

UNIVERSIDAD MAYOR DE “SAN ANDRÉS”
FACULTAD DE MEDICINA - ENFERMERIA – NUTRICION – TECNOLOGÍA
MEDICA
UNIDAD DE POST - GRADO



**FACTORES CULTURALES QUE INTERFIEREN EN
EL ACCESO DE LAS MUJERES GESTANTES
LECAS AL CENTRO DE SALUD TEOPONTE
DURANTE EL
PRIMER SEMESTRE DE 2006**

POSTULANTE: Dr. Hilarión Limachi Quispe

TUTOR: Dr. José Antonio Zambrana Torrico

LA PAZ – BOLIVIA

2008

AGRADECIMIENTOS

A Dios por no dejarme nunca, a los docentes del Curso de Especialidad de Interculturalidad, por impartir conocimientos en nuestra formación profesional y a SEDES LA PAZ por darnos la oportunidad de superación.

DEDICATORIA

*A las madres, que hoy, como siempre
sufren el dolor en traer un nuevo ser.*

I. INTRODUCCIÓN

Los gobiernos a través del Ministerio de Salud y Deportes, han expresado preocupación por incrementar la demanda de los servicios por medio de la oferta de programas y acciones de Atención Primaria orientados a reducir la mortalidad materna e infantil. La maternidad refleja la pobreza de Bolivia, un país pluricultural y multiétnico, cuyas consecuencias afectan con matices de mayor vulnerabilidad a la mujer indígena a través de la marginación étnica, cultural, social y económica violando de esta forma el derecho a la salud y a la vida de la mujer.

Desde la reglamentación de prestaciones y gestión del Seguro Materno Infantil (Decreto Supremo N° 26874) ya se plantea la adecuación de los servicios, cuando establece en el artículo 8 que “las prestaciones del SUMI en los tres niveles de atención se adecuen a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando la identidad, base cultural y con enfoque de género”.

Sin embargo aún con la implementación de la mencionada Ley la situación de la gestación se mantiene sin cambios significativos en la última década. El propósito de este trabajo de investigación pretende ser el punto de partida para el cambio del sistema de salud tomando énfasis, no sólo los factores biológicos, sociales, sino la cultura y sus componentes como barrera que impide el acceso a la salud primaria, apenas se comienza a entender este concepto y de esta manera se puede identificar la ineficiencia en nuestras políticas de salud, limitando de esta forma el uso de servicios que no son apropiados al medio cultural en el que se encuentran insertos, de ahí nuestros índices altos de mortalidad materna- infantil, situación que esta en proceso de cambio con las nuevas políticas de salud expresadas en las tasas de mortalidad materna

de 232 por 100.000 nacidos vivos de acuerdo a información disponible ENDSA, 2003.

Las prácticas tradicionales todavía son para muchos “médicos, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y funcionarios del sistema de salud oficial” ejemplos de ignorancia y superstición, prácticas que la ciencia médica no puede aceptar. Esta última, a su vez, no acompaña a su práctica de la debida información sobre sus alcances y procedimientos, generando la correspondiente desconfianza en sus usuarios.

Los factores culturales que interfieren en el acceso al servicio de salud de las mujeres Lacas nos ayudará conocer no sólo las diferentes prácticas en cuanto al control prenatal y la atención del parto de las comunidades, sino también sentir y percibir el contexto en que se vive dicho acto; la vivencia, las tradiciones y los estilos de vida de su comunidad, de esta manera nos abrirá las puertas para el ingreso en sus culturas y brindar una atención de acuerdo a sus necesidades y costumbres en nuestro servicio.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO DE CULTURA

Algunos reclaman por la vaguedad con que se suele utilizar el término cultura y su derivado intercultural; pero ni bien se intenta una definición se descubre la complejidad que encierra el concepto y, por tanto, la dificultad que representa definirlo. Ante este escollo, muchas veces se renuncia al esfuerzo de precisar nuevas expresiones.

En realidad, si bien es cierto que el tema es muy complejo y que la definición de cultura conlleva toda una perspectiva teórica, en el marco de un discurso orientado a elaborar una propuesta educativa, es indispensable y de hecho no es tan difícil como se piensa proponer una definición operativa de cultura y de interculturalidad.

Cultura es:

“Los modos de vivir o los modos de ser compartidos por seres humanos”.
(Madeleine Zúñiga. 1997).

“Es la totalidad de conocimientos, creencias, artes, moral, leyes, derecho costumbre y todos los actos adquiridos por el hombre, como miembro de la sociedad” (apuntes de cátedra de interculturalidad).

“Es el conjunto de obras materiales e ideológicas producidas por el hombre. Es lo que pensamos, decimos y hacemos los hombres. Es lo que transmitimos y heredamos a las siguientes generaciones. Es lo que cada pueblo construye”.
(Roberto Campos. UNAM México. 2003.)

La cultura y el lenguaje articulado son propios de los humanos; es lo que diferencia específicamente a nuestra especie de todas las demás. Los humanos tenemos la capacidad de ir amoldando y transformando no sólo la naturaleza, sino nuestras propias relaciones con el mundo y nuestra propia forma de vivir. A través de nuestra historia, hemos ido creando y modificando nuestra relación con el mundo en un proceso acumulativo y evolutivo hecho posible porque lo que creamos y aprendemos lo transmitimos también a nuestra descendencia sin necesidad de modificación genética. Para ello, hemos inventado y seguimos renovando constantemente sistemas simbólicos complejos, que son muy variados en el mundo entero. Tienen también un importante grado de arbitrariedad; ante cualquier reto nuevo que se nos plantea, los humanos siempre tenemos varias y a menudo muchas alternativas y posibilidades de creación. Las respuestas a las necesidades y la propia construcción de nuevas necesidades son así un producto de nuestra historia. Hoy en día reconocemos que la facultad de creación de sistemas simbólicos no es exclusivamente humano, lo que nos abre una importante perspectiva ecológica, pero nos hace ver también con mayor claridad la importancia decisiva que tiene esa facultad para la especie humana a diferencia de todas las demás. Por ello seguimos hablando de cultura como el modo propio del ser humano de relacionarse con el mundo.

La relación con el mundo implica la relación con la naturaleza, con los demás, consigo mismo, con la trascendencia; nos relacionamos con el mundo con formas de mirar; de sentir, de expresarnos, de actuar, de evaluar. Aunque las expresiones materiales manifiestas son parte de la cultura, es importante entender que, en tanto es vida, una cultura no se reduce nunca a la suma de todas sus producciones. Lo central de la cultura no se ve, se encuentra en el mundo interno de quienes la comparten; son todos los hábitos adquiridos y compartidos con los que nos relacionamos con el mundo. Por esta razón, podemos afirmar que la cultura, a la vez que se internaliza individualmente, es

un hecho eminentemente social, puesto que es compartida y se socializa permanentemente en todas las interacciones de la sociedad, y en forma muy particular en los procesos educativos.

Al asumir esta definición operativa de cultura, recordemos que una cultura se gesta al interior de los diversos grupos a los que los humanos se unen por diversas afinidades, sean éstas ideológicas, de clase, de credo, de origen territorial, de origen étnico, de edad, de sexo, etc. En estos grupos se generan y comparten modos de ser y hasta un lenguaje propio que son cultura. La relación entre las diversas culturas que coexisten en cualquier país es una relación entre personas y de ahí deviene su complejidad. Cuanto más estratificado socialmente sea el país, esa relación tenderá a ser no sólo compleja, sino conflictiva. Es necesario reconocer y asumir el conflicto cuando se presente, pues éste implica contacto con el otro, condición básica para la construcción de una identidad, sea personal o cultural, social. Por esta razón, si pensamos en la gestación de una identidad nacional, debemos admitir que el conflicto entre los ciudadanos de un país puede ser el germen de un entendimiento. El diálogo, por difícil que sea, es mejor que la incomunicación. El volver la espalda al otro, por ser diferente y desigual, conlleva desarticulación, imposibilidad de entendimiento, de lograr acuerdos, consensos de compartir historia. Reconocer relaciones conflictivas conlleva el deseo incluso oculto o tardío en manifestarse de solucionar el conflicto. En la búsqueda de soluciones se descubrirá que hay intereses comunes, hecho que ayuda a comprender al otro y a tomar conciencia de que yo tanto como el otro tenemos responsabilidades que cumplir en la gestación de un proyecto político, un futuro mejor para todos. En suma, en las relaciones entre miembros de culturas diferentes está presente el conflicto, pero no todo es conflicto.

La cultura supone:

- Identidad y mismidad.
- En la identidad, el grupo humano se define a sí mismo o se identifica con ciertas cualidades en términos de ciertas categorías compartidas. Se desarrollan lealtades grupales.
- Se desarrollan tareas materiales a las que los individuos proyectan su sí mismo, sus propias cualidades y que llegan a considerar “sus” obras.
- Se desarrolla un sentido de definición de “los otros”: los que no son como “nosotros”.
- Se desarrolla un auto-reconocimiento que hace posible la identidad personal y que luego se refleja en una identidad grupal cada vez mas amplia (generando auto-confianza, auto-respeto y auto-estima).
- Posteriormente se puede hablar de un “carácter nacional”, de una “mentalidad cultural” (Nosotros los aymaras, nosotros los guaraníes, nosotros los lecos).
- Con el tiempo, la identidad lograda se convierte en una herencia que se pasa a las futuras generaciones que las reciben como un legado que debe guardar y fortalecer.
- La identidad lograda en cuanto grupal se convierte en un carácter distintivo, que será el carácter cultural, un sello característico de ver e interpretar el mundo y una manera de vivir, aplicada de manera obligatoria por los miembros del grupo cultural. (Oscar Velasco Cochabamba. 2007).

Se debe entender como factor cultural al conjunto de elementos o variables que caracterizan a un grupo homogéneo de personas en el que hacer cotidiano e involucra las tradiciones, costumbres y usos. Estos factores pueden ser en algún momento negativos, sin que se los deje de practicar por lo enraizados que están, perjudicando una evolución beneficiosa para un grupo de personas.

La salud entendida como “estado completo de bienestar físico, mental, social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un fin un objeto permanente de preocupación individual porque le permite a cada uno viabilizarse... la salud revela la capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona”.¹ (OMS/OPS; “Historia y perspectiva de Salud Pública en Bolivia”).

2.2 INTERCULTURALIDAD

“Es un término que no aparece en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua. Es un concepto acuñado por la Antropología para denotar las relaciones que reestablecen entre dos o más culturas. (Roberto Campos. UNAM México. 2002).

“La interculturalidad es:

- Un proceso dinámico y permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de respeto, legitimidad mutua, simetría e igualdad.
- Un intercambio que se construye entre personas, conocimientos, saberes y prácticas culturalmente distintas, buscando desarrollar un nuevo sentido de convivencia de éstas en su diferencia.

¹ Ciencia práctica, interpretativa en primer lugar está la comunicación, y no la tecnología

- Un espacio de negociación y de traducción donde las desigualdades sociales, económicas y políticas, y las relaciones y los conflictos de poder de la sociedad no son mantenidos ocultos sino reconocidos y confrontados.
- Una tarea social y política que interpela al conjunto de la sociedad, que parte de prácticas y acciones sociales concretas y conscientes, e intenta crear modos de responsabilidad y solidaridad.
- Una meta por alcanzar.” (Catherine Walsh y equipo DINEBI 2000)
- Se ocupa de aquellos aspectos que surgen del encuentro de culturas diferentes, procedentes a su vez, de sociedades también diferentes entre sí.
- Implica un cambio en la percepción de “los demás” o “el otro”, a partir de la aceptación de la diversidad cultural como algo natural y evidente.

Idealmente, *interculturalidad* supone un encuentro y coexistencia entre dos o más grupos culturales, los que interactúan en un proceso de relaciones simétricas y de mutuo respeto.

Sin embargo, en la realidad, la interculturalidad se da como una relación desigual entre un grupo cultural hegemónico y otro (habitualmente indígena o más tradicional) que es supeditado. (Oscar Velasco. Cochabamba. 2007).

Las dificultades en el encuentro de culturas son debidas a:

- Relaciones asimétricas de poder.
- Relaciones influidas por el interés.
- Relaciones de asimilación.
- Excesivo etnocentrismo.

Características ideales de las relaciones de Interculturalidad.

- Voluntad para una relación horizontal.
- Reconocimiento mutuo.
- Interacción con simetría.
- Aprendizaje mutuo.
- Reciprocidad.
- Cooperación.

De manera que mientras no se logre a superar estas situaciones que constituyen una barrera para el encuentro sincero y mutuo entre dos culturas distintas, siempre tendrá las limitaciones de la interculturalidad para la aplicación en la sociedad.

Toda cultura es básicamente pluricultural. Es decir, se ha ido formando, y se sigue formando, a partir de los contactos entre distintas comunidades de vidas que aportan sus modos de pensar, sentir y actuar. Evidentemente los intercambios culturales no tendrán todas las mismas características y efectos. Pero es a partir de estos contactos que se produce el mestizaje cultural, la hibridación cultural...

Una cultura no evoluciona si no es a través del contacto con otras culturas. Pero los contactos entre culturas pueden tener características muy diversas. En la actualidad se apuesta por la interculturalidad que supone una relación respetuosa entre culturas.

Mientras que el concepto "pluricultural" sirve para caracterizar una situación, la interculturalidad describe una relación entre culturas. Aunque, de hecho, hablar de relación intercultural es una redundancia, quizás necesaria, porque la interculturalidad implica, por definición, interacción.

No hay culturas mejores y ni peores. Evidentemente cada cultura puede tener formas de pensar, sentir y actuar en las que determinados grupos se

encuentren en una situación de discriminación. Pero si aceptamos que no hay una jerarquía entre las culturas estaremos postulando el principio ético que considera que todas las culturas son igualmente dignas y merecedoras de respeto. Esto significa, también, que la única forma de comprender correctamente a las culturas es interpretar sus manifestaciones de acuerdo con sus propios criterios culturales. Aunque esto no debe suponer eliminar nuestro juicio crítico, pero si que supone inicialmente dejarlo en suspenso hasta que no hayamos entendido la complejidad simbólica de muchas de las prácticas culturales. Se trata de intentar moderar un inevitable etnocentrismo que lleva a interpretar las prácticas culturales ajenas a partir de los criterios de la cultura del -la persona- interpretante. (Miquel Rodrigo Alsina, 2003).

2.3 COMUNICACIÓN E INTERCULTURALIDAD

Según el doctor en Ciencias de la información y autor del libro Comunicación Intercultural Miquel Rodrigo Alsina, se acepta que el antropólogo Edward T. Hall fue quien lo utilizó por primera vez en 1959.

Aunque es un concepto reciente, muchos investigadores de la *cultura*, la *antropología*, *la sociología* y *el marketing*, entre otros, se han interesado por su definición, aplicación y desarrollo ya que su principal característica y diferencia con conceptos como el *multiculturalismo* y el *pluralismo*, es su intención directa de promover el diálogo y la relación entre culturas y no solamente su reconocimiento y visibilización social.

Por supuesto, la interculturalidad está sujeta a variables como: diversidad, definición del concepto de cultura, obstáculos comunicativos como la lengua, políticas poco integradas de los Estados, jerarquizaciones sociales marcadas, sistemas económicos exclusionistas, etc. Es decir que la interculturalidad se ha

utilizado para la investigación en problemas comunicativos entre personas de diferentes culturas y en discriminación de etnias, principalmente.

