo en un jarro de agua hirviendo con 8 a 10 pétalos de khasi rosas blanco es ecbólica, quiere decir que acelera las contracciones uterinas, se usa para acelerar el parto.<sup>57</sup> La ruda es considerada por los médicos tradicionales como una planta "caliente". Principios activos el alcaloide skimmianina y el alcanfor se ha probado que tanto para el flavonoide rutina poseen una actividad útero-constrictora y estimulante de las contracciones uterinas en animales de laboratorio.<sup>58</sup>
- Molle; según Zalles la infusión de dos hojas completas de en un jarro de agua hirviendo no solo calma el dolor de estómago sino que también fortifica a las parturientas.<sup>59</sup> Baño para después del parto. Baño estimulante, terapéutico, y preventivo que se proporciona a la puérpera. Provoca estimulación, para que la leche espese y "se madure", ayuda a eliminar impurezas, restableciendo dentro del organismo el "calor perdido" durante el parto, y favorece la involución del útero, es decir, que éste se desinflame y vuelva a su lugar. Después del baño, la partera masajea a la parturienta con aceite tibio o con refino (aguardiente) para activar su circulación, y lograr que los órganos vuelvan a su lugar y que la "cintura y la cadera se cierren" .Las parteras lo recomiendan pues consideran que además del aseo de la puérpera, también es importante el apoyo emocional, "la limpieza ritual" y la atención brindada durante su ejecución.<sup>60</sup>

- Higo; cuando cumplen los nueve meses de gestación y no han iniciado el trabajo de parto, se realizan baños e ingieren aguas preparadas con las hierbas “calientes”: “...siempre por lo regular el higo dicen que ayuda a abrir las carnes... no es que le adelante a uno el bebé sino que le ayuda, o sea para que el bebé baje rápido y no sienta mucho dolor”<sup>61</sup> En el látex se hallan entre otras sustancias, enzimas proteolíticas que son denominadas ficinas, papaína y diastasa similar al jugo pancreático. La ficina es una enzima proteolítica proveniente del látex de *Ficus carica*. Pertenece al grupo de las tiol proteasas y es muy similar a la papaína que se extrae del látex de papaya. Se ha reportado, que el látex de plantas como la papaya, induce contracciones espasmódicas del músculo uterino, similar a la oxytocina. Se han atribuido efectos secundarios al uso indiscriminado de dicha infusión, como la depresión neonatal.<sup>62</sup>

En relación al uso de las plantas medicinales es importante recalcar que es necesario realizar un cruce de información de expertos en la medicina tradicional específicamente en el uso de plantas en el parto ya que en caso de existir posibles riesgos para la madre y el niño será necesario ver la forma en la que se la prepara, las dosis a ingerir y la etapa del trabajo de parto en la que se la ingiere.

### III. ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR

Villa Sebastián Pagador del Distrito 14, Zona Sur de la Ciudad de Cochabamba, por las características más generales de esta zona Cochabambina es considerada por los fundadores –hace más de 30 años– “un nuevo Oruro”.

Según la investigación publicada *Villa Sebastián Pagador. Diagnóstico del Distrito 14, Zona Sur de la Ciudad de Cochabamba*, señala que la situación demográfica del Distrito 14 de Cochabamba constituye por sí misma un factor que limita el mejoramiento de las condiciones de vida de su población, en particular el de las mujeres<sup>63</sup>. Estas personas, son integrantes de la cultura

andina; aymaras y quechuas, que al migrar sufren un proceso de transformación de su identidad cultural en el encuentro con tradiciones distintas en un medio en el que impera una cultura “occidental”, que se muestra excluyente frente a las autóctonas.

De hecho, el Distrito presenta la tasa más alta de mortalidad infantil del municipio 10 de cada 100 niños fallecen antes de cumplir el año de edad, sólo comparable con las zonas más deprimidas del área rural del país; frente a 4 de cada 100 del Distrito 12 en el centro de la ciudad. La tasa de mortalidad infantil de Villa Pagador supera el nivel nacional que es de 6 por 100. Estos datos ponen al Distrito 14 en comparación con las áreas más deprimidas del país que es de 9 por 100 nv, estos datos ponen al distrito al lado de los países africanos como Etiopia y Zambia.<sup>64</sup>

En conjunto, el efecto combinado de las altas tasas de fecundidad y los intensos flujos migratorios en el Distrito 14, dan como resultado una estructura poblacional eminentemente juvenil, con mayor presencia de niños y adolescentes, por tanto, mayores demandas de servicios básicos, infraestructura educativa y atención en salud

Un dato importante es el elevado porcentaje de adolescentes embarazadas: 10 de cada 100 mujeres entre los 15 y 19 años de edad.

Su Centro de Salud de referencia “Sebastián Pagador”, es un servicio de atención primaria en salud. Se encuentra en una zona peri-urbana de la ciudad de Cochabamba, que hasta el momento algunas de sus OTB´S aún son parte de la conformación de los cinturones de pobreza del Cercado.

Más de la mitad (65%) de la población según un estudio, está insatisfecha con la atención brindada por el Centro de Salud, principalmente por el trato que reciben del personal. La discriminación más frecuente está vinculada al grupo étnico y al género. Un 85% percibe que el establecimiento no realiza actividades de prevención



y promoción comunitaria de la salud; asimismo, refieren que no existe participación comunitaria en los programas de salud, y que ésta no es tomada en cuenta en las organizaciones comunitarias.<sup>65</sup> Esta realidad no ha cambiado hasta el momento, ya que las quejas continuas son de mal trato y discriminación, la mayor demanda de la población es recibir atención oportuna con calidez y eficacia. Piensan que una forma de mejorar la atención es la cualificación y formación del personal.

La mortalidad infantil en el Distrito 14 alcanza a una cifra anual de 97 niños muertos por cada 1.000 nacidos. Tiene el 26% de la Tasa de Mortalidad Infantil del municipio que es de 78, muy por debajo de la del Distrito 14. La mayoría de los partos (50,60%) se atendieron en domicilios, seguido por la atención en establecimientos de salud (43,80%), comparado con las cifras del municipio vemos una gran diferencia, ya que los partos atendidos en centros de salud en el municipio es de 78,21% mientras que la atención en el domicilio es sólo del 18,36%.<sup>66</sup>

Como compromiso del Estado Plurinacional de Bolivia con las metas de desarrollo del milenio es Mejorar la Salud materna y como objetivo 1 es reducir en tres cuartos, entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad materna.<sup>67</sup>

La Mortalidad materna de 320 por 100 mil nacidos vivos (ENDSA 2003), una de la más alta de América<sup>68</sup>. De los cuales 80% ocurren en el parto y post parto; 53% en el domicilio, 37% en el servicio. 70 % son mujeres con menos de 6 años de escolaridad o ninguno. Las mujeres del área rural tiene 4 veces más probabilidades de morir.

La Razón de muerte en Cochabamba es de 140 por 1000000 nv. Del total de muertes en Cochabamba a cercado le corresponde el 11 %. El 55 % de esta población está entre los 31 y 45 años dejando en la orfandad muchas veces a pequeños que no han terminado la edad escolar. Las causas principales se deben a hemorragias en un 68 % que se suceden durante el parto, embarazo o puerperio. En Villa Sebastián las muertes maternas ocurridas entre los años 2010 y 2011 tuvieron su causa por complicaciones de partos domiciliarios en el periodo de

alumbramiento.<sup>69</sup> Los factores coadyuvantes fueron la falta de recursos para una correcta referencia y mal trato según los parientes de la fallecida.

En cuanto a la atención de partos según el estudio de la Fundación GANDHI solo el 57 % de los partos se atendieron en los servicios de salud el 43 % es domiciliario y solo el 44 % del 57 % fueron atendidos en centros que no son los públicos.<sup>70</sup>

El Centro de Salud tiene una población asignada por el SEDES de 25763 para el 2012. Mujeres en edad fértil 7531 Embarazos esperados 904; partos esperados 796; nacimientos esperados 792; abortos 108; nacidos vivos 792; nacidos muertos 8.

En relación a las metas cumplidas son los siguientes controles prenatales nuevos 683, partos 347, abortos 26.

Tabla1. Relación de partos esperados y atendidos en el C.S.

Tabla 2. Relación de nacimientos esperados y 4tos CP

2012				2012			
AREAS DE SALUD	PARTOS ESPERADOS	PARTOS ATENDIDOS	Cobertura (%)	AREAS DE SALUD	NACIMIENTOS ESPERADOS	4º CONTROL PRENATAL	Cobertura (%)
Sebastián Pagador	796	317	40	Sebastián Pagador	792	353	45
Total Cercado	19.891	13.705	69	Total Cercado	19.810	9.606	48
2012				2012			
AREAS DE SALUD	NACIDOS VIVOS	MUERTES MATERNAS	Cobertura (%)	AREAS DE SALUD	POB. MEF	NUEVAS Y CONTINUAS	%
Sebastián Pagador	314	0	0	Sebastián Pagador	7.531	173	2
Hospitales 3 Nivel	7.504	10	133	Total Cercado	188.265	30.975	16

Total Cercado	13.672	10	73				
---------------	--------	----	----	--	--	--	--

Fuente: elaboración propia en base a datos institucionales

Según los datos obtenidos del Centro de Salud existen metas que no han llegado a un porcentaje aceptable, por ejemplo entre los datos de Consultas prenatales y partos institucionales existe un abismo considerable ya que se llega solo a cubrir el 50 %, lo que una vez más se análoga con los datos del 2007 realizado por la Fundación Gandhi. En cuanto a Partos domiciliarios no se tiene datos confiables ya que aún no se tiene implementado la red junto a la comunidad.