Según el sociólogo y antropólogo Tomás R. Agustín Millán "La interculturalidad se refiere a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura. Si a uno o varios de los grupos en interacción mutua se les va a llamar etnias, sociedades, culturas o comunidades es más bien materia de preferencias de escuelas de ciencias sociales y en ningún caso se trata de diferencias epistemológicas".

También podemos hablar de interculturalidad interpersonal, que es la que sucede en un contacto directo entre personas de diferentes culturas y de interculturalidad mediada, que es aquella que se realiza a través de algún medio electrónico como la radio, la televisión o Internet. Para Alsina, "La comunicación intercultural es un ámbito privilegiado para resaltar las interrelaciones entre la comunicación interpersonal y la mediada".

Es importante destacar que los conceptos aparecen en la historia por necesidades sociales determinadas y en este caso, es perceptible el clima contradictorio en el que, por un lado muchas personas luchan por borrar las fronteras de las naciones, de las lenguas, de las discriminaciones raciales o culturales y por otro lado, muchas otras personas luchan por marcar esas diferencias con guerras y políticas económicas en desigualdad de condiciones.

Razón por la cual la interculturalidad es hoy más importante que nunca, para enriquecernos, para crecer, para unirnos cooperativamente, para ser más flexibles, tolerantes y eficaces en nuestra comunicación y por ende, en nuestra relación con otros, y finalmente, y lo más importante, para liberarnos del miedo a lo diferente, a lo sencillamente desconocido. (Miguel Rodrigo Alsina. 1997).

Toda cultura es básicamente pluricultural. Es decir, se ha ido formando, y se sigue formando, a partir de los contactos entre distintas comunidades de vidas que aportan sus modos de pensar, sentir y actuar. Evidentemente los intercambios culturales no tendrán todas las mismas características y efectos. Pero es a partir de estos contactos que se produce el mestizaje cultural, la hibridación cultural...

- Una cultura no evoluciona si no es a través del contacto con otras culturas. Pero los contactos entre culturas pueden tener características muy diversas. En la actualidad se apuesta por la interculturalidad que supone una relación respetuosa entre culturas.

- Mientras que el concepto "pluricultural" sirve para caracterizar una situación, la interculturalidad describe una relación entre culturas. Aunque, de hecho, hablar de relación intercultural es una redundancia, quizás necesaria, porque la interculturalidad implica, por definición, interacción.

- No hay culturas mejores y ni peores. Evidentemente cada cultura puede tener formas de pensar, sentir y actuar en las que determinados grupos se encuentren en una situación de discriminación. Pero si aceptamos que no hay una jerarquía entre las culturas estaremos postulando el principio ético que considera que todas las culturas son igualmente dignas y merecedoras de respeto. Esto significa, también, que la única forma de comprender correctamente a las culturas es interpretar sus manifestaciones de acuerdo con sus propios criterios culturales. Aunque esto no debe suponer eliminar nuestro juicio crítico, pero si que supone inicialmente dejarlo en suspenso hasta que no hayamos entendido la complejidad simbólica de muchas de las prácticas culturales. Se trata de intentar moderar un inevitable etnocentrismo que lleva a interpretar las prácticas culturales ajenas a partir de los criterios de la cultura del -la persona- interpretante.

Al acudir a un servicio de salud, la mayoría de la gente busca una atención con calidez, que no solo signifique un trato respetuoso, amable o simpático, sino también el despliegue de la capacidad de empatía y de brindar una atención individualizada a través de la indagación y el diálogo sobre las experiencias, sentimientos y preocupaciones del paciente.

Para ello es fundamental que se desarrollen competencias en la comunicación y en muchos casos que se cambien algunas actitudes, prestando mayor atención a la dimensión de la relación humana, sabiendo escuchar y preguntar, usando un lenguaje adecuado y estando atento al lenguaje corporal, tanto de una como de la usuaria. Cuando se trata de la Atención primaria, la ciencia médica es la influencia sociocultural y familiar, nos ayuda a construir aquello que entendemos por realidad. Sin embargo aunque existe un marco de referencia común para las personas que comparten una cultura, existe también un marco personal que puede estar al margen de la cultura de la cual nos sentimos parte, de este modo, la manera de entender el cuerpo, la salud, la enfermedad y el proceso de atención, varía según cada cultura; sabiendo que debemos evitar una concepción rígida, estereotipada y estática de la misma. La cultura se construye gracias a la interacción de los seres humanos, por lo que siempre está en proceso de construcción.

El autor Galván menciona que en el “sector salud el aspecto cultural está referido al grado de accesibilidad de los servicios donde la accesibilidad cultural es un aspecto importante que se debe tomar en cuenta. LA CULTURA entendida como “ un proceso de producción de un conjunto de prácticas ancestrales o una simple transposición de moldes valorativos del campo a la ciudad es decir, de todo lo que va haciendo los grupos en su vida y transformación social material que modifica la ciudad. Es así que dentro de la cultura existen subculturas que son “un sistema de percepciones, valores, creencias y costumbres” (Galván, “Salud y Cultura”).

El personal de salud de los servicios destinados a brindar atención a la mujer durante el proceso reproductivo, desarrolla su trabajo en ambientes culturales que en ocasiones no se adaptan al diverso grado de desarrollo social alcanzado por la sociedad boliviana. (MEDICON, 1997).

Se debe realizar un proceso de autocrítica para percibir la carencia de estudio y acercamiento cultural a los pueblos indígenas que permitan superar las limitaciones de la relación médico-paciente, que en el caso de la Población con raíz Leca², podría definirse en el ámbito de la ruptura entre la práctica de la medicina de origen occidental y la cosmovisión andina sobre hechos vitales tales como el nacimiento y la muerte, la salud y la enfermedad.

2.4 LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA POBLACIÓN

El personal de salud debería conocerlos y en su caso reconocer la cultura Leca que posee sus propias prácticas y rituales, pero en su mayor parte se ignora y no se da la importancia; de manera que no se respeta a los pueblos originarios.

Considerar las prácticas que podrían adecuarse al modo de ser y sentir de la comunidad sin que por ello se afecte la prestación de servicios y más bien los enriquezca mejorando su calidad.

Entre éstas están:

- Cuidar al extremo el pudor propio de la mujer, evitando exposiciones innecesarias, prodigando la atención necesaria, cuidando de cubrir completamente los miembros inferiores de la paciente para evitar la

² Las comunidades Lecas han perdido su idioma original y han sufrido alienación cultural.

sensación de desnudez. Con el mismo fin, se reducirá al mínimo el número de exámenes vaginales y los observadores. (MEDICON, 1997).

2.5 MEDICINA TRADICIONAL

Es un hecho que la medicina tradicional en Bolivia es una de las alternativas más importantes para que gran parte de la población de país y más que todo en las zonas rurales donde las comunidades prefieren su propio sistema de salud. Las medicinas tradicionales entendidas como “mítico”, “mágico” o “sobrenatural” aplicadas a enfermedades y a sus tratamientos provienen más de la visión dual de cuerpo y alma.

La medicina andina asume una ideología globalizada de cuerpo y alma, persona, sociedad y cosmos; posee curas naturales, cuidados personales y remedios rituales que facilitan la respuesta adecuada del enfermo, supuesta su cosmovisión, que encierra un concepto de salud más amplio, es sobre todo cultural ya que a partir de relaciones de reciprocidad de este sistema se refuerzan valores, se estrechan las relaciones de parentesco, relaciones de reciprocidad, siempre está relacionado con el entorno como parte del todo, de tal manera que la ruptura causaría lo que es la enfermedad.

2.6 MIEDO A LO DESCONOCIDO

Uno de los elementos que constituye para muchas mujeres un campo de tensión es temor a lo desconocido que en este caso es el personal de salud, desconocido no en sentido de ser nuevo sino algo más familiar lo como se llevan con las parteras, obviamente esto no es tan difícil ni tan fácil para el personal de salud con las actividades cotidianas que tiene. “La cultura médica tiene un sistema poderoso de socialización que exige el conformismo como el precio para participar” (Martín, 1987: 13).

La socialización básica que hace a la práctica del médico se origina en el hecho de que la medicina sigue concibiéndolo el cuerpo predominantemente como una máquina y al médico como el mecánico. Dentro de esta metáfora, lo que ocurre en el parto en cuanto a los roles designados es que el médico sería el supervisor/técnico, el útero una máquina dentro de una gran máquina. (OMS 1996).

2.7 ASPECTOS CULTURALES DE LA CULTURA LECO

Los lecos mantienen poco de sus aspectos culturales, en especial los vinculados a temas espirituales, pues desde la época precolombina han tenido una fuerte influencia aymara.

El pequeño grupo leco ha sido aceptado como independiente al menos desde los días de Chamberlain. Lenguaje es llamado lapa.

En los últimos años los lecos han tenido un resurgimiento demográfico, puesto que su población ha aumentado considerablemente. Quizá este fenómeno sea el resultado de los procesos de revalorización cultural y de su relación con su demanda territorial.

2.7.1 Características Físicas

El aspecto de estos indígenas muestra ciertos rasgos mongoloide; su estatura es media (160-165 centímetros), su tez amarillenta, los ojos oblicuos y pómulos salientes.

2.7.2 Vivienda

Sus habitaciones son al estilo de las barracas. Un armazón de troncos de palmas, de forma cuadrada, es revestido con cañas para formar una pared transparente. Sobre ella se alza un techo alto, fabricado de hojas de palma, con aberturas para la ventilación en lo alto. Las casas a veces no tienen más que tres paredes, quedado un lado abierto; a veces sólo tienen el techo sobre el armazón.

El piso es de tierra apisonada; a lo largo de las paredes se encuentran bancos de troncos de árboles o una especie de estante o plataforma, llamados guarachas, hechos de caña y que sirven para dormir o guardar los enseres, alimentos, etc.

2.7.3. Familia

Practican una costumbre en la que cuando un niño nace, el padre lo lleva a su cama como si el lo estuviera haciendo nacer, lo cuida y se somete a purificación.

La residencia es probablemente matriarcal puesto que los padres de la mujer, se espera, deben ser mantenidos por el marido de esta.

2.7.4. Actividad Económica

Su cultura es casi desconocida. Maíz y plátanos formaban sus comidas corrientes. Los peces eran cazados a tiros o drogados con la savia del árbol de soliman. Preparan una especie de chicha de maní. Los lecos son expertos navegantes, se especializan en transportar pasajeros y mercaderías sobre el río Beni. Bajan el río en balsas livianas hechas de de corchos y unidas con espigas

de grano. Tres de estas balsas unidas con fuertes troncos amarrados con tiras de corteza o enredaderas forman un tipo de embarcación llamada callapo.

2.7.5. Morbilidad

Entre las enfermedades de las cuales son víctimas los Lecos, cabe citar la viruela, que a veces hace estragos en los pueblos y en las misiones, por no ser vacunados.

2.7.6. Artesanía

Tejen canastos redondos y esterillas con los nervios de las hojas de motacú, Entre los tejidos, los únicos que llaman la atención son unas bolsas de algodón, llamadas marico, que los hombres utilizan para llevar sus artículos de caza, fósforos, pólvora y munición, y las mujeres para transportar lo que han cosechado en sus campos. Muchos se dedican también a la fabricación de bolsas de caucho, impermeables, para proteger el contenido durante los viajes en las balsas sobre los ríos. Actualmente se dedican a la minería especialmente en el Municipio de Teoponte.

2.7.7. Vestimenta

Según D'Orbigny estaban vestidos con camisones (tipoy) de algodón de color violeta, con un listón rojo en el extremo inferior. En sus caras tenían tatuajes compuestos des tres líneas azules. Hoy día ellos visten como mestizos. A veces usan un collar de perlas brillantes. Los hombres acostumbra a tener sus cabellos largos y pintarse con urucú y genipa.

2.7.8. Bailes

Quizá un recuerdo de sus antiguos adornos es la costumbre de pintarse en los días de fiesta con anilina pero estas pinturas no tienen nada de artístico, son manchas que se hacen en un estado de media embriaguez.

En sus bailes y durante las misas utilizan como instrumento de música, guitarras flautas de caña. De sus bailes no se ha podido saber mucho. Son una especie de rueda que da vuelta alrededor de los músicos. El compás se palmea con las manos. Particularmente en el municipio de Teoponte continúa el baile "Tiri tiri".

2.7.9. Religión

El Dios de ellos, como también de los Chimané, es Dohit, y los misioneros se han acostumbrados a llamar Dohit al padre eterno, y a Jesucristo.

Actualmente profesan religión católica y evangélica.

2.7.10. Organización

La organización es diferente si se trata de una misión o de una barranca o estancia. En las misiones, los padres son la última autoridad, bajo su mano están los caciques, los maestros de escuela y los padres de familia. Tres días pueden dedicarse los indígenas al cultivo de sus campos tres días tienen que trabajar para la misión, y el séptimo día de la semana se dedica a la misa y a la fiestas religiosas.

Los Lecos que sirven en las barrancas gomeras y en las estancias, están mucho más pobres que los están en la misiones. En la provincia Iarecaja

tienen una organización denominada PILCOL que es una organización de las comunidades, cuentan con su personería jurídica.

2.7.11 Tierra territorio

El pueblo leco tiene dos demandas de Tierras Comunitarias de Origen (TCO), una en la zona de Apolo y otra en Larecaja Tropical, ambas en el departamento de La Paz

2.7.12 Medio ambiente

El área o hábitat donde se asientan las comunidades y pueblos lecos es caracterizado como ceja de selva, puesto que la geografía se ubica en la transición de los andes a la Amazonía. En Larecaja están asentadas en las riveras del río Mapiri y río Caca.

Hoy en día pecaría por dogmático quién se refiera a la cultura original como esta se encontrara en estado puro, desconociendo que la sociedad está en una permanente tensión dialéctica donde se enfrentan y complementan la experiencia y vivencia cultural propias con aquellas que nos llegan desde las sociedades hegemónicas.

Por lo tanto, el habitante Leco hoy en día ha perdido su identidad ha perdido en cuanto se refiere a su idioma original, excepto unos cuantos adultos mayores que tampoco ellos practican en sus relaciones cotidianas, al contrario de las otras culturas como ser el aymará y quechua han perdido su identidad cultural, hoy en día las comunidades Lecas solo es de nombre ya que los mismos son mestizos. El cambio ha sufrido por la llegada de las empresas auríferas quienes ha desplazado de sus propiedades que eran las riveras del río Caca,

entonces esto ha influenciado en el cambio de su estilo de vida que hoy en día prácticamente es occidentalizado.

Se origina de este modo una tensión dialéctica entre la lógica autóctona y la occidental, siendo a su turno influidas por la lógica de la sobre vivencia que emerge como resultado de la relación del desplazamiento de sus propiedades de parte de las empresas mineras extranjeras.

Por lo cual es una cultura en extinción, prácticamente el 95% es mestizo entonces de evidencia notoriamente la alienación cultural.

2.8 MUJER GESTANTE LECA

La gestación se considera desde la ausencia de la menstruación, desde luego la mujer tiene sus cuidados necesarios, especialmente en el aspecto laboral; el papel como tutor cumple el marido en primera instancia, efectuando los masajes y los medicamentos tradicionales si el caso amerita.

Las mujeres Lecas son ariscas, poco confían en lo desconocido, especialmente si el personal de salud es varón, casi muy poco tiene sus ritualidades pero si muy ricos en sus culturas en cuanto a la gestación y parto.

Los cuidados y el seguimiento lo hace el esposo en primer lugar puede realizarlo también el familiar como ser la madre, hermano, las mujeres gestantes casi no presentan complicaciones por lo mismo no asisten a los servicios de salud.