De acuerdo a datos obtenidos por el estudio realizado por encuestas con formación de grupo focal de personal médico se tiene los siguientes datos:

El total del personal de salud encuestado (médicos y enfermeras) tienen una antigüedad de más de 10 años en el sistema. El total del personal médico refieren haber realizado cursos de post grado ( maestría en educación superior, salud pública, gerencia hospitalaria)

- En cuanto al conocimiento de idiomas nativos la mayoría del personal refieren conocer y hablar quechua o aymara, pocos refieren hablar idioma extranjero y el algunos refieren no hablar otro idioma o no lo conocen, lo que contrasta con la identificación con algún grupo étnico cuyos resultados son inversos es decir la mayoría no se identifican con ningún grupo y algunos sí se identifican con grupos quechuas, guaraní y aymara.
- El total del personal médico y de enfermería refiere conocer algo de la política SAFCI de forma casual; pero no han sido capacitados formalmente.
- En cuanto a conocimientos de interculturalidad y medicina tradicional en el trabajo de parto algunos prefieren no responder, pocos refieren haber sido capacitados y la mayoría refieren no haber sido capacitados, en cuanto a la definición de parto intercultural entre pocos no responden, otros refieren

no poder definirlo, otro refiere que es una práctica del campo pero que es incorrecto por lo riesgos en RN y la parturienta; la mayoría lo relacionan con la posición elegida por la parturienta, con la práctica de tradiciones, con el equipamiento definido y adecuado por las culturas de nuestro país, la ausencia de discriminación, con costumbres tradicionales ancestrales pero que debe ser limpio y otro debe haber conversación con la paciente. En cuanto a la adecuación de herramientas para la atención de parto intercultural en el establecimiento refieren: la mayoría no responden, algunos refieren que no hay ninguna herramienta, otros lo relacionan con la limpieza y pulcritud con el que se atiende el parto.

- En cuanto a la utilidad de la implementación de la atención intercultural del parto la mayoría aceptan su utilidad y pocos la rechazan; sin embargo en el tema de ingesta de mates durante el parto se tiene que la mayoría del total la rechazan y pocos la aceptan, los factores de rechazo son los siguientes: la falta de validación científica para su uso, atribución a efectos contrarios en el proceso de parto como exceso de contracciones, aumento de la frecuencia cardíaca fetal nacimientos meconiados, desconocimiento de la población sobre los efectos contrarios en el trabajo de parto, es antiguo ya no se debe usar; algunos del total refieren aceptarla porque se cree que aumenta las contracciones y dilatan más rápido acortando el trabajo de parto, la paciente psicológicamente se siente más segura, tranquila al respetar sus tradiciones.
- En cuanto al conocimiento de mates frecuentemente utilizados en el trabajo de parto la mayoría refieren flor de azahar o naranja, mate de zanahoria, manzanilla, anís, coca, molle, higo, orégano, ruda, salvia, kinsa uchú, molle con manzanilla, anís estrella, tallo de apio, clavo de olor del total de los entrevistados algunos refieren no conocer mates usados por las pacientes.

- En cuanto a la recomendación de mates en el trabajo intercultural se tiene; algunos refieren no recomendar ningún mate, la mayoría no responden sin embargo algunos aconsejarían, uso de coca, orégano, manzanilla, anís bajo control estricto de la ingesta en el hospital.
- En cuanto a diferencias identificadas entre los grupos más frecuentes de población (aymaras y quechuas) en el uso de mates la mayoría refieren mayor respeto a su cultura por el grupo aymara que el quechua que es más accesible en cuanto a las recomendaciones de ingesta de mates, es decir pueden cambiar en cuanto a sus costumbres durante el trabajo de parto en relación a los mates.
- En cuanto a beneficios o ventajas identificados por el uso de mates durante el trabajo de parto se tiene; gran parte indican que no tiene ningún beneficio, algunos refieren que son tranquilizantes (manzanilla) otros aceleran las contracciones y dilataciones y acortan el trabajo de parto
- En cuanto al origen de la recomendación de ingesta de mates a las parturientes están por orden de jerarquía; la mayoría atribuyen a familiares y vecinos (abuelas, tías, padres) pocos a médicos tradicionales o gente de edad avanzada y sin ninguna educación. Este resultado es menester aclarar ya que en la zona solo se han identificado a tres parteras de las cuales 1 no es de la zona sino que acude por llamado, por lo que la mayor parte de los partos domiciliarios son atendidos por los esposos o familiar (suegra, madre, abuelas) que al igual que una partera tradicional hace de la práctica tradicional en cuanto a la ingesta de mates y masajes (manteo).
- En cuanto a la incorporación de médico tradicional al centro de salud se tiene; la mayoría asienten en su utilidad y algunos indican que no es útil sin embargo referente al porqué la mayoría no responde y alguno refiere que no saben nada por lo que no vale la pena insertarlos en el Centro de Salud, el grupo que si acepta refiere que es una oportunidad de

intercambio de ideas, prevenir muertes maternas y neonatales por las ingesta de mates contraindicados, se podría aprender más de ellos y mejorar la calidad de atención en salud, serian un nexo para dar más confianza a la paciente, la mayor parte de la comunidad confían en la naturaleza que en los medicamentos.

- En cuanto a la percepción de utilidad de formación o capacitación en la cosmovisión y/o representación de la enfermedad de la población de origen aymara o quechua gran parte refieren su utilidad porque es una oportunidad para conocer sus costumbres y comportamientos, para aprender a respetar sus culturas, para intercambio de costumbres para mejorar la atención, para informarse, para ayudar y comunicarse mejor, para interrelación cósmica en el otro extremo algunos lo niegan porque no existe cosmovisión, solo existe Dios y va contra su religión.
- En cuanto a la constitución como barrera en salud la ingesta de mates y porque se tiene; la mayoría refieren que es una barrera porque hace variar el trabajo de parto, porque la paciente no informa por miedo a ser llamada la atención, aumenta las contracciones, es más peligroso porque produce hemorragias fatales, eleva la mortalidad materna; pocos refieren que no es una barrera porque es algo natural, algunas plantas favorecen por lo que no serían obstáculo para la atención.
- En cuanto al conocimiento del porque las pacientes ingieren los mates para el parto la mayoría lo atribuye a la tradición, para acelerar el parto y por costumbre y uno refiere que es por ignorancia.

En cuanto al acápite de dificultades encontradas y soluciones propuestas se tiene:

- Dificultades encontradas y significativas para la atención del parto; pocos responden que no ha tenido ninguna dificultad, la gran parte responden por prioridad el idioma, luego la timidez de la paciente, la no

colaboración en cuanto a la posición (la paciente solicita otra posición al moverse continuamente) la falta de confianza de la paciente ( no informa los mates ingeridos previo a su internación), falta de educación a la población, grado de escolaridad del paciente, la comunicación, falta de instrumental.

- En cuanto a las falencias para la implementación de parto intercultural refieren; algunos no responden; la mayoría solicitan primeramente capacitación en el tema y el idioma; falta de médicos tradicionales, coordinación con instituciones sociales además de infraestructura.
- En cuanto al grado de satisfacción de la paciente bajo la percepción del personal de salud se tiene; algunas no responden pero hacen gestos de disconformidad y pocas refiere que es buena; algunas refieren que es regular pero depende de la capacitación del personal, contratación del médico tradicional y la falta de estrategias para lograr objetivos; muchos refieren que es mala, que existe insatisfacción de las pacientes.
- En cuanto a datos obtenidos de las pacientes en relación al origen se tratan de mujeres oriundas de la zona andina de predominio (Oruro y La Paz) luego también se tiene de la zona rural de Potosí (San Pedro de Buena Vista, Sica Sica) y finalmente de Cochabamba del Cono Sur Aiquile, Mizque.
- En relación a la identificación étnica dentro el grupo focal se tienen los siguientes datos: Nací en el campo pero no puedo identificarme con algún grupo étnico porque ya no hablo el quéchua, ni vivo ahí( mujer oriunda de Sica Sica – La Paz) el resto de las 7 mujeres entrevistadas se identifican con grupo aymara o quéchua respectivamente existiendo una que se identifica con pueblo oriental (yaco); debe tomar importancia la identificación étnica ya que se dijo que los de origen

aymara son más respetuosos de sus costumbres que el resto y por otro lado nos ayuda a justificar la propuesta en relación al conocimiento de la medicina tradicional todas en general conocen de la misma, con las siguientes respuestas “no tanto poco nomás” “son buenos los mates” “alivian los dolores” “es la medicina del campo” “no sé nada, pero es mi tía la que me dio los mates, ella debe saber”, sin embargo en cuanto a si están de acuerdo en usarla todas refieren que Sí están de acuerdo porque “ nos afloja para el parto, parece que nos ayuda, recién he venido al hospital, siempre he usado los mates en mi casa, son cálidos, puede ser que maltrate al bebé pero apura el parto, algo puede provocar por eso vengo también al hospital; pese a algunas respuestas negativas respecto al uso de los mates el total refiere haber tomado un ante durante el parto como coca. Orégano,manzanilla, anís,trigo, maíz,cáscaro de huevo más trigo (cocido en leña)(San Pedro de Buena Vista).de igual forma reconocen los siguientes beneficios afloja par el parto, calma el dolor, calma el dolor de estómago, baja la fiebre. En cuanto al origen de la recomendación de ingesta de mates se tiene sobre todo un familiar cercano (madre, tía, suegra) y la amiga no mencionan a la partera. En cuanto a la forma de preparado todas refieren las infusiones sin embargo el tiempo varía de región a región las originarias andinas refieren hasta que el mate se ponga verde y el resto refiere solo un ratito. En relación efectos del mate en su propio cuerpo refieren: me hace sentir más calor, nos hace transpirar más, siento más dolor pero hace que el parto se apure, me ha hecho mejorar porque me he librado rápido. En relación a la recomendación de su uso se tienen dos grupos de igual a igual refieren que no porque puede ser peligroso pero que apura el parto; el otro grupo refiere que sí para apurar el parto. (encuesta realizada a pacientes del Centro de Salud).