El momento de parto la parturienta adopta diversas posturas, con predominio de las cuclillas, una soga colgado en el techo para el poyo de la parturienta y sujetando con ambos brazos en la cintura el esposo; previamente debe ser

calentado el ambiente con agua hirviendo, esto para evitar el enfriamiento lo cual puede causar demora e incluso retención placentaria.

El alumbramiento, la placenta es enterrada en el suelo, no se tiene alguna ritualidad ya que han sufrido tal vez la alienación cultural al respecto.

Las hemorragias durante y después del parto constituyen las complicaciones más temidas ya pueden ocasionar la muerte de la madre, cuando existe acuden al médico tradicional Leco el cual utiliza sus medicinas propias para la resolución del mismo.

2.9 ACCESO

Es el contacto o acercamiento del servicio de salud con la población o usuarias. Dentro de los antecedentes de acceso al centro de salud esta el ámbito geográfico y los medios de transporte escaso ya sea fluvial y carreteros. Es un limitante para la asistencia al servicio de salud ya que están a una distancia de 15 Kms.

Después del parto la mujer debe tomar mates de orégano, coca, manzanilla, para ayudar a que baje la sangre, además de calmar los dolores posparto y mantener el cuerpo caliente.

Los cuidados referidos al puerperio como es el ambiental tropical, pues a los 24 horas la mujer realiza sus actividades cotidianas sin mayores problemas, no se tiene cuidados especiales excepto realizar trabajos que requieren mayores esfuerzos.

2.10 LOS SERVICIOS DE SALUD

Si bien los conceptos referidos podrán en su caso no ser conocidos ni practicados en su totalidad por la población a la que pretendemos servir, considero que el personal de salud debería conocer y en su caso reconocer la cultura Leca aunque ha sufrido la alienación cultural por occidental.

Si hacemos a la sabiduría Leca, como es el caso para combatir la Fiebre amarilla en los momentos que no había la vacuna, mientras centenares morían en su contorno los trabajadores de la empresa Minera. (Testimonio oral Jorge García un mestizo).

Al respecto, es oportuno señalar prácticas que podrían adecuarse al modo de ser y sentir de la comunidad, sin que por ello se afecte la prestación de los servicios y más bien los enriquezca mejorando su calidad.

Entre éstas están:

- Cuidar al extremo el pudor propio de la mujer, evitando exposiciones innecesarias, prodigando la atención necesaria, cuidando de cubrir completamente los miembros inferiores de la paciente para evitar la sensación de desnudez. Con el mismo fin, se reducirá al mínimo el número de exámenes vaginales y los observadores.
- En todo momento, la explicación de las maniobras que se efectuarán; su necesidad y utilidad deberán ser transmitidas a la paciente mediante un lenguaje comprensible.
- Deberá procurarse atemperar los ambientes en los cuales permanece la parturienta sin obligarle a desabrigarse al extremo de permanecer únicamente con una bata, especialmente si la atención tendrá lugar en horario nocturno y durante la época fría, (MEDICON, 1997).

La presencia de un familiar durante el parto es deseable. Cuando esto no es posible, la información sobre el avance del trabajo de parto y las contingencias del mismo deberán ser transmitidas a los familiares frecuentemente.

Siendo de uso generalizado el cambio de posturas durante el trabajo de parto, el sector formal de salud se beneficiaría notablemente estimulando la deambulación, los cambios de posición, la sedestación y bipedestación, entre las valoraciones clínicas, reservándose el decúbito supino o el lateral a los deseos de la parturienta o cuando situaciones como la ruptura prematura de membranas, placenta previa toxemia y otras constituyan una indicación una indicación para adoptar estas posiciones.

Si la paciente solicita, el personal de salud deberá considerar la posibilidad de prestar la atención se la parturienta asume la posición de cuclillas, de rodillas y hasta en las que apoya las cuatro extremidades; para el efecto los servicios podrían disponer una mesa suficientemente amplia y estable, además de adecuar los campos de tela con los que se procura ofrecer antisepsia y resguardo del pudor.

En el trabajo de parto podría constituir motivo de mejoramiento de la calidad, reducir al mínimo los ruidos y las voces, concedores que este hecho sumado al ambiente desconocido, provocan interferencias en el proceso del parto. Toda sala de labor libre de gritos, gesticulaciones bruscas y enfriamiento corporal y emotivo espiritual, constituiría una clara señal a la población de nuestros deseos de brindar atención de calidad y calidez.

La palabra amable cuando nace el niño, podría en su caso, suavizar las incomodidades y tensiones propias del parto, hecho que también contribuiría a mejorar la relación entre el personal de salud y la comunidad.

Toda vez que la placenta y los rituales que se ejecutan con ella podrían comprometer el futuro del recién nacido, en todo parto se podría ofrecer entregar ésta a la parturienta, disponiendo su eliminación únicamente cuando no es requerida por la paciente y su familia, es decir cuando se percibe que no practican los rituales expuestos líneas arriba.

La ingestión de ciertos mates, debería ser estimulada, condicionando su utilización a la salida de la placenta, difundiendo el concepto que sólo en este momento es útil ingerirlos, especialmente para reducir el riesgo de las hemorragias posparto.

La administración de alimentos calientes después del parto, como ciertos alimentos, podría constituir otro de los cambios cualitativos, contribuyendo a la humanización de la atención del puerperio, razón por la que se debería considerar la posibilidad de suministrar los alimentos que son propios de las comunidades en los servicios o permitir de los familiares una visita rápida después del parto, para que sea suministrado a la puérpera se ésta así lo desea y además con el fin de tranquilizar tanto a la madre como a su familia.

Toda prescripción de fármacos, los consejos sobre la higiene, la alimentación y los cuidados del niño deberían ser explicados con detalle, siendo obligatorio verificar la correcta comprensión de los mismos, ya que no es raro que la paciente no se atreva a preguntar o solicitar se repita la instrucción cuando no se comprende o cuando existen barreras por el idioma.

Si bien es cierto que la atención del parto institucional ofrece seguridad y eficacia especialmente cuando surgen complicaciones, no se puede olvidar que si estos atributos no se complementan con un trato adecuado, independiente del resultado de la atención, se corre el riesgo de generar sentimientos de insatisfacción en la población atendida.

Creo personalmente que la aplicación de estos aspectos y todo esfuerzo que lleve a lograr puntos de encuentro entre las prácticas occidental y tradicional sobre la salud, constituyen cambios cualitativos que implican pasar del discurso a la acción, en la tarea de reducir la mortalidad materna en nuestro país.

A lo largo de los años no se pudo lograr un acercamiento genuino entre los funcionarios de salud y los familiares de las comunidades Lecas, para que de este acercamiento se llegara a intercambiar prácticas que han sido heredados desde sus antepasados, de esta manera se pueda mejorar con adecuación cultural en los servicios de salud y por ende las gestantes puedan sentir algo familiarizados con el personal de salud.

2.11 CONTEXTO GEOGRÁFICO

El municipio de Teoponte se encuentra al Norte del departamento de la Paz, es la octava sección de la provincia Larecaja, con una superficie de 2. 226,70 Km², creada por la Ley de 03 de Noviembre de 2004, como capital a la Localidad de Teoponte con sus cantones Mayaya, Santo Domingo y 2 de Agosto.

2.11.1 DIVISIÓN POLITICA

Políticamente esta dividida en 4 cantones: Teoponte, Mayaya, 2 de Agosto y Santo Domingo, con una población de 7. 293 habitantes, siendo el cantón más poblado Teoponte con 2.334 habitantes, el menos poblado 2 de Agosto con 950 habitantes, (INE 2.001).

2.11.2 INDICADORES DE POBRESA

El 15% son población indigente, esta población comprende los de adulto mayor quienes están abandonados por sus hijos, con índice de pobreza de 84%. Población concentrada, castellano en un 40%, bilingüe (aymará – español), con un promedio de 35% y el (quechua – español) el resto de 35%, del total de la población como promedio de la accesibilidad al centro de Salud de 5,1 por familia.

Existe alto flujo de migración del área rural a la urbana, a las ciudades de La Paz, Santa Cruz, y de los pueblos a España.

2.11.3 PRÁCTICAS AGROPECUARIAS

En el Municipio de Teoponte Los que están asentadas en las riveras del río Caca se dedica a la producción agrícola de arroz, café, yuca, bananos, y cítricos en poca cantidad. Existen otras colonias, que son habitantes que han migrado de altiplano y de valles; son netamente agricultores, que producen en grandes cantidades la siembra de arroz, café y menor cantidad los productos como ser; yuca, bananos, soya y cítricos.

La forma de subsistencia económica es todavía la explotación minera el oro (recurso metálico), especialmente en los cantones de Teoponte y Mayaya, los cuales han sido en la historia el potencial económico cuando estaba la empresa explotadora extranjera. Actualmente está en decadencia solo trabaja en forma individual y muchos de ellos solo para el sustento del día.

2.11.4 RECURSOS TURÍSTICOS

La flora y fauna es muy rico, pero de parte del gobierno Municipal no existe promoción al turismo, como no hay condiciones no se tiene a los turistas en la zona, tal vez en lo futuro se pueda promocionar para que de tal manera generaría el movimiento económico ya que es un Municipio que no cuenta con sus ingresos propios.

2.11.5 AUTORIDADES ORIGINARIAS

Son elegidos en forma democrática cada dos años, como representantes de sus comunidades existe Corregidor, Centrales en las Colonias, Sindicato de chóferes, Organización de mujeres. Actualmente cuenta con Alcalde y el Consejo Municipal con sus oficialías respectivas, elegidas por elecciones municipales.

2.11.6 EDUCACIÓN FORMAL

Cuenta con el Director del Núcleo con sede en la localidad de Teoponte, la misma que cuenta con 5 Colegios 12 escuelas y un CEMA para la educación de adultos.

Muchos de ellos con una infraestructura deficiente sin materiales educativos adecuados, asimismo en su mayoría los profesores trabajan con tres y hasta cuatro grados en las escuelas de las colonias, este sucede por la carencia de alumnos.

2.11.7 VIAS DE COMUNICACIÓN

El municipio de teoponte cuenta con caminos carreteros por vía terrestre y fluvial. Las rutas más importantes y principales son:

Mayaya – Tomachi – Teoponte – Caranavi	45 Km.
2 de Agosto – Santo Domingo – Caranavi	72 Km.
Alto Tomachi – Caranavi	65 Km.

Las vías secundarias:

Teoponte - Santo Domingo 30 Km.

Teoponte – Alto Tomachi 45 Km.

Teoponte - 2 de Agosto Teoponte 41 Km.

Las vías fluviales:

Teoponte – San Juanito – Uyapi – Tomachi – Mayaya – Muchanes

Teoponte – Guanay.

2.11.8 MEDIOS DE TRANSPORTE

Los medios de transporte a nivel local son taxis, camionetas y por los ríos los botes con motor a bordo.

Salidas a La Paz solo una vez a la semana los Domingos, los demás días de la semana se tiene que trasladarse a Guanay en taxis, ya que los Buses salen a La Paz a diario.

2.11.9 MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Existen cinco cabinas telefónicas de discado directo de COTEL y UNA CABINA ENTEL. Sólo cuenta con una repetidora de televisión que es administrado por el gobierno municipal.

2.11.10 SANEAMIENTO Y SERVICIOS BÁSICOS

Agua potable.- Como municipio el 80% no cuenta con agua potable especialmente en las colonias de los cuales 10% tiene agua por cañería en la vivienda. En la localidad de Teoponte que es sede de municipio es racionado, el 70% cuenta agua por cañerías, el agua no es potable, de todos los cantones el Pueblo de Mayaya es el que menos agua tiene.

Luz.- El 45% cuenta con servicios de energía eléctrica, siendo los cantones de 2 de Agosto y Santo Domingo con menor acceso.

Alcantarillado.- Ninguno de los cantones cuenta con la misma y la cobertura de letrinas es muy escasa.

2.11.11 SALUD

Posee su instancia máxima mancomunidad de Municipios del Norte Paceño como Red de Salud N° 7 a la cabeza de representante ejecutivo del SEDES La Paz. Como local conformada por el Directorio Local de Salud (DILOS) en

funcionamiento, cuenta con servicios de salud biomédicos, públicos, de primer nivel, con recursos humanos Trilingüe (aymará, quechua y castellano) en un 40%

Los servicios de salud y el recurso humano se encuentran distribuidos de la siguiente forma:

SERVICIO DE SALUD	PERSONAL DE SALUD	PERSONAL DE APOYO
C.S. Teoponte	1 Médico 1 Licenciada y 1 Aux. de Enfermería	1 Chofer de ambulancia 1 Administrador 1 Laboratorista 1 Encargada de farmacia 1 Chofer 1 manual
C.S. Mayaya	1 Médico	1 Portero y/o manual
P.S. Villa Aroma	1 Auxiliar de Enfermería	
P.S. Santo Domingo	1 Auxiliar de Enfermería	
PAS. Alto Tomachi	1 Auxiliar de Enfermería	
P.S. Tajlihui	1 Auxiliar de Enfermería	

El personal de apoyo es dependiente del Gobierno Municipal, pero técnicamente dependiente del Responsable Municipal.

El centro de salud Teóricamente es de referencia, pero no tiene condiciones la infraestructura, asimismo los Puestos de Salud, Tajlihui, Alto Tomachi, Santo

Domingo y Villa Aroma por la accesibilidad, distancia y además por ser de segundo Nivel tienen su transferencia al Hospital Municipal Caranavi , pues es este otro factor que influye en lo que se refiere a la cobertura de los partos en servicio; como en los puestos de salud no cuenta con un médico necesariamente deben ser referidos a un hospital donde el servicio tiene mayor capacidad de resolución.

En cuanto a las coberturas de PAI de igual manera no se llegan a metas programadas, ya que por la cercanía y comercio en la ciudad de Caranavi las madres aprovechan la consulta médica y por ende la vacunación de sus niños

Es dependiente en monitoreo y supervisión del Representante Ejecutivo del SEDES La Paz de RED N° 7. Cuenta como referencia al Hospital Municipal Guanay, Hospital Municipal Caranavi.

III. REVISION BIBLIOGRAFICA MARCO REFERENCIAL

Este es un trabajo de investigación que por falta de referencia bibliográfica precisamente de la cultura Leco, pues necesariamente se debe conocer sus culturas para ver los factores culturales relacionados con control prenatal y parto. Sin embargo se considera los siguientes artículos y libros como una fuente que le da dirección al presente trabajo.

3.1 “Donde el viento llega cansado”. (Ramírez Hita Susana 2005)

En la investigación realizada de las mujeres potosinas inculcadas en la cultura quechua, donde la mujer cumple en primera instancia en la atención primaria de salud. El sistema de auto atención y el papel de la mujer es de gran trascendencia en el conocimiento de las enfermedades prevalentes, no solamente en el conocimiento sino también en las clasificaciones según el grupo etareo.

Los varones cumple funciones en la atención de parto y suelen tener mayor influencia sobre la salud del grupo familiar; tales como ser las vacunas, planificación familiar.

Algunos motivos para la no asistencia al consultorio médico o al terapeuta tradicional son:

- 1) Por ser lo más rápido y no tener tiempo para ir al consultorio médico
- 2) Por no estar el horario del consultorio médico adecuado a las necesidades de la mayoría de las madres trabajadoras.
- 3) Por no tener recursos para recurrir al puesto de salud y comprar medicamentos de patente o naturales.
- 4) Por desconfianza del sistema biomédico, fundamentalmente por no ser las Madres bien atendidas en este sistema.