El modelo SAFCI se implementó como estrategia de Salud por el DS 29601 el año 2006 establece la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud



mediante la implementación del modelo SAFCI en todo el territorio nacional. Pero la formación del personal médico sigue siendo “tradicional” es decir no ha habido reestructuración curricular universitaria. De esta manera “dicen” no saber cómo atender un parto en cuclillas -disfrazando la resistencia consciente o inconsciente-. No ha habido un apoyo estatal decidido al respecto -capacitación, adecuación de infraestructura, etc.- por lo que ponen barreras para la aplicación de modelo SAFCI de modo que no están capacitados para la atención intercultural durante el embarazo, parto y puerperio. Habiendo una deficiente comprensión del modelo SAFCI lo que llevara a una deficiente promoción de la atención intercultural.<sup>71</sup>

Por lo cual nos encontramos frente a un gran problema, mientras la población de mujeres arraigadas a su cultura y la ingesta de mates para facilitar el trabajo parto el Personal de salud rechaza la medicina tradicional (mates) en el trabajo de parto, convirtiéndose en una barrera enorme en el acceso a los servicios de salud este hecho tiene dos efectos contrarios por un lado se provoca mayor distanciamiento del sector salud con la comunidad, llevando a una insatisfacción de la usuaria provocando el abandono del Centro de salud o su retorno en una siguiente oportunidad; por el otro las pacientes están obligadas a dejar de lado sus costumbres por temor a ser rechazadas, lo cual repercute en toda la familia que puede o no tener la misma posición llevando a toda la familia a un proceso de aculturación y quiebre en muchas ocasiones de las relaciones familiares. Estos hechos llevan a que el número de partos sean considerables en el domicilio, conllevando a riesgos obstétricos con posibles pérdidas de la madre y el niño, esto a su vez lleva a la fragmentación familiar creando desconfianza en el servicio de salud, bajando de esta manera las coberturas con mayor riesgo de mortalidad y morbilidad.

Según este contexto, con la finalidad de aplicar las nuevas políticas enfocadas a lineamientos del SAFCI orientadas a modelos interculturales y mejorar la calidad de atención y la cobertura de atención de partos hospitalarios interculturales, así mismo los principales problemas de salud que aquejan a la comunidad y disminuir la mortalidad materna se elabora la presente propuesta.

#### **IV. DISEÑO Y SELECCIÓN DE TÉCNICA E INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN**

Encuesta estructurada que fue administrada o autoaplicada.

Encuesta semiestructurada

Grupos focales.

Elaboración de una árbol de problemas y objetivos

Elaboración de la matriz lógica.

“A través de un instrumento de entrevista dirigidas a mujeres en trabajo de parto y, con nacimientos esperados, quienes participaran en el presente estudio. De esta manera conocer de profundidad sus practicas culturales por lo que no dan importancia de acudir a las consultas hospitalarias en el periodo de embarazo, parto y puerperio.”<sup>72</sup> Además se procedió a formar grupos focales (2) con el personal de salud de los tres turnos de atención (médicos y enfermeras)

Es un estudio cualitativo, intenta describir los beneficios de la ingesta de mates por las mujeres embarazadas durante el proceso de parto y la aceptación del personal de salud frente a estas actitudes culturales y la repercusión en la salud y a la enfermedad de esta población y pone énfasis en los aspectos subjetivos de los relatos de las mujeres embarazadas, el uso de técnicas de comprensión personal, de sentido común y de introspección, realizando un análisis minucioso de los datos recolectados. También se analizaron los datos estadísticos de cobertura de atención, tasas de morbi-mortalidad en el centro de salud Sebastián Pagador, comparando con los datos departamentales y nacionales,

Descriptiva, porque relata las características individuales de los médicos y enfermeras, su sistema de organización, su modelo de atención funcionales del

sistema de salud y del centro los sistemas médicos y de su contexto sociocultural.

#### **4.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Observación. Se realizó la obtención de datos mediante esta técnica durante la atención médica en la sala de partos del Centro de Salud y pacientes embarazadas que conocen de la ingesta de mates durante el parto.

Entrevistas en profundidad se realizaron al personal médico y enfermería que participan en la atención del parto en los diferentes turnos mañana, tarde y noche

Grupo focal se realizó con el personal de salud de acuerdo al turno (día y noche) se realizaron 2 reuniones, completando el número total de personal que atiende los partos de acuerdo a rotaciones. Y 2 reuniones más con mujeres post parto internadas

#### **4.2. PROCESO**

Se realizó un reconocimiento de área, una recopilación de datos históricos, organizacionales del centro de salud Sebastián Pagador, estos datos referentes a las características funcionales de los sistemas de salud de Cercado.

Posteriormente se identificó a los grupos poblacionales de la siguiente manera.

#### **4.3. ÁREA DE ESTUDIO**

El presente proyecto de intervención se llevo a cabo en la Ciudad de Cochabamba- Red Cercado, centro de Salud Sebastián Pagador del Distrito 14.

a) Se inició la identificación de las mujeres embarazadas, en trabajo de parto y post parto que ingirieron por lo menos una vez los mates.

A través de la visita y de las entrevistas se recolectaron datos según la guía de preguntas que responden a los objetivos de la presente investigación y se conformaron los grupos focales para la investigación.

b) Se procedió a la recolección de datos por medio de la observación. La información recolectada se registro en un diario de campo (anexo) y para la realización de las entrevistas se elaborara una guía (anexo), las mismas que serán utilizadas en los grupos focales. Se aplicaron estas guías para entrevistar a los participantes.

También se realizaron entrevistas a informantes clave, grabaciones de estas entrevistas se realizaron en el centro de salud S.P. ajustándonos a la disponibilidad de tiempo de los entrevistados, así como al idioma de las mismas (quechua y castellano), hasta reunir la información buscada.

c) Posteriormente se inicio el análisis de las entrevistas realizadas y la triangulación con los datos obtenidos en la observación.

#### **4.4. TRIANGULACIÓN**

Se realizó la triangulación por la utilización de tres técnicas de recolección: observación, entrevistas en grupos focales e individuales a informantes clave; por la colaboración de otros investigadores, que participaron en la recolección y análisis de datos para esta investigación.

#### **4.5. ANÁLISIS**

Concluyendo el tiempo de recolección de datos, se procedió a realizar el análisis reflexivo de los mismos, este proceso se fue realizando varias veces hasta comprender la problemática y conseguir las conclusiones que exponemos en este estudio, siguiendo los objetivos planteados en respuesta al problema de la presente tesis.

## **V. RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA**

Este proyecto está orientado a iniciar la atención intercultural del parto y aumentar la cobertura de atención de partos institucionales o domiciliarios por personal calificado y cualificado aplicando el modelo de atención SAFCI, en sus elementos principales por un lado en su modelo de gestión y por el otro en su modelo de atención.

### **5.1. MODELO DE ATENCIÓN**

Es la forma de articular personas, familias y comunidades urbanas y rurales (Ayllus, Marcas, Tentas, Capitanías, Jathas OTB's, Juntas Vecinales, Cabildos Indígenas, Sindicatos y Asociaciones Comunitarias) con el equipo de salud, a partir de una prestación con capacidad resolutive, instalada, con enfoque de red SAFCI, de carácter horizontal mediante el respeto y valoración de sus sentires, saberes, conocimientos y prácticas de médicos tradicionales y/o etnomédicos.

### **5.2. MODELO DE GESTIÓN**

El modelo de gestión participativa en salud, es la forma de generar espacios de representación y participación, donde las comunidades (ayllus, marcas, tentas, capitanías, jathas, OTB's, juntas vecinales y otros), a través de sus representantes legítimos, toman decisiones de manera corresponsable con el sector salud en cuanto a la gestión de la salud (planificación, ejecución, administración, seguimiento y control social) en el nivel local, municipal, departamental y nacional.

### **5.3. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y SUS ETAPAS<sup>73</sup>**

Con este método se examinan todas las interacciones que se llevan a cabo en el ámbito hospitalario entre la paciente y el personal sanitario previas a su defunción, y revela las fechas en que se buscó asistencia médica y los cuidados que dispensó el sistema de salud.

El método de detección de eslabones críticos evalúa tres dimensiones de la atención de la salud:

- Desempeño clínico (demoras, omisiones y cumplimiento de las normas de calidad frente a las directrices establecidas).
- Organización interna del hospital.
- Continuidad de la atención entre establecimientos de salud.<sup>74</sup>

Según el manual de Vigilancia Epidemiológica Mortalidad existen 6 etapas a saber. El modelo funciona bastante bien si son desarrolladas las cuatro primeras pero si es entendido como un proceso de vigilancia de la salud pública deben considerarse también las dos últimas para obtener realmente efectividad en el tema de control de mortalidad materna.

## **A. DETECCIÓN, REPORTE Y REGISTRO DE MUERTES MATERNAS**

Esta primera etapa requiere la conformación de la Red de información e informantes comunitarios e institucionales para evitar subregistros

Esta etapa tiene dos partes : Detección y Reporte es decir; enterarse y dar aviso .

Los sucesos en la Institución quedan registradas en la historia clínica, libros de parto u otro y los sucedidos en la comunidad dependen de la red social o informantes clave.

La notificación puede hacerla cualquier miembro y de la comunidad. La notificación puede realizársela en lo que va del año aunque hayan transcurrido semanas o incluso meses.

De la comunidad la información pasa de la comunidad de este a la Coordinación de Red en el caso de los primeros niveles. La notificación puede ser de forma verbal en un papel o mediante formato con dibujos.

Con el uso de los instrumentos de esta etapa lo que se quiere conseguir es establecer cuántas muertes maternas notificadas han sido estudiadas.

## **B. ESTUDIO DE LOS CASOS DE DEFUNCIONES MATERNAS NOTIFICADAS**

La etapa de estudio de caso permite confirmar y documentar cada caso de defunción, mediante las fichas epidemiológicas I y II, destinados para recoger información del ámbito institucional y de la familia a cargo de personas que conocen el manejo del llenado de las mismas.

Las fichas epidemiológicas pueden estar a cargo de un médico, enfermera o auxiliar de enfermería, en tanto que la parte I puede ser llenada también por una Trabajadora Social o un Responsable Popular de Salud, Agente Comunitario de Salud o Vigilante Comunitario.

En decesos domiciliarios se aplicará solo la Autopsia Verbal, en cambio en los Institucionales deben aplicarse la Autopsia Verbal y la Institucional.

En caso de que el deceso sea domiciliario se puede dejar transcurrir un tiempo hasta que la familia se reponga de la pérdida, en el caso institucional debe ser de inmediato por el riesgo de la pérdida del expediente clínico.

Solamente las defunciones confirmadas como maternas serán notificadas mensualmente al SNIS.

## **C. ANALISIS DE LAS DEFUNCIONES MATERNAS ESTUDIADAS Y TOMA DE DECISIONES**

Esta etapa es clave porque tiene que ver con la existencia apropiada y su funcionamiento de acuerdo a norma de los Comités, que deberá analizar el informe emitido por la primera instancia y emitirán un informe de consenso

sobre el deceso sobre las causas de muerte, niveles de responsabilidad, evitabilidad de la defunción y otros esta se llama Informe de Conclusiones y corresponde a la parte III de la Ficha Epidemiológica

#### **D. SEGUIMIENTO**

El seguimiento a las medidas adoptadas es la cuarta etapa del proceso. Según cada caso de muerte materna analizado, los Comités sugieren intervenciones para diferentes niveles de gestión y para la institución y/o la comunidad donde ocurrió el deceso notificado y estudiado.

#### **E. DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Consiste en dar a conocer la información relativa a la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna a los diferentes auditorios en los formatos y modalidades más convenientes (equipos locales de salud autoridades administrativas y naturales, agrupaciones y población en general).

#### **F. EVALUACIÓN DEL PROCESO**

Consiste en la realización de una Evaluación del proceso, que se hará en los niveles que corresponda o sea necesario, valorando el grado de desarrollo y barreras en cada uno de los pasos

Se trata de establecer la medida del grado de desarrollo o cumplimiento de las seis etapas del proceso

### **VI. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO**

Al sensibilizar al personal de salud sobre el enfoque intercultural y al capacitar e implementar el modelo de atención intercultural las mujeres ya



no tendrán impedimentos para no asistir al centro de salud y tener sus partos domiciliarios riesgosos y los casos de muerte materna disminuirán significativamente; los partos domiciliarios con riesgo tenderán a bajar y los hospitalarios y seguros aumentarán.

Uno de los factores que se torna preocupante es el hecho de que las prácticas culturales de las pacientes en cuanto al uso de los mates son rechazados por el personal ya que de forma general existe desconocimiento del porqué las pacientes ingieren los mates calientes en el trabajo de parto, esto ocasiona frecuentemente la pérdida de confianza del paciente y su familia hacia el personal de salud, por lo cual se afecta tanto a la paciente como a su familia de forma permanente, que frecuentemente se trata de gente de bajos recursos y costumbres arraigadas de sus pueblos de origen, el hecho del último caso de muerte sucedido en el 2011 se vió claramente que la paciente al abandonar el hospital de referencia fue asistida en su domicilio con el uso de sahumeros, u otros medios tradicionales; el personal de salud indica que fue por el uso de los mismos haciendo que la familia sienta que ha cometido un delito, esta situación termina afectando además a la parte financiera ya que las familias de este lugar son numerosas y generalmente son madre y padre los que trabajan para mantener el hogar. El Centro de salud es afectado ya que las coberturas de partos bajarán de forma progresiva.

## **VII. ANÁLISIS DE ACTORES**

### **7.1. Beneficiarios Directos**

Mujeres embarazadas que tienen atención del parto en el servicio de salud

Al total del personal de salud que será capacitado (médicos y enfermeras) 17

Se capacitarán a las parteras que serán identificadas por las OTB`S

## **7.2. Beneficiarios Indirectos**

Se considera que la implementación del proyecto beneficiará de forma indirecta a las 7531 mujeres en edad fértil

La familia de la parturienta, la comunidad, dirigentes.

## **7.3. Oponentes**

Personal de Salud reticente al cambio de paradigmas, parteras y algunos médicos tradicionales, parteras; que se sentirán agredidos en sus costumbres y sus ingresos económicos en algunas ocasiones.

## **7.4. Afectados**

Parteras o matronas no reconocidas, personal inescrupuloso de salud que recibe remuneración por la atención del parto en domicilios.

Las personas, entidades en el área de medicina tradicional que por el proyecto recibirán menos beneficios o les afectara en algún aspecto económico.

## **7.5. Aliados**

Algunos del personal que ya conocen de forma parcial la norma, los dirigentes de OTB's , SEDES, ONGs que trabajan en el área y que tienen la visión de mejora en el acceso de Salud para la comunidad, población oriunda de lugares costumbristas SEDES, CODEMETRA, municipio, las personas. que trabajan en

el área , población oriunda de lugares costumbristas, SEDES, CODEMETRA, municipio, las personas.

## **VIII. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN**

### **8.1. Geográfica**

El Centro de Salud se halla en la zona Sudeste del Municipio de Cercado; específicamente en el Distrito 14.

#### **LIMITES**

Villa Sebastián Pagador está asentada territorialmente en lo que antiguamente se conoció como Valle hermoso Norte. Los límites actuales están definidos al Este por la Serranía del cerro Kiri- Kiri; al norte el punto de referencia es la planta de energía eléctrica de ENDE; al Oeste el límite es la refinería Gualberto Villarroel y un canal de riego que sirve de frontera con la zona de Valle Hermoso; finalmente al Sur constituye la Torrentera Tuna Sanimayu.

#### **ACCESIBILIDAD**

El este tema se tocarán el acceso económico, acceso de vías camineras y lugar de ubicación:

En cuanto al acceso económico, en principio el Centro de Salud atiende prestaciones de acuerdo a la norma SUMI mujeres embarazadas y hasta cumplidos los 6 meses cumplidos el RN, y niños menores de 5 años. Este grupo está exento de pago por atención, medicamentos e internaciones. El resto de la población accede al servicio por el módico monto de 6 Bs. la Consulta externa y el tratamiento, laboratorio u otros son cubiertos por algunos Programas (TBC, RENAL, CHAGAS, VIH, y otros). Sin embargo existe población que no accede de forma absoluta a ninguna prestación ya sea por la edad o el sexo. El Programa de la Tercera edad aún no está implementado por parte de la Alcaldía por lo que la tercera edad tampoco accede libremente a exculpación de casos nominados indigentes. Se han realizado diversas gestiones para hacer que las Farmacias particulares realicen servicio nocturno sin resultado alguno hasta el momento, esto

es inquietante ya que el Centro de Salud tiene limitado los medicamentos para el SUMI.

El Centro de Salud se halla la Av. Humberto Asin, siendo esta la más transitada del Distrito, convirtiéndose además como Centro para la accesibilidad de los distritos 8 y 9. Existe bastante movimiento vehicular, llegando a 8 líneas de transporte público organizados en Sindicatos, el servicio nocturno en ocasiones es de hasta altas horas de la noche pero por ser considerada zona roja esta no es transitable; existen además empresas de radiomóviles que realizan servicio durante toda la noche pero por el tema de los costos muchos no lo usan sobre todo por la noche.

En cuanto a las vías camineras, muchas OTB`s no cuentan con caminos accesibles por lo que se dificulta el acceso a la ambulancia en casos de emergencia, por lo que el personal muchas veces debe darse modos para el recojo de pacientes.

El Centro de Salud se halla a 20 minutos de los centros de referencia correspondientes, sin embargo esto se considera como seguro ya que muchas veces los pacientes son rechazados por el tema de disponibilidad de camas, por lo que se dificultan enormemente la resolución de los casos de emergencias sobre todo pediatría y maternidad. Una barrera que debe ser considerada es el trato por parte del personal de los centros de referencia hacia el personal que lleva la transferencia y nuestros pacientes referidos que muchas veces se pierden en el ínterin sin haber recibido la atención pertinente.

## **8.2. Política**

Villa Sebastián Pagador está reconocida jurídicamente desde el año 2001 como Distrito Municipal N° 14, del Municipio de Cercado<sup>75</sup>

Está organizado en las denominadas Organizaciones Territoriales de Base, conformando el Distrito 21 OTB`s reconocidas hasta el año 2006 y que figuraban

en el mapa de ese año en la actualidad son 29 OTBs con personería jurídica y legalmente reconocidas`.

Tiene una estructura liderizada por la directiva la cual está conformada por representantes de las diferentes OTB`s siendo la elección de las primeras carteras por votación directa y 7 por mayoría de votos.

La representatividad de esta directiva alza importancia ya que al ser representante de uno de los sectores más poblados del Cercado define las diferentes actividades tanto de la Gobernación, Alcaldía e incluso del Gobierno mismo, con el cual se han llegado a realizar acuerdos en cuanto mejoramiento de dotación de agua potable, luz, vías camineras y otras, siendo el sector salud en la actualidad el menos beneficiario pese al compromiso de la construcción de un Tercer nivel.

La representatividad de esta directiva alza importancia ya al ser representante de uno de los sectores más poblados del Cercado define las diferentes actividades tanto de la Gobernación, Alcaldía e incluso del Gobierno mismo, con el cual se han llegado a realizar acuerdos en cuanto mejoramiento de dotación de agua potable, luz, vías camineras y otras, siendo el sector salud en la actualidad el menos beneficiario pese al compromiso de la construcción de un Tercer nivel.

Las diferencias grupales y inconformismo al interior del Distrito ha hecho que 7 OTBS se desliguen de la directiva del mismo para conformar la denominada Mancomunidad que tiene su propia mesa directiva con planes propios y que reciben recursos al igual que las demás OTB`S, sin embargo el tema de la autonomías hace ver que probablemente deban tomar otro rumbo.

## **MODELO DE ATENCION Y POLICA SAFCI**

En la actualidad no se ha implementado el Modelo de Salud lanzado por el Gobierno ya que no se realiza la SAFCI, no se han iniciado el tema de las carpetizaciones, y las Alianzas estratégicas con la Medicina Tradicional, Colegios, Instituciones y ONG´S aun son incipientes

### **8.3. Institucional**

Sebastián Pagador es un Centro de Salud con camas con atención de consulta externa, y atención de partos las 24 horas incluyendo otras emergencias, en relación a la población tiene falencias de RRHHH al igual que otros centros sin embargo en este caso se hace crítico ya que el número de personal es similar a otros que atienden 12 horas.

El centro de Salud se constituye en Centro de referencia de los centros de salud de 6 horas de atención a nombrar Alto Pagador, Minero San Juan, Valle Hermoso (este centro es de atención por médicos cubanos con miras a constituirse un segundo nivel en años posteriores)

Cuenta con 5 camas sin embargo las 5 camas generalmente no llegan a llenarse, en el tema de coberturas existen sesgos debido principalmente al tema de trato con Calidez que generaliza a todo el personal, existiendo mucha queja de la población al respecto.

La administración de los recursos corresponde exclusivamente a la Alcaldía, lo que lleva a generar problemas ya que generalmente no se dota al Centro los requerimientos solicitados cada año incluso en tres solicitudes continuas por año.