Como se puede evidenciar que el aspecto socio-económico pesa mas que los Aspectos culturales a la hora de solucionar los problemas de salud.

3.2 “Guía para la atención intercultural de la salud materna” (Ministerio de Salud y deportes La Paz. 2005).

“Se trata de una propuesta para la atención de la salud materna que parte del principio de que las mujeres y sus familiares son las protagonistas en el cuidado de su propia salud. Desde esta perspectiva, no podemos eludir el hecho de que la manera de entender el cuerpo, la salud y el proceso de atención varía según cada cultura e, inclusive, según cada persona. De modo que una atención que promueva una mayor bien estar biológico, psicológico, social, cultural y espiritual, solamente es posible en el marco del reconocimiento de la diversidad, sea esta cultural, social, etárea, etc. Sin duda que esta guía será un instrumento que coadyuve a que el personal de salud responda mejor a las expectativas de calidad de atención de la población y, por tanto, a bajar la mortalidad materna y neonatal. En este sentido, se hace énfasis en la estrategia de la educación cultural de los servicios y en la atención humanizada”.

Es un instrumento muy práctico a manera de consulta para los servicios dependientes del Ministerio y SEDES La Paz.

3.3 “Obstetricia Práctica” (MEDICON LA PAZ – BOLIVIA. 1997)

Esta bibliografía esta dirigido a los funcionarios de salud principalmente en el primer nivel, basado en las investigaciones de la cultura aymará, utilizando los términos propios en cuanto relacionados el período de gestación, parto y post parto.

Al mismo tiempo considera la ética relacionado con la cosmovisión andina y la necesidad del conocimiento de la cultura de parte de todos los funcionarios de los servicios de Salud.

Este libro está destinado a varios públicos de profesionales y trabajadores de la salud. La manera de enfocar indica que ha invertido dedicación, tiempo y paciencia, incluso el manejo es con terapias físicas para mejorar el proceso de embarazo en la mujer.

3.4 “Las Wawas del Inca” (Arnold, Yapita. 2002)

Son trabajos realizados en algunas poblaciones andinas quechuas y aymaras, donde se da el enfoque principalmente algunas diferencias que hay entre ambos conjuntos de prácticas médicas del parto. Algunas iniciativas basadas en los resultados obtenidos en donde se señalan:

- El asegurar la presencia del esposo/una partera durante el parto.
- El asegurar la privacidad de la parturienta durante el parto.
- El mantenerla abrigada durante el parto.
- El facilitar el uso de la posición vertical (esencialmente “de cuclillas”) para el parto.
- El devolver la placenta a la mujer cuando tiene su parto en el hospital.

En donde se recomienda las prácticas andinas regionales del parto dentro de los esquemas de las políticas internacionales, en especial con las llamadas “parteras empíricas”. Por otra parte, existe un enfoque comparativo entre las prácticas fisiológicas del parto, tanto en el sistema biomédico como en el sistema andino.

3.5 “Conocimientos, actitudes...” (CIES. 1991)

El enfoque de esta investigación es a nivel cultural, donde el estudio propone un modelo etnofisiológico¹, donde ofrece la oportunidad de comparar el modelo etnofisiológico con el modelo en que está basado el sistema formal de salud. En esta comparación resaltan áreas en los dos sistemas de armonizan, ignoran y chocan, señalando estas dos últimas los puntos prioritarios de intervención para mejorar las prácticas caseras y aumentar la utilización de servicios formales, logrando así reducciones en la mortalidad y morbilidad materno-infantil.

Además del modelo cultural, el estudio enfoca también factores sociales y económicos que afectan la salud reproductiva y la utilización de servicios. Entre ellos están las relaciones entre la pareja, la organización social, las relaciones entre clases (personal de salud-usuarias) y aspectos relacionados con el costo de servicios.

3.6 “Conocimientos, actitudes y...” (OMNI/USAID. 1997)

Es un trabajo de investigación cualitativa, donde se incluyen a parte las mujeres gestantes a los familiares, RPS y al equipo de salud, en donde las mujeres gestante sí conocen sobre la anemia y no así de las mujeres mayores y los familiares, con este trabajo se trata mejorar la distribución de sulfato ferroso a través de IEC a la comunidad motivando a los familiares y los responsables populares de salud, de esta manera reducir la resistencia del personal de salud a la incorporación de otro personal al equipo de salud.

Pues siempre en los servicios de salud ha sido deficiente en cuanto a las coberturas de sulfato ferroso, esto por no se ha buscado estrategias adecuadas especialmente con los colaboradores de servicios de salud.

3.7 “La Maternidad en las mujeres indígenas quechuas” (Vargas, Alemán. 2002)

Una de las estrategias aplicadas a nivel local están, la gratuidad de las prestaciones del seguro de la maternidad, a esto se suma el apoyo con alimentos por parte de CARE, aún con este apoyo, los resultados no son óptimos.

Este problemática ha sido identificado en la difícil accesibilidad a los servicios de salud, frente a esta situación se plantea un diseño de un estrategia materna, concertada e interculturalidad.

Se busca mejorar la situación a través de capacitación de salud en la búsqueda en las alternativas de cambio.

3.8 “La atención de la gestación el parto”. (Naccarato, Vargas. 1993)

Un estudio que muestra de una manera amplia los especialistas tradiciones en salud, con todos sus tradiciones, rituales y las prácticas; en primera instancia la población acude a los especialistas tradicionales y una segunda instancia recién al sistema biomédico para la solución de sus enfermedades.

Se tiene el conocimiento de los riesgos tradiciones aya sea en la gestación, durante el parto o en el puerperio.

3.9 “La hamaca: historia...”. (Roberto Campos. 1995)

En este estudio se evidencia un notable satisfacción de parte de los paciente internados en un hospital rural, en donde se han atendido partos en hamaca, y el recién nacido junto a la madre dando de muy cerca del calor maternal; respetando todas las tradiciones de parte de los médicos en estos eventos no hubo observaciones al respecto, y por ende respetando así la identidad cultural.

3. 10 “Uno de dos” (Dibbits, Terrazas. 2003)

Un estudio realizado por medio de entrevistas a los usuarios gestantes y a los esposos; donde se puede evidenciar los maltratos que se practica en los servicios de salud, y por otro lado la atención de parto domiciliario por parteras que brindan la calidez y trato de acuerdo a sus costumbres.

Esta diferencia abismal entre los servicios de salud que brindan el personal calificado y los partos domiciliarios atendidos por las parteras tradiciones, es la viva muestra de bajas coberturas en la atención primaria de salud.

3.11 “SUMI Marco Legal” (Ministerio de Salud y deportes. 1994)

Desde el cambio de Seguro Básico de Salud a Seguro Universal Materno Infantil, se incluye medicina tradicional y atención de salud con interculturalidad lo cual en la práctica no se realizado en los servicios dependientes del ministerio de salud, entonces no solamente es brindar las atenciones gratuitas sino se debe promocionar la atención de parto con interculturalidad en nuestros servicios.

3.12 “Recomendaciones para la Atención de...” (OMS. 1995)

En una conferencia donde asistieron; obstetras, epidemiólogos, psicólogos, comadronas y otros en donde se toman en cuenta los factores emocionales, psicológicos y sociales que son la base para tomar en cuenta la atención adecuada; para que se lleve a cabo es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios.

IV. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo está dirigido para mejorar las coberturas de atención de parto en los servicios de salud, ya que según los indicadores de HIPIC II es un trazador para medir la calidad de atención en las prestaciones de atención integral a la mujer, por las diferencias en las culturas ya sea de los servicios de salud o de las usuarias no se pudo alcanzar a las metas propuestas según el POA de los gestiones anteriores, tales como se menciona a continuación:

Indicadores de cobertura de gestión 2005.

Captación de embarazadas antes del 5to mes 62%.

Embarazadas con cuarto control prenatal 45%.

Atención de parto en servicio 25%.

Administración de sulfato ferroso en las embarazadas 70%.

El centro de Salud en Teoponte brinda atención Primaria de salud a las familias de alto riesgo de esta región, especialmente a las mujeres gestantes y que en un futuro inmediato tenga mayor acceso, el trato sea solidario, además sea compartida con las parteras y otros prestatarios en salud. Durante cuatro años, en la que estoy trabajando no se pudo lograr las metas propuestas en cuanto se refiere a la cobertura de los indicadores de calidad en la atención a la mujer gestante; sin embargo desde la anterior gestión en la comunidad de Tomachi se ha creado un puesto sanitario a lo que se ha brindado atenciones semanalmente algunas veces cada dos semanas y en la actualidad ha ido decreciendo las consultas prenatales; pero si hubo bastante consultas a los menores de 5 años y a la población, en cuanto a otras comunidades se realiza visitas una vez por mes, pero no se evidencia las consultas prenatales es mas son reacios por lo que no se pudo captar los controles prenatales nuevas; pareciera que fuera por la ocupación laboral que tienen las familias. Estas familias de alto riesgo, están en todo el ámbito de sector Teoponte (Urbano,

sub. – urbano y rural) y que aparentemente su extremada pobreza y la deficiente información que tienen, dificultan el acceso al centro de Salud.

Este estudio pretende identificar y analizar aspectos culturales y sociales que puedan influir en la poca cobertura en lo que se refiere controles prenatales y atención de parto del centro de salud Teoponte y las razones por las que actualmente han disminuido las coberturas de atención.

También describir y analizar el sentir de las mujeres gestantes objeto de estudio y del personal de salud, en relación al tema.

Además apoyará en alguna medida a conocer la opinión de estas familias en relación al por qué no la asistencia a los controles en el centro de salud. Conocer los factores y sobre todo plantear intervenciones que mejoren en la asistencia al centro de Salud.

Los terapeutas de la biomedicina son médicos, personas con formación académica, pero que son excluyentes en la práctica en sus atenciones, una conociendo la cultura de las comunidades puedan adecuarse a sus culturas, de esta manera mejorar la afluencias de las consultas prenatales hasta llegar al parto en servicio.

V. DISEÑO DE INVESTIGACION

5.1 Pregunta de Investigación

El principal problema con el que se tropieza El Centro de salud Teoponte, es la baja cobertura en cuanto se refiere a controles prenatales y parto en servicio (indicadores de calidad a la mujer gestante), por la falta de complementariedad con lo que es son los conocimientos de parte de personal de salud, prácticas y actitudes de la población con los diferentes programas en salud, además de una inadecuada implementación de alternativas con los filiares y parteras del sector.

A esto, se suma una inadecuada promoción de los servicios de salud existentes

En lo que se refiere al Seguro Universal Materno Infantil, en consecuencia surge la pregunta:

¿Cuáles son los factores culturales que interfieren en el acceso de mujeres gestantes al centro de salud Teoponte durante el primer semestre de 2006?

5.2 Objetivo General

Identificar los factores culturales que interfieren en el acceso de las mujeres gestantes Lecas al centro de salud de Teoponte.

5.3 Objetivos Específicos

- Identificar las dificultades que existen para lograr las coberturas adecuadas en el control prenatal y parto en las mujeres del Sector de Teoponte.
- Determinar que grado de conocimiento tiene las gestantes de Teoponte sobre la importancia de control prenatal desde un punto de vista intercultural.
- Identificar los factores culturales que dificultan o facilitan en la asistencia al servicio de salud de salud.
- Determinar de qué manera el personal de salud está inmerso en la información y educación a la población.
- Rescatar prácticas y actitudes de la población con respecto a las prácticas y costumbres en relación al embarazo.

5.4 Diseño o Tipo de Estudio

El diseño que se aplicó en este estudio es de enfoque cualitativo; con componente no experimental, porque en las investigaciones cualitativas se trata de un plan de acción en el campo para recolectar información (Mc Graw Hill, 2002).

SE UTILIZÓ ESTA METODOLOGÍA, POR CUANTO NOS OFRECE TÉCNICAS ESPECIALIZADAS PARA OBTENER RESPUESTAS A FONDO ACERCA DEL TEMA. ADEMÁS PORQUE NOS PERMITIÓ INCORPORAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES COMO SUJETOS ACTIVOS DE LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN.

UN ESTUDIO NO EXPERIMENTAL NO SE CONSTRUYE NINGUNA SITUACIÓN, SINO QUE SE OBSERVA SITUACIONES YA EXISTENTES, NO PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR EL INVESTIGADOR Y NO ES POSIBLE MANIPULARLAS (HERNÁNDEZ; FERNÁNDEZ; BAPTISTA: 2002).

5.5 TAMAÑO DE MUESTRA

COMO LA MUESTRA POR DEFINICIÓN ES UN SUBCONJUNTO O PARTE DEL UNIVERSO O POBLACIÓN EN QUE SE LLEVARÁ ACABO LA INVESTIGACIÓN CON EL FIN POSTERIOR DE GENERALIZAR LOS HALLAZGOS AL TODO. (PINEDA; ALVARADO; CANALES: 2000).

PARA EL ESTUDIO SE HA CONSIDERADO DOS COMUNIDADES DEL SECTOR DE TEOPONTE, SAN JUANITO Y TOMACHI (COMUNIDADES LECAS³) YA QUE LAS MUJERES GESTANTES DE ESTAS COMUNIDADES SON LAS QUE MENOS ASISTEN PARA REALIZAR SUS CONTROLES PRENATALES Y PARTO EN SERVICIO DE SALUD. DE LAS DOS COMUNIDADES SE HA SELECCIONADO SEIS MUJERES QUE NO HAN ASISTIDO AL CENTRO DE SALUD DE TEOPONTE PARA SUS CONTROLES Y PARTO.

5.5.1 MUESTRA NO PROBABILÍSTICA

EN LAS MUESTRAS NO PROBABILÍSTICAS, LA ELECCIÓN DE LO ELEMENTOS NO DEPENDE DE LA PROBABILIDAD, SINO DE CAUSAS RELACIONADAS CON LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN O DE QUIÉN HACE LA MUESTRA (HERNÁNDEZ; FERNÁNDEZ; BAPTISTA: 2003).

³ Comunidades Lecas de Pueblos Indígenas

PUES PARA LA INVESTIGACIÓN SELECCIONA A LAS MUJERES GESTANTES DE LAS DOS COMUNIDADES QUE NO ASISTIERON PARA SUS CONTROLES PRENATALES Y PARTO EN EL CENTRO DE SALUD TEOPONTE BAJO LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

- MUJERES GESTANTES MULTÍPARAS.
- MUJERES GESTANTES PRIMÍPARAS.
- MUJERES QUE ALGUNA VEZ LLEGARON POR EMERGENCIAS AL SERVICIO DE SALUD.
- MUJERES QUE TUVIERON SU PARTO DOMICILIARIO DURANTE EL AÑO DE 2006.

5.6 POBLACIÓN

LA POBLACIÓN DE SECTOR TEOPONTE ES DE **2.334** HABITANTES DE LOS CUALES LA POBLACIÓN DE LA POBLACIÓN DE EMBARAZOS ESPERADOS ES DE **92** PARA LA GESTIÓN DE 2006, DADO SEGÚN LA PROGRAMACIÓN DE SEDES LA PAZ; SU ÁMBITO DE ACCIÓN A LAS **10** COMUNIDADES.

ESTAS COMUNIDADES SON DE CULTURA AYMARÁ, QUECHUA, LECO Y MESTIZO. DE LAS CUALES LAS COMUNIDADES CON ORIGEN LECO CON: **SAN JUANITO** Y **TOMACHI** QUE ESTÁN FILIADOS EN **PILCOL**⁴.