Actualmente se trabaja en una infraestructura ya pequeña en relación a la población demandante ya que la misma no fue planificada con miras al crecimiento demográfico ya que en la actualidad el distrito 14 es el segundo más grande del cercado con población de aproximadamente 50.000 hab, pero el mayor problema resulta ser la única sala de partos con dos camillas ginecológicas puestos en ambientes que totalmente son contrarias a las costumbres de muchas pacientes además de ser agresiva para el Recién Nacido por el excesivo frío que es mucho mayor durante el invierno pese al uso de calefactores sobre todo en horas de la noche y madrugadas las mismas que además deben estar con la bata hospitalaria, y ser sometidas a limpieza muchas veces con agua fría, probablemente la dotación de una cuna térmica podría ayudar a este problema pero durante los dos años de dirección no ha existido respuesta de parte de la Alcaldía para la compra solicitada; se cuenta con una sola sala de internaciones

cuyo techado fue recientemente refaccionado ya que las pacientes en ocasiones debían ser trasladadas a ambientes improvisados por las goteras. En la actualidad tanto la instalación eléctrica, de plomería y disposición de ambientes se han hecho incipientes llegando a sufrir frecuentemente cortes eléctricos, quemaduras de equipos, cortes de agua, y goteras.

Actualmente no se realizan otras internaciones, ya que no se cuentan con ambientes disponibles. La sala de emergencias es un ambiente reducido, improvisada cuyo ambiente es compartido por enfermería

### **RECURSO HUMANO**

- 6 médicos generales de tiempo completo y dos de medio tiempo
- 1 licenciada
- 8 enfermeras
- 1 odontólogo
- 1 bioquímico
- 1 técnico en laboratorio
- 2 admisionistas
- 2 responsables de farmacia
- Dos guardias de seguridad
- 2 conductores
- 5 personal de limpieza y cocina

### **SERVICIOS QUE OFERTA**

El Centro de Salud realiza servicios durante 24 horas contínuas, incluyendo fines de semana y feriados, sin embargo en este último la falta de médicos hace que solo haya servicio de enfermería.

Se ofertan los siguientes servicios

- Atención de consulta externa continua durante 12 horas en dos turnos

- Emergencias las 24 horas
- Servicio de ambulancia las 24 horas
- Atención de niño sano y enfermo
- Control prenatal
- Atención de parto
- Internaciones
- Servicio de odontología
- Servicio de laboratorio
- Servicio de enfermería
- Servicio de fisioterapia en convenio con la UMSS
- Atención de Farmacia
- Atención en los consultorios comunitarios
- Vacunaciones PAI, rabia

## **INFRAESTRUCTURA**

El Centro de Salud cuenta con:

- 1 sala de espera
  - Área de admisión
  - Area de farmacia
  - Area de odontología
  - Área de enfermería y emergencias
  - Sala del PAI
  - 4 consultorios
  - 1 sala de internaciones con cinco camas
  - Sala de dilatantes
  - Dirección
  - Jefatura de enfermería
  - Deposito de enfermería
  - Sala de Tuberculosis
-



- Dormitorios para el personal de turno, médico, enfermería, limpieza, chofer y guardia
- Área de laboratorio
- Cocina
- Sala de reuniones
- 8 baños

#### **8.4. Población-Densidad**

De acuerdo al censo 2001 realizado por el INE este distrito es el más numero de la Comuna, cuenta con una población de 50.332 habitantes.<sup>76</sup> En una superficie de 69,39 kilómetros cuadrados<sup>77</sup>. Con una densidad poblacional de 10 hab. por Km2 al año 2006 frente a una de 173 del cercado.

#### **8.5. Servicios Básicos**

Quienes vinieron a la ciudad hace más de tres décadas en busca de mejores oportunidades para ellos y sus familias han construido su barrio con sus propias manos y recursos sin embargo hoy en día Villa Pagador sigue siendo una zona con grandes carencias y necesidades<sup>78</sup>. Hacia el año 2006 de las 5178 familias solo 805 (15.55 %) contaban con agua dotada por cañería, 3995 (77,15 %) recibían de carro repartidor, otros 378<sup>79</sup>. En la actualidad con Proyectos de Evo Cumple se ha dotado de agua por y alcantarilla a 20838 hab<sup>80</sup>; el resto de la población queda marginada y en este caso las OTB`S de la denominada mancomunidad y otras que se hallan al norte del Centro de Salud en la serranía llegando a ser al menos 10 OTB`S.

La electrificación está instalada de forma general, sin embargo existen OTB`S que tienen iluminaria de poca intensidad, sobre todo las del norte al centro de salud.

El recojo de basuras se lo realiza por los carros basureros que lo realizan dos veces por semana, y un día a ala semana pasan a recoger residuos infecciosas de los centros de salud

El recojo de basuras se lo realiza por los carros basureros que lo realizan dos veces por semana, y un día a la semana pasan a recoger residuos infecciosos de los centros de salud, existiendo el servicio Municipal de EMSA como también por dos servicios privados de la zona<sup>81</sup>

## 8.6. Cultural

En el censo del año 2001, de la población total de 15 o más años de edad de Villa Sebastián Pagador, el 83,3 % dijeron pertenecen a algún pueblo indígena, principalmente quéchua, aymara.

**Cuadro Nº 2.- Autopertenencia de la población de 15 o más años de edad a un pueblo Indígena Distrito 14 – Municipio de Cercado**

QUECHUA	AYMARA	GUARANÍ	OTRO NATIVO	NINGUNO
5155	4533	29	57	1947
43,98 %	38,67%	0,25%	0,49%	16,61%

Fuente: Datos del Distrito 14. Tomo II. CEDIB

La elección de autopertenencia en el Distrito 14 supera al resto de los distritos del Cercado, llegando casi a doblar el porcentaje promedio de distritos ubicados en el centro y norte de la ciudad.

También supera el de los distritos del sector rural del municipio (9 y 13). Este es un dato revelador sobre la masiva presencia indígena en un ámbito urbano como Villa Pagador.

**Cuadro Nº 3. Idiomas que se hablan en el Distrito 14**

	Quechua	Aymara	Otro Nativo	Castellano	Extranjero	Solo Nativo	Nativo Y Castellano	Solo castellano
Distrito 14	6.37%	3.58%	0.17%	88.93%	0.58%	4.54%	5.77%	3.17%

Municipio	38.08%	7.68%	0.21%	92.77%	5.83%	2.42%	0.39%	52.46%
-----------	--------	-------	-------	--------	-------	-------	-------	--------

Fuente: Datos del Distrito 14. Tomo II. CEDIB

El Distrito 14 es una de las zonas con mayor presencia aymara y de quechuas del altiplano orureño en Cochabamba. Casi el 40% se identifica como Aymara y más del 43% como quechua. Esta diferencia entre la gente que habla el aymara y quienes se identifican como aymaras nos muestra que aunque si bien en el contexto urbano se pierden características importantes como el uso de la lengua originaria, se mantienen los lazos afectivos y de autoidentificación con la cultura del propio lugar de origen o del lugar de origen de los padres.<sup>82</sup>

## **IX. OBJETIVOS**

### **9.1. Objetivo General**

Contribuir al proceso de implementación de atención del parto intercultural en el Centro de Salud Sebastián Pagador

### **9.2. Objetivos Específicos**

Implementar en el centro de salud un ambiente para atención de parto humanizado intercultural

## **X. RESULTADOS ESPERADOS**

### **R1. Personal de salud capacitado en el modelo atención SAFCI**

80% del personal de salud está capacitado en el modelo SACFI

### **R.2 Parteras incorporadas al servicio y acreditadas para atención de partos**

50% de practicantes de atención del parto están capacitadas en parto sin riesgo al tercer mes del proyecto.

90% de los partos domiciliarios son referidas al centro de salud.

El 80% del personal que atiende partos ha incorporado la práctica intercultural al final del proyecto.

### **R.3. Conformado un comité local de salud intercultural**

50 dirigentes de OTBS y ONGS participan de las actividades de formación y capacitación SAFCI

Está conformada la mesa de salud al 6to mes del proyecto

7 OTBS con sus autoridades locales de salud conforman el comité local de salud

El pleno del comité de salud participa de actividades de planeación y elaboran del POA en salud.

## **XI. ACTIVIDADES**

A.1.1. Realizar 2 módulos de 400 horas de carga cada una; sobre el modelo SAFCI, políticas de salud, con 30 participantes del área salud en cada taller

A.1.2. Realizar 5 mesas de salud sobre los problemas de salud y política SACFI con las OTBs, y parteras identificadas

A.2.1. implementar una sala de atención de partos interculturales

A.2.2. Efectuar 2 seminarios, sobre los beneficios de los mates medicinales durante el parto.

A.2.3. Incorporar en los protocolos de atención de parto la oferta de mates medicinales (Botica implementada en el centro de salud)

A.3.1. Impartir un curso del modelo gestión de la SAFCI con representases de salud de las OTBs

A.3.2. Realizar un taller de elaboración de POA en salud con enfoque intercultural del modelo SAFCI con participación del Comité de Salud.

## **XII. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS**

- 50 % incrementado los casos de partos atendidos en el Centro de Salud hasta el final de gestión.
  - Los casos de partos domiciliarios disminuyen en un 30 %
1. 90% cumplidos los compromisos de gestión y de cobertura de atención de parto y control prenatal al final de gestión
  2. 50% de mujeres en edad fértil están carpetizadas a mitad de gestión
  3. Equipado un ambiente o adaptado en el Centro de Salud para atención del parto intercultural
- R.1. 1. El 80% del personal de salud está capacitado en el modelo SACFI y el 50 % ha aprobado el módulo de capacitación SAFCI.
- R.2.1. 50 % de practicantes de atención del parto están capacitadas en parto sin riesgo al tercer mes del proyecto.
- R.2.2. 90% de los partos domiciliarios son referidos al centro de salud
- R.2.3. el 80% del personal que atiende partos ha incorporado la práctica intercultural al final del proyecto.
- R.3.1. 30 dirigentes de OTB`S participan de las actividades de capacitación SAFCI
- R.3.2. Está conformada la mesa de salud al 5to mes del proyecto.
- R.3.3. 7 OTB´s con sus autoridades locales de salud conforman el Comité de Local de Salud
- R.3.4. El pleno del Comité de Salud participa de actividades de planeación y elaboración del POA en salud

### **XIII. FUENTE DE VERIFICACIÓN**

- Listas de participantes
- Informes validados por autoridades
- Fotografías
- Videos
- Datos de cuadernos SNIS con resultados mejorados

### **XIV. SUPUESTOS**

- La comunidad continúa considerando prioritario los temas de prácticas culturales e ingestas de matecitos, manteos y rituales.
- Las autoridades originarias apoyan el trabajo de la instancia ejecutora del proyecto en beneficio de las mujeres embarazadas
- El personal de salud capacitado permanece en su puesto al menos 2 años
- Las autoridades locales no tienen reparos en el trabajo de la instancia ejecutora del proyecto

### **XV. ANÁLISIS DE VIABILIDAD**

Políticamente este proyecto es viable ya que va acorde a los procesos de implementación de nuevas mejoras en la salud, socialmente es viable porque beneficia de sobremanera a la población en general del Distrito 14, el enfoque intercultural hace que se ligue el proyecto con la visión de implementación intercultural en el trabajo de parto lo que a su vez beneficiará en la captación de nuevos embarazos hasta culminar su atención con el parto en nuestro centro de salud.

El proyecto está en el marco de la política SAFCI, que establece el uso de la medicina tradicional como un recurso útil para la población, no solo hace accesible sino, que también es culturalmente aceptable.

Existe una voluntad política de las autoridades del SEDES departamental para fortalecer la participación comunitaria y capacitar al personal de salud para la implementación de las interculturalidad en salud, esta circunstancia hace posible, la viabilidad de la propuesta.

## **XVI. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD**

### **16.1. Factibilidad Social**

Este proyecto es factible socialmente porque existe un nexo previo con la comunidad y sus dirigencias.

El proyecto está en el marco de las tradiciones y la aceptación social para el uso del medicamento casero, esta circunstancia fortalece a la práctica médica, consecuentemente es factible la propuesta.

**16.2. Factibilidad Cultural/Intercultural** se prevé el uso de recursos que mínimamente conozcan y hablen el idioma nativo

**16.3. Factibilidad Económica**, es posible incorporar en el POA Municipal fondos que dependen del presupuesto público.

Hay interés expreso de la inversión de las ONGs que estén trabajando con el tema intercultural hace que sea posible la factibilidad económica.

La presencia de residentes de la Residencia Médica SAFCI constituyen en un recurso accesible para la capacitación del personal y la propia comunidad.

**16.4. Factibilidad de Género**, existe mayor predisposición de participación femenina sin embargo las consecuencias de un parto mal atendido es familiar por lo que despertará el interés del género masculino

## **XVII. ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO**

Teniendo al personal capacitado se espera cambiar la lógica de trabajo y la incorporación de las parteras (factible) y se cambiaría la modalidad de enfoque del trabajo en salud con participación de la comunidad y mejoramiento de la accesibilidad institucional con respeto a las costumbres comunitarias.

Por ser una política del estado Plurinacional boliviano, la incorporación de la medicina tradicional será sistemática y en el mediano plazo, de tal manera que será posible sostener económicamente el proyecto.

Siendo que el proyecto incorpora habilidades técnicas en el personal de salud para el uso de la medicina tradicional, es posible que en la vida útil de desempeño del personal se aplique las experiencias aprendidas durante la vida útil del proyecto.

## **XVIII. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO**

Con esta intervención se espera mejorar la calidad y calidez de atención del parto, aumentar la satisfacción de las usuarias, elevar el número de partos atendidos por personal capacitado, lograr formar la red social para prevenir la muerte materna y neonatal, atraer inversión para continuar las mejoras en infraestructura y equipamiento hospitalario.

## **XIX. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO**

Se espera la cooperación del SEDES, de la residencia médica SAFCI, la inversión de ONGS que trabajan en la mejora de salud materna, Alcaldía en el tema de compra de equipamiento, en el tema de infraestructura el distrito y la alcaldía.





Fotografía 1. Vista Panorámica de Villa Sebastián Pagador hacia el año 2006, en los años de su fundación.

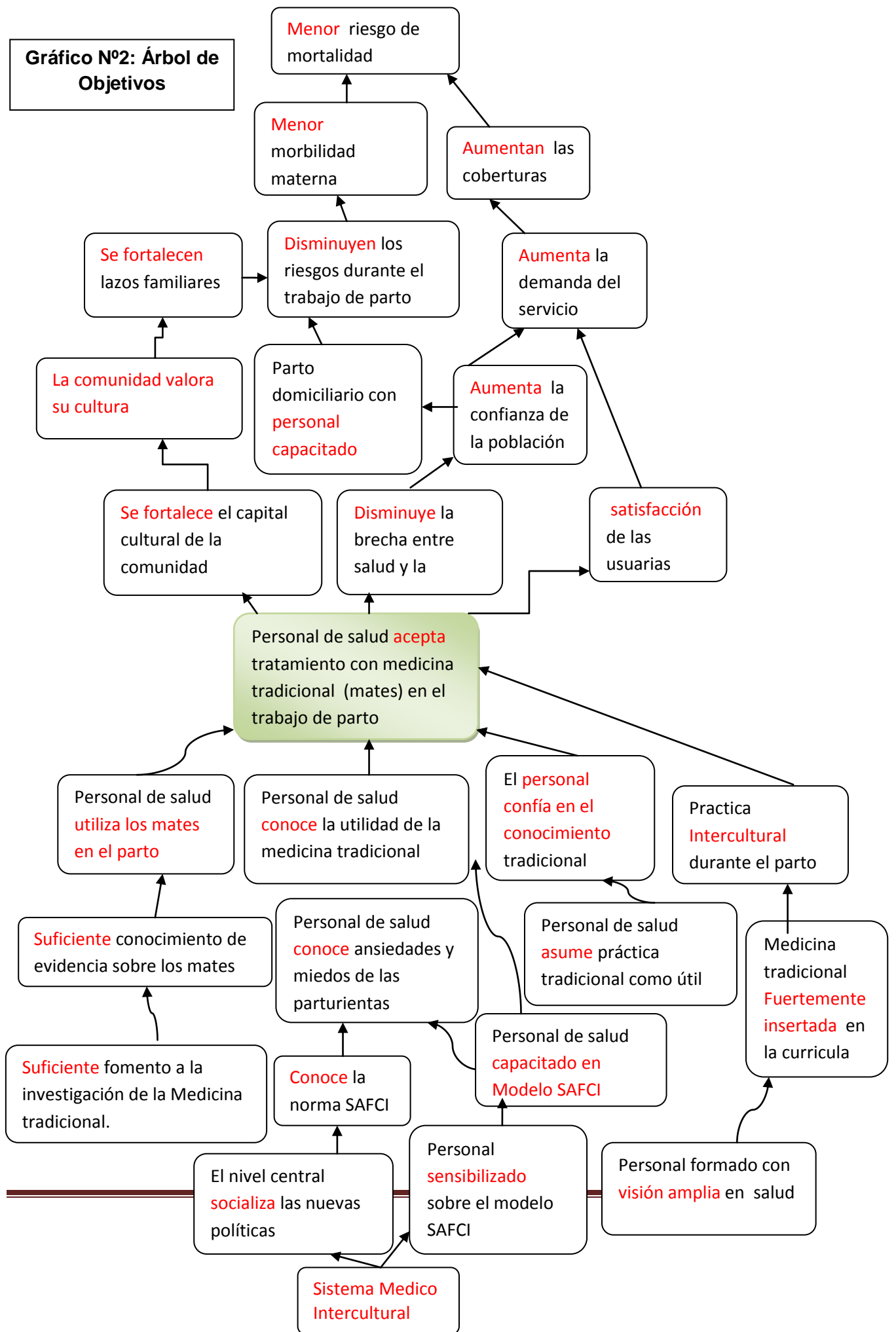


**Fotografía 2. Vista panorámica de Villa Sebastián Pagador actualmente (Alto Yuraj Rummy – Mancomunidad) nótese la disposición del agua que es disposición general en las OTBS que reciben agua de cisterna.**



**Fotografía 2. Vista panorámica de Villa Sebastián Pagador actualmente (Alto Yuraj Rummy – Mancomunidad) nótese la disposición del agua que es disposición general en las OTBS que reciben agua de cisterna.**

**Gráfico N°2: Árbol de Objetivos**

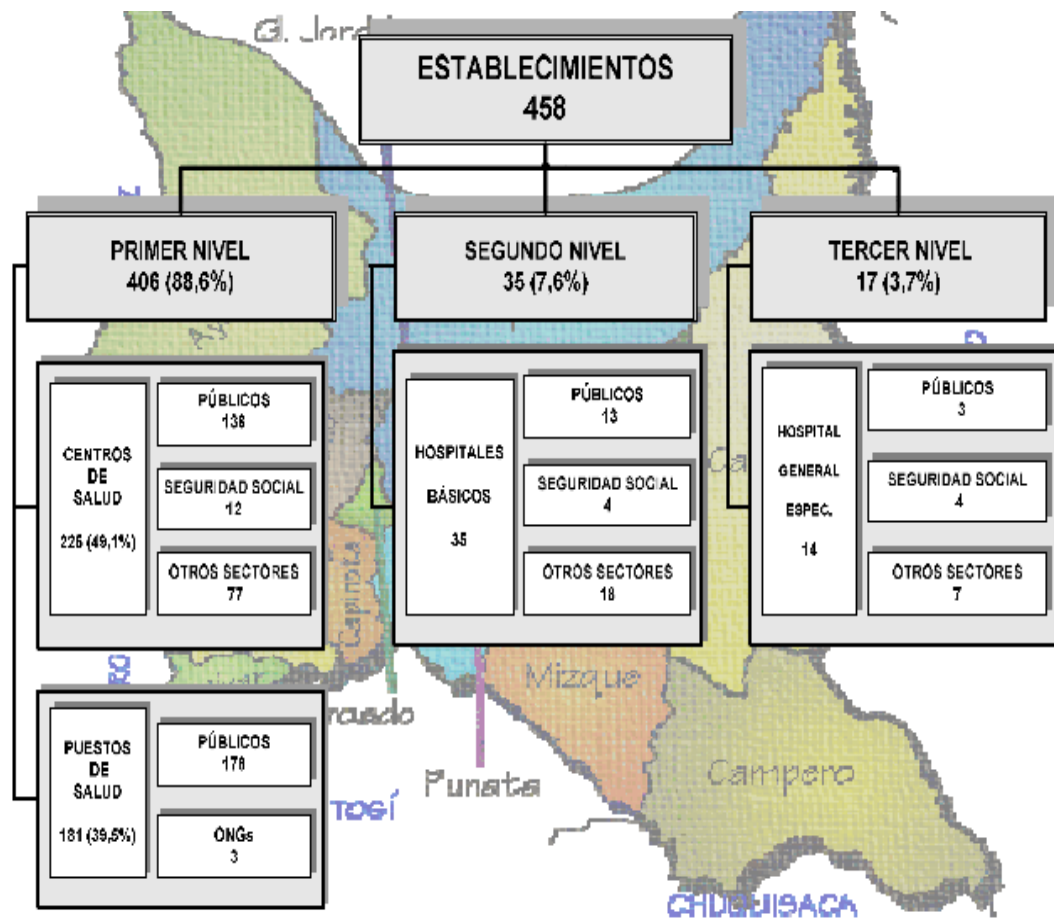


## CUADRO DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA

ANALISIS	ATENCION INTERCULTURAL	CURRICULA UNIVERSITARIA	INVESTIGACION CASO CONTROL
ECONOMICO	+	+++	+++
FACTIBILIDAD	+++	+	++
VIABILIDAD	+++	+	+
OPERATIVIDAD	+++	+	+++