5.7 Lugar

LAS POBLACIONES EN ESTUDIO SON LAS COMUNIDADES **TOMACHI** Y **SAN JUANITO**, POBLACIONES CON LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- **TOMACHI**, COMUNIDAD SITUADA A **15** KILÓMETROS DEL CENTRO DE SALUD DE TEOPONTE.

⁴ Pueblos Indígenas de Comunidades Lecos

- San Juanito, comunidad situada a 5 Kilómetros del Centro de Salud de Teoponte.

LAS DOS COMUNIDADES TIENEN COMO SUBSISTENCIA A LA AGRICULTURA Y LA MINERÍA, SON POBLACIONES QUE MIGRAN EN TIEMPO DE LAS LLUVIAS A LOS LUGARES DONDE SE ENCUENTRAN EL ORO Y POSTERIORMENTE EN TIEMPO DE SIEMBRA Y COSECHA VOLVER A SU COMUNIDAD PARA LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

A LA ÉTICA PROFESIONAL SE LE DEBE DAR GRAN IMPORTANCIA EN CUALQUIER PROFESIÓN. EL INVESTIGADOR EN EL ÁREA DE SALUD Y CIENCIA SOCIAL DEBE TENER UNA CONCIENCIA CLARA RESPECTO A LA ÉTICA PROFESIONAL. EL TIPO DE INVESTIGACIÓN QUE SE HA DE REALIZAR INFLUYE DIRECTA E INDIRECTAMENTE CON EL DERECHO DE LOS SERES HUMANOS, SU BIENESTAR EN SALUD O SOCIAL, E INCLUSO EN LA VIDA PERSONAL.

LA HONESTIDAD Y LA HONRADEZ SON VITALES EN EL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN. EL INVESTIGADOR TIENE UN PAPEL MUY IMPORTANTE EN EL DESARROLLO DE BIENESTAR DE SALUD DE LA POBLACIÓN.

TENIENDO UN DISEÑO DE INVESTIGACIÓN, SE INSISTE EN LA DEFINICIÓN CORRECTA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN. SI EL INVESTIGADOR SIGUE LAS ETAPAS DE LA DEFINICIÓN DEL PROBLEMA PUEDE REVOLVER EL PROBLEMA DE LA SALUD, A BAJOS COSTOS Y SIN TENER QUE ESPERAR APOYO TÉCNICOS DEL INMEDIATO SUPERIOR PARA CUMPLIR CON LA EFICIENCIA Y EFICACIA.

LA ÉTICA ES LA CIENCIA NORMATIVA DE LA ACTIVIDAD HUMANA EN ORDEN DEL BIEN.

POR LO TANTO EL OBJETIVO MATERIAL DE LA ÉTICA, LO QUE ESTUDIA, SON LOS ACTOS HUMANOS, LA ACTIVIDAD ESPECÍFICAMENTE HUMANA. EL OBJETIVO FORMAL, UN

DETERMINADO ASPECTO DEL OBJETO MATERIAL, ES EL BIEN, ES LA RELACIÓN DE LA ACTIVIDAD HUMANA A LA NORMA ÉTICA.

EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN, EL INVESTIGADOR HA PROTEGIDO EL MUNDO EXTERNO DE LOS VALORES PERSONALES, DONDE LA MANIPULACIÓN DE LAS SEÑORAS NO ES EVIDENTE, RESPECTANDO SU CULTURA Y COMPORTAMIENTO EN LA SOCIEDAD TALES COMO:

- CONFIDENCIALIDAD.
- DERECHOS PERSONALES Y EL BIENESTAR.
- RESPETO SU HORARIO DE TRABAJO.

EN ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CON MUJERES DE LAS COMUNIDADES LECAS EN LA PROVINCIA DE LARECAJA, SE BUSCA A TRAVÉS DE LAS RESPUESTAS DE LAS ENTREVISTAS PARA MEJORAR LAS ATENCIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD LOCALES EN EL MUNICIPIO DE TEOPONTE EN FUNCIÓN A LAS NECESIDADES DE CONTROLES PRENATALES Y PARTO EN EL SERVICIO DE SALUD.

TODAS LAS ENTREVISTAS HAN SIDO BAJO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO A LAS MUJERES RESPETADO SU HORARIO DE TRABAJO, LABORES DOMÉSTICOS Y OTRAS ACTIVIDADES

VI. INTERVENCIÓN O METODOLOGÍA

Se realizará una investigación cualitativa que consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, respetando sus culturas sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal como son sentidas y expresadas por las personas; la investigación se orienta hacia la acción y el cambio hacia los servicios de salud y su demanda; no basta con describir los fenómenos o aportar a la construcción de un conocimiento. En la investigación cualitativa la intervención y su evaluación son parte de la misma.

Para el enfoque cualitativo, la recolección de datos resulta fundamental, solamente que su propósito no es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadístico. Lo que busca es obtener información de sujetos, comunidades, contextos variables o situaciones en profundidad, en las propias “palabras”, “definiciones” o “términos” de los sujetos en su contexto (Sampieri).

El investigador cualitativo utiliza una postura reflexiva y trata, lo mejor posible, de minimizar sus creencias, fundamentos o experiencias de vida asociados con el tema de estudio (Grinnell, 1997)

Se realizará la recolección de datos en dos etapas:

1. Inmersión inicial en el campo.
2. Recolección de los datos para el análisis.

En la inmersión inicial en el campo se ha elegido dos comunidades Tomachi y San Juanito que son comunidades indígenas Lecas, ya que de estas comunidades es poca la asistencia de las mujeres gestantes al control prenatal y parto en los servicios de Salud.

Para la recolección de Datos bajo el enfoque cualitativo se utilizará: La entrevista en profundidad individual.

6.1 Entrevistas a Profundidad

Se realiza esta entrevista a mujeres que han transcurrido por lo menos el último parto en año 2006, con quienes se ha dialogado e intercambiado opiniones en profundidad acerca de sus percepciones y prácticas sobre los problemas durante el embarazo, tratando de rescatar –a través de ellas- la cultura sobre el embarazo. También se entrevistaron a un esposo que ha atendido a su esposa en todos sus partos para conocer cuál es su experiencia en este ámbito.

Se ha elegido esta técnica porque se estima que este método es mas eficaz que el cuestionario, ya que permite obtener la información mas completa (Elia Beatriz Pineda, Eva luz Alvarado).

6.2 Equipo de Investigación

El trabajo de campo fue realizado por el investigador médico, quien viene trabajando en la zona ya cuatro años, se puede decir que conoce a todas las mujeres gestantes y las que tuvieron su parto ya sea en domicilio o en el servicio de Salud.

6.3 Actores/as de investigación

El grupo de actores/as de investigación está constituido por mujeres que estuvieron embarazadas y que tuvieron sus partos en sus domicilios de las comunidades de Tomachi y San Juanito del Sector de Teoponte algunas que transcurrieron por varios embarazos. Estas mujeres en su mayoría son de origen Lecas, (castellano y quechua), aunque algunas de ellas son

monolingües castellano; todas son de bajos recursos económicos, y cuyos hábitos y costumbres son predominantemente tropicales, en algunos aspectos, distintos a la cultura citadina y moderna, distinto al discurso y la práctica biomédicas. Forman parte de este grupo de actoras/as de la investigación, un esposo que actúa como partero y prestan sus servicios en las mismas zonas solo a familiares sin remuneración alguna.

VII. RESULTADOS Y ANALISIS

Las comunidades Lecas son primeros habitantes de la región, que vivían en las riveras del río Caca eran nómadas; lo cual se puede percibir en sus costumbres, pues muestran desconfianza a los servicios que brindan los centros de Salud, en muchas ocasiones ha sido difícil el acceso a los domicilios en las visitas domiciliarias para realizar el control prenatal, de manera que para el logro de los resultados se tuvo que realizar varias visitas a las señoras hasta familiarizarse para que de esta manera pueda ser mas confiable los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas.

7.1 Dificultades en la Extensión de Coberturas en el Control Prenatal y Parto.

La poca asistencia de las mujeres gestantes a los servicio de Salud es un problema para el personal de Salud, y mucho mas para que ellas puedan llegar a su parto en el servicio, es así que aproximadamente un 30% de las mujeres gestantes no acuden a los centros de salud para los controles, y un 60% de las mujeres gestantes no llegan para su atención de parto.

Es posible que también influyan los aspectos económicos y culturales como los factores más importantes en la problemática de las coberturas bajas en cuanto se refiere a la eficacia⁵. Pareciera que el factor preponderante es económico ya que por no contar con un ingreso las mujeres también tienen que seguir trabajando para el sustento de la familia, porque el Jefe de casa no puede generar lo suficiente para el bienestar del hogar.

⁵ Eficacia es el cumplimiento de la meta programado en relaciona al POAT.

El factor cultural es posible que sea una barrera para la asistencia a los servicios de Salud, pues la mayoría del área rural no entiende todavía la medicina occidental por eso la no asistencia al servicio de salud.

“Yo no podía asistir a los controles de mi embarazo porque no tenía tiempo, pues tengo que cuidar a mis hijos, preparar sus comidas; vestir para que fueran a la escuela; algunas veces no siempre se tiene dinero para pagar el pasaje a movilidad. Creo que se debe hacer controlar con el doctor para saber la posición de la wawa. Yo nunca he asistido para mis controles al Centro de Salud porque tenía miedo a los doctores ya sean estas mujer o varón”. (Madre, 42 años).

“Una mujer tiene que realizar sus controles prenatales con el Doctor para estar seguro de su parto y así evitar los problemas durante el parto, yo no pude hacer en mi embarazo porque no tenía tiempo; pues yo trabajo para ayudar a mi esposo”. (Madre, 37 años).

Se puede percibir a través de estas narraciones los siguientes factores como se mencionan a continuación:

Como resultado de las entrevistas, en primer lugar estaría el tiempo necesario para la asistencia en los controles prenatales a los servicios de salud; porque todas las madres tienen actividades domésticas, la educación de sus niños que es competencias de las mujeres, y otras actividades relacionados al hogar.

La falta de dinero para trasladarse a los servicios de salud es otra dificultad muy importante, este impide para llegar a las metas programas de los servicios de salud; por lo tanto no depende de los funcionarios de servicio de salud.

Otra dificultad en que influye en la extensión de las coberturas por parte de las usuarias es el miedo al personal de Salud (médicos), que es netamente responsabilidad de los funcionarios médicos.

Obviamente la actividad laboral o factor que influye indirectamente convirtiéndose en una dificultad para la asistencia a los servicios ya que las madres muchas de ellas tienen que trabajar para mantener a sus niños.

“Cuando sí una persona no tiene molestias no va al centro de salud porque no es necesario, ya que esta bien por lo que yo no asistía a mis controles, claro que hubiera consultado al centro de salud cuando hubiera presentado las molestias”. (Madre, 26 años).

Según la cultura de las gestantes no es necesario realizar controles prenatales por la ausencia de signos y síntomas de peligro, pero sí necesitarían cuando se presentan las molestias. De manera que esto también influye en la extensión de las coberturas, ya que se hubiese alteraciones en el embarazo necesariamente tendrían que asistir a los servicios de salud para solucionar sus problemas relacionados con su gestación.

“Creo que es necesario hacer los controles prenatales en el Hospital para saber como esta creciendo el bebé, pero a mí no me gusta odio el hospital porque a uno dicen que tienes una enfermedad de tal manera que sale preocupada, para mí sería mejor morir sin saber la enfermedad que uno padece; no me gustan las enfermeras me vuelven nerviosa”. (Madre, 28 años).

Otra dificultad que se evidencia en el alcance de las coberturas, de parte de las gestantes es el miedo a conocer su enfermedad, obviamente surge este como

producto de poca información acerca de su enfermedad a la gestante, en este aspecto corresponde al personal de servicio de salud.

También como dificultad para las coberturas se puede percibir la poca sensibilidad de las enfermeras en el centro de salud, pues son las que en primera instancia están en contacto con las pacientes.

“No me gusta ir a los doctores porque tengo miedo porque dicen que son atrevidos, siempre que tenía algún problema me controlaba mi hermano él sabe mucho es partero me hacía sacudidas y me sentía bien no mas. Alguna vez quería ir a hospital pero no había movilidad por eso no pude hacer mis controles”. (Madre, 43 años).

El miedo a los médicos, es otra dificultad que repercute en las controles prenatales, esto por comentarios de terceras personas, que en muchas ocasiones comentan en forma negativa del personal médico, es posible que en algún momento haya sucedido tales como el acoso sexual o bien el exámen ginecológico fuera interpretado como tal de parte de las gestantes.

La falta de movilidad es otra dificultad para la asistencia de las gestantes en los servicios de salud; pues por la distancia no se puede llegar a pie, de las comunidades es muy difícil moverse sino es por las moviidades los cuales salen solo en las mañanas.

“Las veces que consulté por mi hija cuando estaba enfermo hacen esperar mucho, hay que consultar unos cuatro veces para ser atendidos, por eso nunca sé ir a mis controles prenatales al centro de salud. En una oportunidad fui al centro de salud pero el doctor no estaba tuve que volver; en mi condición de embarazada y con dolor en muy molesto y peligroso se puede

tener en el camino el parto desde ese momento nunca mas volví, no sé si es por flojera o falta de tiempo ". (Madre, 28 años).

Por ultimo otro factor muy importante considerarlo como el mas importante, son las largas esperas y la ausencia del personal de salud en los servicio de salud, según el comentario de la señora en ocasiones no pudo encontrar al personal de salud esto es una gran dificultad, mas que dificulta es una gran barrera para la asistencia de las gestantes en los posteriores de tal manera que disminuye las coberturas.

7.2 Prácticas y Conocimientos de las Mujeres con Relación al Control Prenatal

La articulación entre las representaciones y las prácticas de las madres lecas sobre el embarazo y atención de parto nos permitirá aproximarnos a la manera en que socio-culturalmente se construyen las prácticas. Abordaremos la prevención y el diagnostico del embarazo y los problemas que se presentan durante el embarazo y sus costumbres populares frente a estas. Abordando la problemática de la no asistencia a los servicios de salud como parte importante de pospartos domiciliarios. A través del relato de seis mujeres que no hicieron su control prenatal ni parto en el centro de salud Teoponte se llegará a conocer sus conocimientos y prácticas en el control prenatal.

Siguiendo la definición de Eduardo Menéndez, por auto atención "nos referimos a las representaciones y prácticas que la familia utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, alimentar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa o intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de auto atención". (Menéndez, 2002:14). Es a partir de esta definición que se va

analizar este sistema médico entre las mujeres gestantes Lecas del sector de Teoponte .

Se ha observado durante estos años a las mujeres que no asistieron para sus controles y atención del parto en el centro de salud, mismas fueron una de nuestras principales unidades de análisis. Las mujeres con las que trabajamos para la elaboración de esta investigación proveniente de las comunidades Lecas pero que hablan castellano. Todas ellas madres, con un rango de edad entre 26 y 42 año.

“Cuando supe que estaba embarazada me sentí mal porque ya tenía varias wawas, cuando avisé a mi marido, el aceptó sin cuestionar, diciendo como estás embarazada tienes que tener nomás que podemos hacer; pero yo estaba muy preocupada, porque el embarazo a una persona cambia, hay que estar dedicando al embarazo pues ya no se puede lavar mucha ropa ni bañarse en los ríos, y no debe aumentar mucho de peso ya que puede crecer mucho la wawa y una persona puede morir en el parto”. (Madre, 42 años).