**Cuadro N° 5. Posibles Alternativas al Problema Planteado**

Fuente: Elaboración en Base al Análisis del Árbol de Problemas y Objetivos,

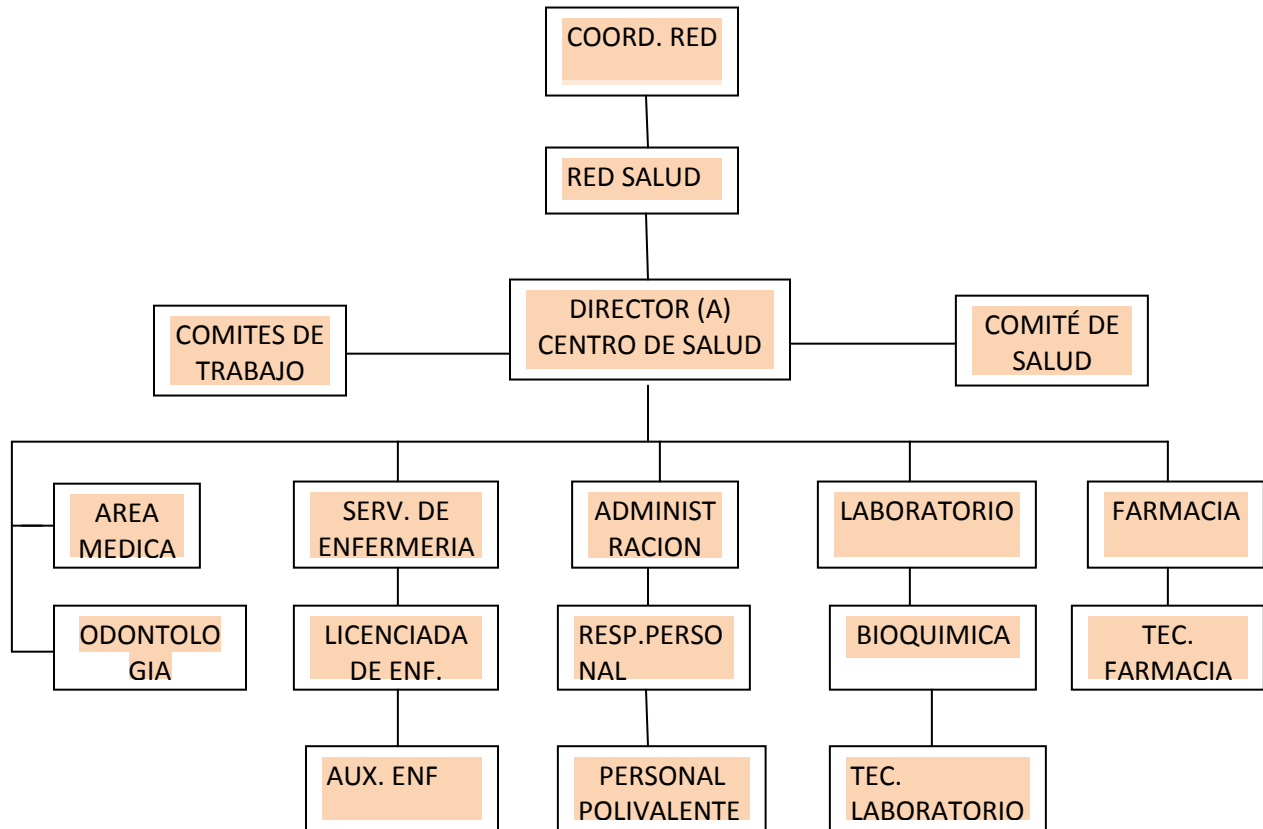


Fuente: SNIS CBBA.

## LOS SUBSECTORES EN SALUD

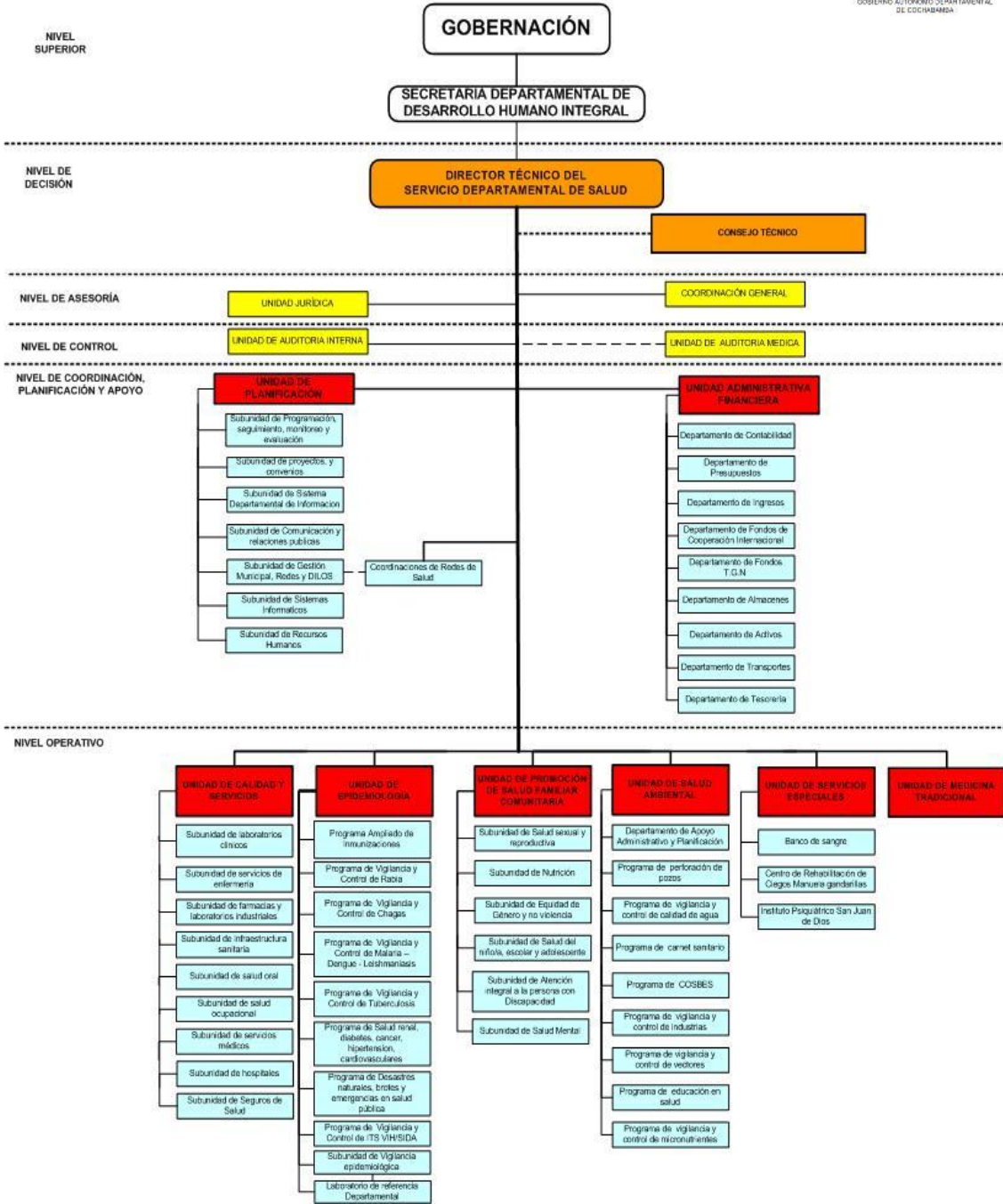
**Figura N°3 Red de Salud Cochabamba** .Fuente Página Internet [http://capinota.files.wordpress.com/2006/09/sedes-cbb\\_sept2006.pdf](http://capinota.files.wordpress.com/2006/09/sedes-cbb_sept2006.pdf)

## ORGANIGRAMA CENTRO DE SALUD SEBASTIAN PAGADOR



**Gráfico 2. Organigrama Centro de Salud**  
Fuente: Elaboración Propia en base a Último Documento de Acreditación de Hospitales del Ministerio de Salud





**Graf. 2. Organigrama SEDES Cochabamba aprobado. Agosto 2012**  
**Fuente: Manual de Organización SEDES**





H. Municipalidad de Cochabamba

Fig.1. Mapa del Área de Influencia del Centro de Salud Sebastián Pagador Distrito 14

## XX. CITAS BIBLIOGRAFICAS

---

1

<http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf>

2

<https://sites.google.com/site/geografiademexicoydelmundo3/diversidad-cultural-etnias-lenguas-y-religiones>

3

[http://www.unesco.org/education/wef/countryreports/bolivia/rapport\\_1.html](http://www.unesco.org/education/wef/countryreports/bolivia/rapport_1.html)

4

[http://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Pueblos\\_originarios\\_e\\_ind%C3%ADgenas\\_de\\_Bolivia](http://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:Pueblos_originarios_e_ind%C3%ADgenas_de_Bolivia)

5

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172012000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172012000200002&script=sci_arttext)

6

<http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf>

7

<http://es.answers.yahoo.com/question/index?qid=20080615063501AAsHvrT>

8

<http://www.monografias.com/trabajos82/medicina-tradicional-andina/medicina-tradicional-andina2.shtml>

9

[http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen1/ciencia2/40/htm/sec\\_51.html](http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen1/ciencia2/40/htm/sec_51.html)

10

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172012000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172012000200002&script=sci_arttext)

11

<http://www.monografias.com/trabajos52/definiciones-sistema-salud/definiciones-sistema-salud2.shtml>

12

---

La INTERCULTURALIDAD COMO MECANISMO ESTATAL DE INCLUSIÓN SUBORDINADA Y RECONOCIMIENTO DISTORSIONADO. LA INTERCULTURALIDAD COMO HERRAMIENTA DE EMANCIPACIÓN. 2001, PÁG.21 (20 DE ENERO 2012)

13

[http://conflictosinterculturales.cebem.org/admin/images/cms/upload/interculturalidad\\_lenguas\\_comunicacion\\_social.pdf](http://conflictosinterculturales.cebem.org/admin/images/cms/upload/interculturalidad_lenguas_comunicacion_social.pdf)

14

<http://books.google.com.bo/books?hl=es&lr=&id=m6poj7n8YR4C&oi=fnd&pg=PA65&dq=interculturalidad+y+salud&ots=Qg>

15

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100013&script=sci_arttext)

16

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext)

17

[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext) (02/02/13)

18

[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo\\_intercultural\\_09.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf) 040213

19

[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo\\_intercultural\\_09.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf) 040213

20

<http://www.flacso.org.ec/portal/publicaciones/detalle/pluralismo-medico-y-parto-biomedico-en-la-maternidad-isidro-ayora-d>

21

<http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf>

22

[http://www.unicef.org/ecuador/health\\_nutrition\\_16853.htm](http://www.unicef.org/ecuador/health_nutrition_16853.htm)

23

Arnold y Yapita.Las Wawas del Inca: hacia la salud Materna Intercultural en algunas Comunidades andinas, pag.55,56

24

<http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=ModeloSAFCI>

---

25

[http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/74/ARREDONDO\\_BAQUERIZO\\_FREDE\\_R\\_DUALIDA\\_040213](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/74/ARREDONDO_BAQUERIZO_FREDE_R_DUALIDA_040213)

26

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1726-46342006000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1726-46342006000100004&script=sci_arttext) 040213

27

<http://argentina.indymedia.org/news/2012/05/814338.php>

28

Robustiana Jiménez. Norte Potosí (mi mamá) 040213

29

<http://www.monografias.com/trabajos82/medicina-tradicional-andina/medicina-tradicional-andina2.shtml>

30

[www.flacsoandes.org/biblio/catalog/resGet.php?resId=43883](http://www.flacsoandes.org/biblio/catalog/resGet.php?resId=43883) 040213

31

*tesis.pucp.edu.pe/.../ARREDONDO\_BAQUERIZO\_FREDE\_R\_DUALI..(12 enero de 2013)*

32

[www.flacsoandes.org/biblio/catalog/resGet.php?resId=43883](http://www.flacsoandes.org/biblio/catalog/resGet.php?resId=43883) 040213

33

<http://www.cirsociales.uady.mx/pdf/eventos/roberto-campos.pdf> 060213

34

<http://www.facebook.com/pages/Traductores-Indigenas-de-Mexico/133977640050212?sk=info> 040213

35

[www.ilcanet.org/publicaciones/pdf/wawas/wawas\\_15hallazgos.pdf](http://www.ilcanet.org/publicaciones/pdf/wawas/wawas_15hallazgos.pdf)

36

[www.ilcanet.org/publicaciones/pdf/wawas/wawas\\_15hallazgos.pdf](http://www.ilcanet.org/publicaciones/pdf/wawas/wawas_15hallazgos.pdf)

37

[www.ilcanet.org/publicaciones/pdf/wawas/wawas\\_15hallazgos.pdf](http://www.ilcanet.org/publicaciones/pdf/wawas/wawas_15hallazgos.pdf)

38

Constitución Política del Estado. Pág. 25, Pag.29.

---

39

*odhpi.org/wp.../LIBRO-SALUD-E-INTERCULTURALIDAD.pdf Experiencias sobre salud intercultural en America Latrina*

40

EL VERDE LA SALUD (DESCRIPCION Y USO DE 100 PLANTAS MEDICINALES DEL SUR DE COCHABAMBA Y NORTE POTOSI. Jaime Zalles Asín – Manuel de Luca. Seg. Edición 1993.

41

[www.lostiempos.com/.../estrenan-primera-sala-de-parto-intercultural\\_](http://www.lostiempos.com/.../estrenan-primera-sala-de-parto-intercultural_) ( Redacción Central - Los Tiempos - 27/03/2009) 13 de enero de 2013

42

[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2074-46092010000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092010000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

43

<http://www.utlamericas.org/wp-content/themes/pdf/it/7/5/parte2.pdf>

44

<file:///C:/Documents%20and%20Settings/PCX/Escritorio/PARTO%20INTERCULTURAL.htm>

45

<http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=bl&v=2223&l=es>

46

[http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa\\_de\\_Bolivia](http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_de_Bolivia)

47

[http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa\\_de\\_Bolivia](http://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_de_Bolivia)

48

<http://bolivia.unfpa.org/indicadores-nacionales>

49

[http://capinota.files.wordpress.com/2006/09/sedes-cbb\\_sept2006.pdf](http://capinota.files.wordpress.com/2006/09/sedes-cbb_sept2006.pdf)

50

---

[http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/local/20111227/salud-en-el-districto-14-un-tema-delicado\\_154777\\_322248.h](http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/local/20111227/salud-en-el-districto-14-un-tema-delicado_154777_322248.h) (050313)

51

[http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/local/20111227/salud-en-el-districto-14-un-tema-delicado\\_154777\\_322248.h](http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/local/20111227/salud-en-el-districto-14-un-tema-delicado_154777_322248.h) (050313)

52

Balderrama Ramiro, Rojas Edwin Calvimonte, Calixto Vásquez. DIAGNOSTICO DEL DISTRITO 14, ZONA SUR DE LA CIUDAD DE COCHABAMBA. PAG.

53

[www.encolombia.com/medicina/enfermeria/.../Practicadecuidado2.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/.../Practicadecuidado2.htm)

54

EL VERDE DE LA SALUD.JAIME ZALLES ASIN – MANUEL DE LUCCA. PAG.70

55

EL VERDE DE LA SALUD.JAIME ZALLES ASIN – MANUEL DE LUCCA. PAG.79

56

EL VERDE DE LA SALUD.JAIME ZALLES ASIN – MANUEL DE LUCCA. PAG. 132

57

<http://herbalia.wordpress.com/2009/04/15/plantas-abortivas/>

58

[www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx](http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx)

59

EL VERDE DE LA SALUD.JAIME ZALLES ASIN – MANUEL DE LUCCA. PAG. 125

60

[www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx](http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx) ›

61

[www.encolombia.com/medicina/enfermeria/.../Practicadecuidado2.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/.../Practicadecuidado2.htm)

62

[http://www.ehowenespanol.com/hierbas-provoca-contraccion-uterina-info\\_140358/](http://www.ehowenespanol.com/hierbas-provoca-contraccion-uterina-info_140358/)

63

---

Balderrama Ramiro, Rojas Edwin Calvimonte, Calixto Vásquez. DIAGNOSTICO DEL DISATRITO 14, ZONA SUR DE LA CIUDAD DE COCHABAMBA. PAG.

64

Balderrama Ramiro, Rojas Edwin Calvimonte, Calixto Vásquez. DIAGNOSTICO DEL DISATRITO 14, ZONA SUR DE LA CIUDAD DE COCHABAMBA. PAG.17

65

FUNDACION GANDHI. 2007

66

[http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/local/20111227/salud-en-el-districto-14-un-tema-delicado\\_154777\\_322248.h](http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/local/20111227/salud-en-el-districto-14-un-tema-delicado_154777_322248.h)

67

BOLETIN INFORMATIVO N° 1 COMITÉ DEPARTAMENTAL DE VIGILANCIA DE LA MORBI – MORTALIDAD MATERNA. SEPTIEMBRE 2012. (050313)

68

PLAN NACIONAL DE SALUD. PAG. 37

69

BOLETIN INFORMATIVO N° 1 COMITÉ DEPARTAMENTAL DE VIGILANCIA DE LA MORBI – MORTALIDAD MATERNA. SEPTIEMBRE 2012. (050313)

70

Balderrama Ramiro, Rojas Edwin Calvimonte, Calixto Vásquez. DIAGNOSTICO DEL DISTRITO 14, ZONA SUR DE LA CIUDAD DE COCHABAMBA. PAG 112 (050313)

71

Dr. Carlos Tamayo, 2013

72

Dr. Carlos Tamayo

73

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA 2008. PAG.24-29

74

---

<http://www.unicef.org/spanish/sowc09/docs/SOWC09-Panel-4.1-ESP.pdf> 070313

75

Balderrama Ramiro, Rojas Edwin Calvimonte, Calixto Vásquez. DIAGNOSTICO DEL DISTRITO 14, ZONA SUR DE LA CIUDAD DE COCHABAMBA. PAG 112 (050313)

76

<http://www.cochabamba.gob.bo/Comunas/Vallehermoso/distrito14>

77

<http://www.cedib.org/wp-content/uploads/2011/11/Distrito-14w.pdf>

78

<http://www.cedib.org/wp-content/uploads/2011/11/Distrito-14w.pdf>

79

<http://www.cedib.org/wp-content/uploads/2011/11/Distrito-14w.pdf>

80

[http://paap.mmaya.gob.bo/index.php?option=com\\_content&view=article&id=98&Itemid=166](http://paap.mmaya.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=98&Itemid=166)

81

Sr. Fortunato Chocamani. Presidente del Comité de Salud del Distrito 14.

82

Datos del Distrito 14, tomo II; pág. 4