“Mi embarazo de mí último hijo me hizo sentir muy mal, tuve muchas molestias durante todo el tiempo de embarazo, en el embarazo uno siempre se preocupa, las cosas que se hacen ya no es lo mismo ya que tiene que cuidarse mucho; además yo ya no quería tener mas hijos. Mas bien que mi marido aceptó sin cuestionamiento”. (Madre, 26 años).

En las mujeres entrevistadas se puede apreciar que existe un cambio emocional especialmente por los efectos del embarazo, y la limitación que trae consigo en las actividades domésticas y laborales. Además debe controlar su

peso para no tener riesgo durante el parto. Existe conocimiento del cuidado que tiene durante el embarazo

En ocasiones el embarazo no es planificado por lo cual esto altera la parte emocional, como se puede observar que las mujeres no realizan la planificación familiar; en esto juega el papel importante el esposo, el cual actúa como consejero para dar apoyo en la parte emotiva, es más es el personaje que da la estabilidad emocional.

“Me sentí muy preocupada al saber que nuevamente estaba embarazada porque en el último parto no podía tener, por lo mismo se preocupó mi esposo al recordar el parto anterior, porque en el embarazo uno ya no es lo mismo, pues tiene que alimentarse bien, no hacer esfuerzos en el trabajo, en el embarazo se tiene que aumentar poco el peso por que puede dificultar en el parto”. (Madre, 26 años).

“Una vez que supe de mi embarazo sentía pena, porque decía ya no quería tener, todo esto me pasó porque me había confiado, pero mi esposo me dijo que vas a hacer no hay otra; solamente tener, en este embarazo tenía muchas molestias especialmente por las noches no podía dormir a veces mi esposo me friccionaba, cambia el cuerpo ya no es igual, llega la flojera, no tenía ganas de hacer nada y mal de gusto a las comidas me daba asco las comidas a veces con vómitos; por lo que hay que cuidarse mucho, en la casa nomás hay que estar, no hay que trabajar mucho, no levantar cosas pesadas, porque el niño tiene que ser fuerte y sano”. (Madre, 37 años).

Dentro de las prácticas y conocimientos de las madres gestantes se puede apreciar en su mayoría tienen gran preocupación por tener varios hijos, por lo que esto impide en el trabajo cotidiano, ya que las madres deben permanecer en casa por su estado de salud lo cual se convierte como limitante en sus actividades laborales. Otro aspecto es que ninguna hizo planificación familiar, estos embarazos no ha sido deseados, nuevamente el esposo es el actor principal como consejero, además siempre dando apoyo psicológico durante el período del embarazo, asimismo en lo económico afecta en el ingreso para el mantenimiento de la familia.

Otro de conocimientos propias de las gestantes es no aumentar mucho el peso no hacer mucho esfuerzo físico lo cual influye para que el producto sea sano y fuerte; de tal manera que las gestantes solo permanecen en casa sin realizar el trabajo esforzado, lo que realizaban antes de su embarazo; por lo tanto el esposo cumple un rol muy importante desde luego en el mantenimiento de la familia.

“Cuando supe que estaba embarazada me asusté mucho, cuando consulté, por que no vivía con mi enamorado, cuando le avisé el me dijo hazte sacar, pero consulté con mi madre ella me dijo que lo tenga aunque también se asustó al igual que yo, esto cambia a una mujer porque ya no tiene libertad, uno no puede tomar alcohol ni fumar”. (Madre de 28 años).

En caso de madres solteras el papel cumple la madre u otro familiar quién actúa dando consejos lo positivo ella es que no cuestiona, al contrario da un apoyo emocional brindando su apoyo incondicional. Conoce los hábitos que se tiene que evitar.

En todas las mujeres gestantes en las que se ha trabajado se ha comprobado que el esposo en su mayoría suele asistir como médico y en un segundo plano las madres de las gestantes o familiar, brindando apoyo psicológico durante el periodo del embarazo además de lo económico ya que ellas solo permanecen en casa sin realizar el trabajo que hacían antes; de manera que el esposo cumple el doble rol durante el período de la gestación de la mujer.

Las prácticas que se realizan durante el embarazo también es asesorado por el esposo, tales como no aumentar mucho el peso, remedios caseros que toman en casos de presentarse algunos problemas durante el embarazo, no dormir mucho esto según sus costumbres puede causar la retención placentaria aunque no se ha encontrado ni un caso en las mujeres entrevistadas, otro de las prácticas es la alimentación entonces hay conocimiento de la importancia de la nutrición durante la gestación. Las fricciones es una de las prácticas que se realizan en caso de las molestias en abdomen como efecto de la gestación, en lo cual también cumple el rol importante el esposo.

7.2.1 Algunos Aspectos Culturales Entorno a la Prevención Durante el Embarazo

El cuidado en las mujeres gestantes se considera importante, ya que determinados descuidos puede provocar diferentes enfermedades o padecimientos. Por lo tanto algunas actividades son muy importantes como lo muestran los siguientes relatos:

“En el embarazo hay que caminar uno no tiene que dormir de día esto va facilitar al parto, no lavar mucha ropa esto puede provocar para que nazca la wawa antes del tiempo . Cuando hay dolores en la barriga mi marido sabe friccionar con pomadas y además él sabe

hacerme sacudidas⁶ para calmar el dolor, a veces sabe estar en mala posición”. (Madre, 44 años).

“Se me hinchaba los pies ya no podía caminar pero estaba trabajando en la cooperativa lejos de Centro de Salud además no había auto para trasladarse, solo descansé en la cama posteriormente mi esposo ha buscado remedios caseros, porque ya no podía caminar lo cual me hizo bien por lo que ya no era necesario ir al médico”. (Madre, 26 años).

En los aspectos culturales el rol importante juega el esposo, como asesor y como tradicional realizando, tales como no lavar ropa, caminar durante el embarazo, realizar la maniobra de sacudidas, friccionar el abdomen en casos de dolores y utilización de remedios caseros.

“Sentía mucho dolor en la cintura no podía dormir por las noches, por eso consulté con mi vecina que ha tenido muchas wawas ella me aconsejó que no debería trabajar por que yo seguía trabajando para ayudar a mi marido ya que no alcanza el dinero para sostener a los hijos, también tenía muchos vómitos no podía comer entonces me quedaba en la casa ya no trabajaba”. (Madre, 37 años).

Algunas veces dentro de la sociedad también la vecina cumple las funciones de consejería, cuando no está el esposo; actúa ella por su experiencia y solidaridad como parte integrante de la comunidad.

“Durante mi embarazo yo me cuidaba, no alzando las cosas pesadas, no fumar, no bebidas, uno no tiene que aumentar de peso

⁶ Maniobra que hacen con una frazada para acomodar en caso de que la posición del producto esté en posición transversa u oblicua

mucho porque puede dificultar los movimientos y el nacimiento del bebé, no dormir mucho decía mi madre porque la placenta se puede tardar en salir". (Madre de 27 años).

"En los embarazos mi madre se encargaba de mí cuidado, empezaba renegar mucho de todo, gracias a mi madre nunca he tenido problemas" (Madre de 28 años).

Las madres también cumplen un rol muy importante en lo cultural ya que son las que se encargan del cuidado intensivo las hijas gestantes, además se encargan en la prevención de las complicaciones, tales como no dormir mucho, no levantar cosas pesadas, etc.

"Sabe dolerme la cintura entonces mi hermano me sabe tocarme las venas luego sabe hacerme sacudidas, colocarme fricciones luego me sabe pasar las molestias, porque la wawa sabe estar en mala posición y cuando se acomoda calma las molestias". (Madre, 43 años).

Otro personaje que cumple el rol de los controles es el hermano realizando las maniobras como son las sacudidas en caso de mala posición como ellas expresan, al mismo tiempo el hermano realiza las fricciones para calmar el dolor provocado por el embarazo.

7.3 Factores Culturales que Impiden en la Asistencia a los Servicios de Salud

Los factores culturales aparece como una problemática para la asistencia en los servicios de salud, pues las madres tienen que trabajar y cuidar a sus niños menores además de preparar su alimentación para la familia; otro factor que es

de considerar es la distancia a los servicios de salud y la escasez de medios para trasladarse para llegar a los centros de salud.

En los siguientes relatos se evidencian algunas de las limitaciones y dificultades para llegar a los centros de atención primaria:

“Yo nunca fui a la posta porque está lejos uno no siempre dispone de tiempo, porque hay que cuidar a los niños mandar a la escuela porque mi marido sale a trabajar temprano, también es difícil encontrar movilidad van muy lleno y temprano, pero siempre mi marido me ha atendido muy bien sin problemas en mi casa por eso creo que no es necesario ir al hospital”. (Madre, 42 años).

En la poca cobertura en los servicios de Salud se pudo identificar los siguientes factores:

La buena atención del marido durante el período del embarazo, hace que no asistan al centro de salud.

Las madres no disponen de tiempo ya que tienen múltiples ocupaciones como ser el cuidado de los niños en casa, actividad laboral junto al esposo.

“Para ir al hospital primero uno necesita dinero, pero muchas veces no siempre se tiene, a veces no hay movilidad porque el camino está mal entonces ya no llegan las movilizaciones, tengo que ayudar en el chaco e mi esposo porque solo no puede sostener a la familia”. (Madre, 37 años).

“Como tengo que atender mi pensión no tengo tiempo para ir a la consulta en el centro de salud, a todos nos hace falta el dinero por

eso yo debo trabajar ya que mi esposo no abastece en el gasto de los niños, porque dicen que hay que esperar mucho para ser atendido en el centro de salud". (Madre, 26 años).

El recurso económico también influye ya que muchas de las gestantes no pueden trasladarse a los centros de Salud.

"A veces cuando uno va al centro de salud esta bien lleno y no tienen tiempo para atendernos, hacen esperar harto uno puede morir en la espera y cuando uno esta muy mal dicen que no hay medicina uno no encuentra el apoyo que quiere recibir por eso no voy prefiero morir en mi casa". (Madre, 28 años).

"Es muy lejos el centro de salud es difícil para mi llegar caminando, las veces que fui me hicieron esperar mucho, a las enfermeras hay que decir que me atiendan tres o cuatro veces ni aun así nos atienden, yo tengo que dejar mis niños para ir y puede pasar cualquier cosa en la casa porque mi marido trabaja lejos en el monte". (Madre, 28 años).

Algunas madres refieren las largas esperas en los servicios de salud para ser atendidos, pues ellas tienen que dejar sus niños solos en la casa.

Las largas esperas en los consultorios para ser entendidos, y la falta de medicamentos en las farmacias institucionales cuando se extienden los recetarios son los que influyen en la poca asistencia a los servicios de salud.

"Tengo miedo asistir a la posta porque he escuchado comentario que decían que los médicos eran atrevidos (acoso sexual e incluso manosean a las mujeres) por eso nunca he asistido a los hospitales". (Madre, 43 años con 11 hijos).

Otro factor cultural es el miedo a los médicos, que según las referencias de las personas que han asistido a los servicios de salud lo informaron negativamente, como ser que los manoseaban en el consultorio durante el examen físico.

Otro factor que interviene es la escasez de los medios de transporte y el horario limitado que prestan estos servicios.

7.3.1 Algunas Opiniones Sobre Atención del Parto en Servicio

Las siguientes opiniones son vertidas por las madres que han sido atendidas en el servicio de salud, aunque según nuestro parecer ha sido atendido adecuadamente pero no siempre es así.

“Mi último parto he tenido en el Hospital porque han venido a mi comunidad los médicos y mi dijeron que debo tener en hospital porque podía complicarse, entonces mi esposo me ha llevado al Hospital, pero me ha tenido varias horas con dolor no podía aguantar solo me indicaban que debía caminar y respirar nada mas; he visto que no hay apoyo a la mujer cuando está con, dolor de parto, cuando está desesperada la mujer necesita que apoyen, en mi casa mi esposo me agarraba de la cintura nunca me soltaba hasta que nazca; todo el tiempo me mantenía caliente, pues en el Hospital me han hecho enfriar por eso ha demorado mucho mi parto, lo peor es que yo seguía sangrando no me han fajado ya que la faja evita el sangrado, porque se puede morir por demasiado sangrado. He decido nunca mas volver en el siguiente parto porque es mejor en mi casa ya que mi esposo me atiende muy bien”. (Madre, 42 años).

“Las personas que han sido atendido en el centro de salud me han informado que desvisten y con las piernas abiertas y todas las enfermeras miran salen y entran en la sala de partos, yo me avergüenzo no me gustan que estén varias personas y que mi miren mi cuerpo y además que me toquen, por eso y nunca puedo ir al centro de salud conociendo además a las enfermeras son muy frías”. (Madre, 28 años).

La señora que ha sido atendida en el Centro de Salud reclama el apoyo físico y emotivo, lo cual lo hacía el esposo en su casa, además de conservar caliente el ambiente; como efecto de esta actitud en lo posterior prefiere tener su parto en domicilio.

El pudor es muy importante, porque la desnudez genital durante la atención de parto es un factor cultural para no asistencia a los servicios de salud.

Por terceras personas se ha informado una de las gestantes, indicando que la atención en el Centro de Salud es por varias personas quienes observan la desnudez, lo cual es vergonzoso para la paciente, por lo que nunca llegaría al servicio de salud.

7.4 Información de la Importancia de Control Prenatal de Parte de Personal de Salud

“Yo nunca hasta ahora he tenido la oportunidad de recibir la orientación sobre los controles prenatales “. (Madre, 42 años).

“Nadie del personal de salud me ha informado sobre la importancia de los controles prenatales hasta ahora no sé su importancia de los controles”. (Madre, 28 años”).

En todas las entrevistadas la respuesta fui el mismo, de manera que el servicio de salud no ha trabajado en lo que es Información y educación a la comunidad, por lo tanto es la causa de pocas coberturas.

7.5 Prácticas y Actitudes Durante los Problemas en el Embarazo

Las prácticas y actitudes aparece como un factor cultural que influye en la concurrencia del sistema biomédico en los controles prenatales, que puede incluso llevar a la muerte como consecuencia de la falta de asistencia en los servicios de salud.

“Nunca durante mi embarazo ni en mi embarazo tuve complicaciones, pero si algunas mujeres pasan por problemas durante su embarazo”. (Madre, 42 años).

“Durante mi último embarazo tenía mucho dolor en la cintura que empeoraba con el trabajo, entonces mi esposo me friccionaba, porque esto pasa por la mala posición del bebé, entonces hay que acomodar lo cual me hacía mi esposo, ya que no es fácil llegar al centro de salud por que en ese momento no se encuentra la movilidad”. (Madre, 37 años).

“Durante mi último embarazo tenía hinchazón de los pies, anemia, dolor en la espalda, no podía ir a centro de salud por la distancia y falta de movilidad, para anemia se toma sulfato ferroso y para mi problemas de dolor de espalda consulto con una partera, ellas saben

muy bien saben arreglar cuando esta en mala posición el bebé haciendo sacudidas⁷. (Madre, 26 años).

“El problema mayor que me pasó durante mi embarazo era que sangraba mucho, entonces en ese momento no había movilidad para llegar al centro de salud por lo que hice llamar al Don Daniel Pizza porque me ha dicho que el sabía de las medicinas caseras, quién ha hecho preparados de las medicinas y me hizo tomar y estaba bien me paró el sangrado”. (Madre, 43 años).

“Es mi embarazo tenía dolor de espalda, mareos, veía chispitas, calambres y se me hinchaba los pies, pero mi papá me atendió me hizo fricciones , haciendo preparados en base a medicamentos no sé que eran pero me hizo bien, porque mi mamá jamás ha consultado con médico en sus embarazos y nunca tampoco se complicó ya que papá no mas ha atendido sus partos” (Madre, 28 años).

La práctica es realizado durante las complicaciones es asistido por el esposo el cual emplea los medicamentos caseros y ciertas actitudes como ser las maniobras de masaje y acomodación del producto

En otras instancias el padre cumple en asistir en caso de complicaciones, molestias y otras alteraciones durante el embarazo, El es conocedor de los medicamentos caseros de la zona.

La técnica de sacudidas en una terapia que satisface a las embarazadas en cuanto al dolor.

⁷ Maniobra que hacen con la frazada para acomodar en caso de que la posición del producto esté en posición transversa u oblicua

7.5.1 Actitudes Durante el Parto

A través de las siguientes actitudes veremos cómo los esposos y la madre conocen perfectamente el trabajo de parto y atienden el parto.

“Cuando llega el momento de parto hay dolor de cintura, faltado unos dos días se hincha los pies, orina rato en rato y cuando llega el momento del parto empieza el dolor de barriga que va aumentando, entonces hay que calentar el agua para que llene de calor el cuarto, calentar con vapor de agua la barriga, hay revisar bien si esta en mala posición hay que acomodarlo, posteriormente tomar la vena para saber si esta ya por nacer el bebé y si esta ya por nacer hay hacer tomar mates, y si tarda mucho hay hacer tomar la uña de mujer, su cabello, uña del gato esto hay que hacer hervir en una olla para después hacer tomar, no tiene que enfriarse cuando se enfría puede tardar mas el parto y no puede salir la placenta” El esposo. “Yo tenía mucho miedo en ultimo parto porque ya tengo muchos hijos pero mi esposo siempre me ha atendido bien yo tenía confianza en mi esposo”. (Madre, 42 años).

“Faltado una semana ya hay dificultad para caminar calambres en los pies, antes de dos días se pone muy mal hay dolores en la cintura posteriormente en la barriga que va aumentando entonces mi preparo los pañales, aviso a mi esposo y el hace todos los preparativos en mi ultimo parto tuve sangrado antes del parto entonces mi esposo no estaba en casa por lo que la vecina ha ido a llamar al doctor quien me ha trasladado al centro de Salud. En anteriores partos nunca tuve problemas ya que esposo siempre estaba conmigo, me sabe hacer tomar mates como la manzanilla,

orégano para que sea rápido mi parto, todos mis partos siempre ha sido en casa y nunca tenía problemas”. (Madre, 34 años).

“En cada parto siempre me ha dolido la barriga entonces aviso a mi esposo ya que el siempre me ha atendido solo, el es quien prepara todo lo necesario para el parto nunca tuve complicaciones. Si tuviera otro embarazo tendría mi parto nuevamente en mi casa porque tengo confianza en mi esposo y no sé como será la atención en Hospital”. (Madre, 26 años).

Como en las anteriores el esposo siempre cumple el rol importante, primero prepara el ambiente donde se va atender el parto haciendo hervir el agua para mantener el calor, toma signos vitales como el pulso, examen físico relacionado particularmente con el embarazo y dentro de ésta enfatiza la situación para luego proceder con las maniobras correspondiente si amerita el caso, posteriormente prepara medicinas caseras como es el orégano si el trabajo de parto es prolongado.

“Cuando llega ya el momento de parto empieza a dolerme la espalda, posteriormente dolores fuertes en barriga, entonces me preocupó mucho pensando será que voy a tener normal o no voy a tener fácil, siempre ha estado mi esposo al lado de mí atendiéndome, calentado el cuarto, me preparaba el mate de orégano. Ya que este apura el parto, mi esposo me agarraba de la cintura en posición cuclillas nunca he tenido complicaciones todos mis partos anteriores han sido normales y rápidos. El último parto me han llevado al hospital porque ha demorado mucho y mi esposo se asustaba y yo tenía mucho miedo porque yo tengo 8 hijos por eso me ha llevado mi esposo al hospital, porque me decía que en el hospital ayudan con medicamentos porque ellos saben, ha estudiado, si no se demoraba mi parto no hubiera ido al hospital, además queda muy lejos uno

puede tener en medio camino por lo mismo no iba al hospital.
(Madre, 27 años).

Una de las mujeres ha asistido ha sido trasladado al servicio de salud por temor a las complicaciones en su parto, asimismo del trabajo del parto prolongado; lo que ha preocupado al esposo.

“Es mi primer parto no sabía nada pero preguntaba a mi padre, el mi enseñaba que primero aparece cerca del nacimiento del bebé se hincha los pies, posteriormente el dolor debajo del ombligo que va aumentado poco a poco; entonces mis padres ha preparado cama en el piso , han amarrado una bato en el techo de la casa para apoyarse y para hacer fuerza, luego mi preparaban algunos mates, orégano, manzanilla y coca todo caliente para que mi ayude en mi parto y sea rápido, no me daban nada fría porque se puede enfriar y tardar el parto”. (Madre, 28 años).

El padre de la mujer gestante en otras circunstancias cumple el rol de llevar a cabo los preparativos para el trabajo de parto, tales como tender colchoneta en el piso, amarrar una soga en el techo para que pueda servir como apoyo a la gestante durante el trabajo de parto, posteriormente prepara los mates como ser orégano, manzanilla y coca; siempre manteniendo el ambiente caliente para evitar el enfriamiento, de la parturienta ya que esta situación puede demorar y hasta las posibles complicaciones.

“Yo nunca hice el controles en mi embarazo porque todos mis partos eran fáciles, Don benito es mi hermano el sabe atender muy bien todo mis partos han sido atendido por EL. Cuando estaba en mala posición me hacía sacudidas, para que se pueda acomodarse y posteriormente sabe ser fácil mi parto siempre he confiado en mi hermano el es de experiencia y sabe bien la atención del parto, yo

tengo miedo ir al hospital por que no conozca a los médicos” (Madre, 43 años).

Otro personaje importante en este rol es el hermano quien actúa como el partero de la familia, haciendo examen físico y al mismo tiempo realizando las maniobras correspondientes además de los preparativos de los mates para acelerar el trabajo de parto, esto no es público sino solamente de la familia.

“Cuando llega el momento de parto hay dolor en cintura entonces mi alisto las ropitas para el bebé, agua hervida para mi para calentar el cuarto, entonces llamo a mi madre ella no es partera pero sabe atender el parto no atiende a otras solo a la familia no mas. Todos mis partos han sido muy fáciles y tan rápidos en mi casa. Nunca se han complicado”. (Madre, 28 años).

Por último la madre es la que se encarga de todos preparativos ya sea el examen físico y la medicación casera, en esta cumple como partera dentro de la familia.

VIII. DISCUSIÓN

En las repuestas obtenidas hay limitación en la información, en unos 40% se tuvo dificultad en las entrevistas ya que no quisieron colaborar se hizo en varias intenciones pero han sido a través de los maridos cosa que no siempre es fidedigno. La mujer leca habla muy poco de manera que no podría mencionar en su mayor amplitud los factores culturales.

En parte influye la falta de información e comunicación de parte del equipo de salud constituye un limitante para la accesibilidad a las mujeres ya el temor a los médicos es una barrera inmensa, posiblemente esto se deba a la poca comunicación con las mujeres gestantes.

Si bien la actividad laboral es un factor que impide la asistencia a los servicios de salud no necesariamente justifica, frente a esto se podría buscar otras alternativas del parte de equipo salud.

Como en su mayoría no tuvieron ninguna complicación durante su gestación, en el parto ni en el puerperio; entonces no consideran que importante la asistencia al centro de salud. Algunas de ellas han presentado sí complicaciones por que han sido atendidos en el servicio de salud, pero con una sorpresa grande de parte de los prestatarios de salud, como ser la frialdad, falta de consideración del pudor de las gestantes, la falta de calidez y el mayor número del personal de salud en la asistencia del parto.

Entonces debe llevarse paulatinamente las relaciones interculturales con los familiares como ser el esposo, madres de las gestantes y la población para llevar a un dialogo en forma horizontal, por lo cual es necesario el trato de igual a igual especialmente con los familiares en lo que refiere a los conocimientos tradicionales en la atención a la mujer gestante. Pues, no debe ignorar sus sabidurías y conocimientos que ha sido transmitidos desde sus ancestros, por

otra parte la relación intercultural entre el sistema biomédico de salud y la población debe mantenerse en vínculo de respeto en cuanto a sus prácticas, ya Sin embargo, implica un esfuerzo para reequilibrar las relaciones de poder existentes y eliminar los prejuicios (mutuos). Desde esta perspectiva, se debe inculcar al personal de salud la adecuación cultural basada en sus prácticas de las comunidades indígenas, lo cual fortalecerá la mejora en las coberturas en los servicios de salud; de esta manera se complementarán ambas medicinas para mejorar en la calidad de atención basada en la interculturalidad. De tal manera que, la adecuación cultural no puede ser un fin en si mismo; es el resultado de este dialogo horizontal.

Todos los funcionarios deben tener la visión amplia de la medicina ya que la biomedicina tampoco ha alcanzado en su totalidad para solucionar algunas alteraciones en la salud.

IX. CONCLUSIONES

Indudablemente los factores culturales como barreras, descritas y estudiadas en esta investigación son de suma importancia y que deben ser tomadas muy en cuenta si se pretende dar éxito a las nuevas políticas de salud, los factores culturales tan importantes como otros factores, dificultan de cierta manera en una cobertura total hacia la mujer en un país multiétnico y pluricultural, aún es mayor en los municipios donde no se respeta las culturas propias de cada región.

Las políticas actuales del Ministerio de Salud y Deportes desde 1994 con la implantación del SUMI y medicina tradicional pretende mejorar el acceso de los usuarios a los servicios de salud, pero no se lleva a cabo en la practica la manera adecuada de prestadores de servicios de salud, de manera que se debe romper las barreras entre la biomedicina y medicina tradicional, buscando un nuevo horizonte que pueda satisfacer a los usuarios.

Como efecto de la investigación se llega a las siguientes conclusiones que son: Las mujeres del grupo de estudio no usan los servicios “formales” por diversos factores como se menciona a continuación:

- a) El tiempo disponible para asistir a los servicios de salud, pues todas las mujeres entrevistadas tienen actividad laboral como ser; ya sea en el chaco, cuidado de los niños menores en la casa y actividad domestica. La mujer leco realiza la misma activad que el marido además de los mencionados.
- b) Factor económico para trasladarse a servicio de salud, pues en su mayoría viven en condiciones infrahumanas; es muy poco los ingreso

que tienen ya que en sus chacos se dedican solamente para su alimentación.

- c) Hay un temor a conocer la nueva enfermedad, porque prefieren morir sin conocer su enfermedad, ya que la nueva enfermedad va causar preocupación cosa que quieren evitar para vivir tranquilos.
- d) La poca sensibilidad del personal de salud (enfermería) en atender a los usuarios. Temor a las enfermeras porque son muy frías en el trato.
- e) También se menciona el temor a los médicos, porque dicen que son atrevidos, cuando las revisan manosean todo el cuerpo a lo descubierto.
- f) El papel que cumple el marido en el control prenatal y atención del parto, entonces no consideran las gestantes la necesidad de asistencia al centro de salud.
- g) Otro factor que se tiene que considerar las largas esperas para ser atendidos en los consultorios.
- h) Hay ausencia de la actividad de información y educación, se pudo constatar que en su mayoría de las entrevistadas no sabían que las atenciones eran gratuitas
- i) Hay desconocimiento de las consecuencias del parto domiciliario, lo que corresponde al personal de salud la información y prevención de las mismas.

- j) En ocasiones hay ausencia del personal de salud en el servicio de salud; hay gran temor que a su retorno al no haber atención en los servicios de salud pueda sufrir en el caso de parto en el camino.
- k) Por último la falta de abastecimientos de medicamentos en las farmacias institucionales.
- l) Las parteras mediante ciertas maniobras como ser sacudidas masajes y fricciones manejan muy bien la terapia del dolor.
- m) Los esposos conocen lo medicamentos caseros en el tratamientos de las Hemorragias durante el embarazo.
- n) La colocación de sogas en el techo para apoyar en el período expulsivo en el trabajo de parto y los mates calientes que aceleran la expulsión.
- ñ) La posición de cuclillas apoyado en la cintura por el marido, lo cual da confianza y calidez a la parturienta.

El objetivo fundamental de esta investigación ha sido identificar y describir los obstáculos “culturales” para un acceso universal al sistema de salud, por consiguiente, una gran parte de este documento ha sido dedicada a la descripción y análisis de esta problemática.

Pero, debe quedar claro que no solo son factores culturales los que afectan la interrelación entre los dos sistemas. Existen otros tan importantes como los culturales, que provienen de influencia económica y social.

X. RECOMENDACIONES

Se debe considerar el tiempo que disponen las mujeres gestantes para su atención. Respetar cambios de actitudes o modificaciones de prácticas en cuanto se refiere a las atenciones de la mujer gestante, de lo contrario pueden ser ofensivo a las usuarias, este deber ser nuestro principal objetivo a largo plazo.

El trato humanitario a las usuarias es muy importante, porque el marido en los partos domiciliarios brinda mayor calidez y apoyo psicológico.

Se debe familiarizar con las mujeres gestantes mediante las visitas domiciliarias al mismo tiempo con información y educación.

La información debe ser clara acerca de una enfermedad y su cura posterior al tratamiento.

Informar muy bien acerca del examen físico respetando sus culturas ancestrales y en presencia del marido.

Sin embargo, iniciar este proceso debe ser a partir del conocimiento de la cultura de los pueblos originarios; que es el principal punto de partida. Por este motivo, uno de los primeros pasos tendrá que ser la difusión de este estudio en los centros que prestan servicios de maternidad y las entidades formadoras de recursos; especialmente en las redes del país donde están las poblaciones de las comunidades Lecas.

Solo el conocimiento de las culturas de los pueblos y respetándola como tal, incrementará la afluencia de las usuarias en nuestros servicios de Salud. De

ese modo, si se logra incrementar la demanda de servicios estos deben estar preparados para recibir a las nuevas usuarias.

Por último se debe gestionar talleres de capacitación en las redes de SEDES La Paz, con un enfoque Intercultural de la atención de las mujeres en sus controles prenatales y atención del Parto. Para que haya cambio en la actitud del personal de salud se debe incluir en el currículo de las Universidades del País para que de esta manera los futuros profesionales no tengan que ser alienados con la medicina occidental, sino mas bien mas bien con una visión amplia respetando las culturas de los pueblos originarios.

XI. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD PROGRAMADA	En ero	feb rer o	ma rzo	abr il	ma yo	jun io	Jul io	Ag ost o	Se p	Oc t
Selección del tema	X									
Planteamiento del problema objetivos y formulación de la hipótesis	X	xx								
Recopilación de la información para la elaboración del marco teórico		xx	xx							
Revisión de perfil			xx							
Elaboración de los técnicas e instrumentos de investigación				xx						
2da revisión del perfil					xx					
Trabajo de campo. entrevista al grupo de estudio, grupo de referencia.						xx	xx			
Procesamiento y análisis de la información								xx x		
Trascripción de la investigación									xx x	
Presentación del informe final									xx x	
Defensa del informe final										xx x

XII. PROPUESTA DE INTERVENCION

IMPLEMENTACION DE POLÍTICAS INTERCULTURALES Y PROMOCIÓN PARA MEJORAR LAS COBERTURAS EN CONTROL PRENATAL Y PARTO EN SERVICIO EN EL CENTRO DE SALUD TEOPONTE

12.1 Introducción

Desde la implantación del Seguro Universal Materno Infantil desde 1994 se implementa la atención con interculturalidad y medicina tradicional, pero sin embargo hasta ahora no se ha efectuado en la práctica en los servicios de salud. Los pueblos originarios e indígenas demandan ser atendidos en los servicios de salud con humildad, amabilidad, respetando a la cultura, idioma y recibiendo un trato humanitario. Por lo tanto es una necesidad incentivar la práctica de la medicina tradicional a los médicos tradicionales, con un trato de colegas realizando el inter consultas pertinentes si el caso amerita.

Es importante realizar una educación transformadora no solo en sesiones de capacitación, sino en todas las actividades de atención en salud, donde el servicio tiene que relacionarse con la comunidad y conocer sus problemas.

En la capacitación es importante empezar con la experiencia de la medicina tradicional y conocimiento de las/os parteras(os) como punto de partida, ya que ellos(as) son los que conocen mejor a la comunidad y viceversa. Reflexionar y analizar sus experiencias para aprender de las experiencias de todos.

En este sentido la propuesta de intervención como segunda fase de esta investigación se propone implementar talleres, cursos, reuniones, en fases diferentes con actores como personal de salud, autoridades comunales, entidades de mujeres, OTB.

Por último se evaluará el avance de las actividades a realizarse, en relación con los resultados alcanzados en las atenciones del servicio de salud como producto de dichas actividades.

12.2 Justificación

Todas las prestaciones de salud, así como las técnicas para llevarlo a cabo, las recomendaciones que surgen de la experiencia, los propósitos de la planificación, los procedimientos de la clínica y la epidemiología, etc., tienen por objeto, en último término, hacer las cosas bien. Es decir, lograr una buena calidad. A veces, se logra, y otras veces no, esa es la cuestión.

La mayor calidad se obtiene cuando las acciones son más adecuadas, es decir, cuando se realizan lo mejor posible, lo cual depende de la habilidad profesional, el nivel de conocimiento científico y del desarrollo tecnológico.

Con todo lo mencionado lo curioso es que no han mejorado los servicios de salud en lo que se refiere en las atenciones a las usuarias con controles prenatales y atención de parto en servicio.

Entonces surge la necesidad urgente de atención en servicios de salud con adecuación cultural, partiendo desde las necesidades de los pueblos originarios en nuestro caso de las mujeres gestantes de las comunidades Lecas, respetando sus prácticas, sus conocimientos ancestrales y la forma de vida que llevan cada uno de los pueblos. Sólo de esta forma de atención se podrá mejorar la asistencia de las usuarias en nuestro servicio de salud.

12.3 Objetivos

12.3.1 Objetivo General

Mejorar el acceso al Servicio de Salud de mujeres gestantes que no acuden al Centro de Salud "Teoponte", implementando el enfoque intercultural en la atención de control prenatal y parto en servicio de salud.

12.3.2 Objetivos Específicos

- Gestionar en coordinación con el Gobierno Municipal y otras instituciones para la construcción de consultorios móviles con equipamiento mínimo en las comunidades alejadas a los servicios de salud e incentivar a las mujeres gestantes de la importancia de los controles prenatales, en base a talleres, cursos, charlas comunitarias.
- Realizar IEC. en coordinación con los esposos y familiares. Promoviendo talleres para realizar intercambios de conocimientos; enfatizando el rol importante de los familiares en el seguimiento y atención del parto. Además de familiarizarse con las mujeres gestantes a través de visitas domiciliarias periódicas.

Actividad (1)

- a.- Se ha recopilado información, sobre prácticas del control prenatal y atención del parto en las mujeres de la cultura Leca, respetando sus prácticas y motivar en la práctica de las mismas.
- b.- Se ha elaborado una propuesta para mejorar las atenciones a la mujer gestante para mejorar las coberturas en el centro de salud, buscando estrategias adecuadas de acuerdo a sus necesidades

Actividad 2

- a.- Se ha elaborado el presupuesto para insertar en el POA de gestión de 2007 para la construcción de los consultorios móviles, ya que por la distancia y limitación de vías de transporte no pueden asistir al centro de salud.
- b.- Promocionar la importancia de los controles prenatales.

Actividad 3

- a.- Elaborar un cronograma para la gestión 2007 para los talleres en coordinación con los familiares.
- b.- Motivar a los familiares para realizar talleres para intercambio de

conocimientos.

d.- Se ha elaborado una propuesta al municipio para el apoyo logístico para realizar visitas domiciliarias periódicas.

e.- Se ha presentado la propuesta en el ámbito municipal.

12.4 ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS

PROBLEMA: Factores culturales que interfieren el acceso al Servicio de Salud de mujeres gestantes

Población objetivo	COMPORTAMIENTO			INTERVENCIONES		
	Prácticas perjudiciales	Prácticas ideales	Acciones propuestas	Difusión	Aplicación en servicio	Interacción
MUJERES GESTANTES QUE NO ACUDEN AL CENTRO DE SALUD	No realizan el control prenatal, porque tienen miedo al médico, las largas esperas ya que no disponen de tiempo porque vienen de distancia alejada del Centro de Salud	Realizar el control prenatal a partir del primer mes de embarazo, hasta cumplir cuatro controles, parto y puerperio, con adecuación cultural	Realizar visitas domiciliarias a mujeres gestantes en comunidad, Familiarizarse para que puedan entrar en confianza Charlas permanentes a la pareja, en la importancia del control de la gestación.	Difundir la importancia del cuidado del ciclo reproductivo. Difundir el trato cordial, el respeto a su identidad cultural y la privacidad. Promocionar el cuidado del	Trato amable y cordial a las pacientes durante el ciclo reproductivo El personal de salud permite la presencia de otros prestadores de salud y familiares en el control prenatal, parto y puerperio.	Realizar talleres aprovechando sus reuniones de las comunidades para intercambiar prácticas y respeto a las prácticas en cuanto a los cuidados en la

			<p>Motivar a los esposos a continuar en la practica en la atención de parto e invitar al servicio de salud para intercambiar sus conocimientos</p>	<p>control prenatal, parto puerperio, culturalmente adecuado, con respeto a usos y creencias</p>	<p>Se contará con un personal de turno de 24 horas</p> <p>Facilitar el uso de fricciones y mates de plantas medicinales, aceptar la posición que desee la madre para el parto.</p>	<p>mujer gestante.</p> <p>Cursos de capacitación a todos los proveedores de salud, para implementar atención de parto con adecuación cultural</p>
--	--	--	--	--	--	---

12. 5 Requerimiento de Recursos Financieros “Para la Propuesta de Intervención”

(EXPRESADO EN MONEDA BOLIVIANA)

OBJETIVO N°

DETALLE	COSTOS DEL PRODUCTO	FINANCIAMIENTO	COSTO TOTAL DEL PRODUCTO
<p>1. Construcción de dos consultorios móviles en Tomahi y San Juanito.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Material de Construcción. . Equipamiento. 	50.000 Bs. 8.000 Bs.	GMT (Otros)	62.400 Bs.
<p>2. Carpeta familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material de escritorio • Diseño de la Carpeta • Diseño de la hoja de la Implementación. • Gastos de Operación 	600 Bs. 50 Bs.		
<p>3. Elaboración del Manual de Procedimientos para Visita domiciliarias y Consejería.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material de escritorio • Transcripciones y fotocopias • Refrigerios • Traslado de un representante del área rural. 	1.000 Bs.		
<p>4. Materiales educativos</p> <ul style="list-style-type: none"> Rota folios Medios magnéticos 	400 Bs. 300 Bs. 50 Bs. 1.200 Bs.		

	200 Bs. 600 Bs.		
--	--------------------	--	--

XIII. CRONOGRAMA DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

ACTIVIDAD PROGRAMADA	Dic ie mb re	En ero	Fe bre ro	Ma rzo	Ab ril	Ma yo	Ju nio	Jul io	Ag ost o	Se pte ie m
Elaboración de POA 2007 para construcción de consultorios móviles		x								
Elaboración de carpetas familiares			xx							
Consultorios Móviles				xx						
Promocionar el SUMI					xx					
Información sobre la importancia de CP					xx	xx				
Taller de intercambio de conocimientos y prácticas						xx	xx			
Evaluación de los resultados								xx		

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. De la Gálvez, c. Alberto. Obstetricia práctica, Socio antropología, médica de la reproducción humana en la zona andina. Ed. medicon la paz – bolivia 1977 p.29-41.
2. Ramirez Hita Susana. Donde el viento llega cansado. El sistema de auto atención y el papel de la mujer, ed. Cooperación Italiana. La Paz 2005 p. 116-163.
3. Denise y. Arnold, Juan de Dios yapita y Otros. Las wawas del inka: hacia la salud materna intercultural en algunas comunidas andinas, atención aymarará de salud en el embarazo y el parto, ed. Ilca. La Paz 2002. p. 57-77.
4. Vargas Quiroga Yolanda, Alemán v. Luís Víctor. La maternidad en mujeres indígenas quechuas, los planteamientos teóricos y la experiencia internacional, ed. imagen & color S.R.L.. Potosí. 2002 p. 40-41.
5. Vargas Roxana, Naccarato Paola. Analisis situacional y capacitación a parteras tradicionales de villa el salvador, la atención de la gestación y el parto: estudio antropológico con un grupo de parteras empíricas emigrantes en villa el salvador y un grupo de parteras de la selva, Lima-peru 1993 p. 205-217.
6. Médicos del mundo; creencias, actitudes y prácticas de las mujeres de Irupana, en relación al ciclo reproductivo, e. grupo Desing. Irupana. 2005.
7. CIAS. Maternidad tradicional. Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo productivo. UNICEF, ed. 2da. edición Cochabamba. 1991.
8. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Guía para la atención intercultural de la salud materna. Documentos técnicos normativos. Bolivia, 2005.

9. Johnson, Brian., MA, MPH. Conocimientos, actitudes y prácticas de las embarazadas en relación a sus embarazos, el problema de las anemias, sus consecuencias y sus métodos de control. ed. OMNI/USAID La Paz. 1997.
10. Rojas Aspiazu Luis. Comunicación y vivencia "Interculturallidad", ed. Runa Cochamba 2000.
11. Hernandez, Fernandez y Baptista. Metodología de la investigación 2ª. edición. ed. Interamericana. Mexico. 2003.
12. Naghai, Namakforoosh Mohammad. Metodología de la investigación. ed. Limusa. Mexico 2001.
13. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Programa nacional de salud sexual y reproductiva. Protocolo SUMI. 2004.
14. Dibibts, Velasco, y Citarilla. Guía para el desarrollo de un enfoque intercultural en la atención de la salud materna. La Paz, 2005.
15. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Seguro universal materno infantil. marco legal. 1994.
16. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL. Norma boliviana de salud NB-MSPS-02-2000 (atención a la mujer y al recién nacido en puesto de salud, centros de salud y hospitales de distrito). hermenca, la paz, 2000.
17. OMS. Recomendaciones para la atención del parto normal. 1996.
18. Torrez, Roxana. Conocimientos y prácticas en torno al recién nacido. Willaqhuna, Potosí. 2002.
19. Campos Navarro Roberto. La hamaca: historia, etnografía y usos médicos de un mueble americano. 1995.

20. Dibbits, Ineke, Terrazas, Magali. Uno de dos. Tahipamu. La Paz 2003

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Nombre:.....

Escolaridad:..... Lugar de nacimiento.....

Dirección.....

1. Que opina de servicio de salud
2. Como se siente cuando va al centro de salud
3. Como es el personal que atiende
4. Que le gusta y qué no le gusta del servicio de Salud
5. Qué le gustaría que le cambiara de ellos
6. Como quisiera que sea las atenciones
7. Su parto próximo donde prefería ser atendido y porque
8. De su parte como quiere ser atendido en su parto
9. Le han tratado alguna vez mal durante su consulta quién
10. Volvería a visitar nuevamente el servicio de salud.
11. Porque no hizo sus controles prenatales?
12. Algo le impidió para no asistir al servicio de salud?
13. Por qué tuvo su paro en su casa?

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

HOJA DE RECLUTAMIENTO: MADRES

NOMBRE:

EDAD:

LUGAR:

ESTADO CIVIL:

NUMERO DE EMBARAZOS:

NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS:

NUMERO DE PARTOS INSTITUCIONALES:

NUMERO DE VISITAS PRENATALES DURANTE EL ÚLTIMO
EMBARAZO:

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

ESTA EMBARAZADO AHORA?

DIO A LUZ ESTE AÑO?

CONOCE DE LAS PRESTACIONES DE SUMI:

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Fecha de la entrevista:

Hora que comenzó:

Hora que terminó:

I. EMBARAZO: (Recuerda su último embarazo o embarazo actual)

1. ¿COMO SUPO QUE ESTABA EMBARAZADA?

a. ¿CONFIRMO SU EMBARAZO?

b. ¿CÓMO?

c. ¿MAS O MENOS EN QUE MES DEL EMBARZO SE DIO CUENTA QUE ESTABA EMBARAZADA?

2. ¿CUANDO SUPO QUE ESTABA EMBARAZADA, QUE PENSÓ O SINTIO UD.?

(Alegría, temor, preocupación, nada)

a. ¿QUE PENSO SU ESPOSO?

b. ¿QUE PENSO SU MADRE / SUEGRA / VECINOS?

- c. ¿SE SINTIO UD. IGUAL AL RESTO DE SU EMBARAZO? SI NO
¿COMO SE SINTIO?

3. ¿CREE QUE EL EMBARZO ES UN PERIODO MUY DISTINTO
(ESPECIAL)

EN LA VIDA DE LA MUJER? ¿POR QUE Y EN QUE ES DIFERENTE?

- a. ¿QUE COSAS SE DEBEN HACER DURANTE EL EMBARAZO?

- b. ¿QUE COSAS NO HIZO UD.?

- c. ¿QUE COSAS SE DEBEN HACER?

- d. ¿QUE COSAS ESPECIALES HIZO UD.

4. ¿SABE SI AUMENTO DE PESO DURANTE SU EMBARAZO? ¿COMO SABE?
¿CUANTO CREE QUE UD. AUMENTO? ¿CUANTO LE GUSTA
AUMENTAR?

- a. ¿CREE QUE ES MEJOR AUMENTAR MUCHO O POCO DURANTE EL
EMBARAZO? ¿POR QUÉ?

5. ¿CREE QUE UNA MUJER DEBE HACERSE CONTROLES PRENATALES
DURANTE EL EMBARAZO?

- a. (si no) ¿POR QUÉ?
 - b. (si si) ¿AUNQUE NO TENGA NINGUNA MOLESTIA? ¿PORQUE?
6. ¿HIZO CONTROLES PRENATALES EN SU ULTIMO EMBARAZO?
- a. (si no) ¿POR QUÉ?
7. ¿RECIBIO ORIENTACION ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE CONTROLES PRENATALES POR PARTE DE PERSONAL DE SALUD?
8. ¿CONOCE UD. ALGUNAS COMPLICACIONES O PROBLEMAS DEL EMBARAZO?
- a) ¿A QUIEN DEBE CONSULTAR CUANDO HAY CUMPLICACIONES O PROBLEMAS DEL EMBARAZO?
 - b) b. ¿CREE UD. QUE SE PUEDE PREVENIR LOS PROBLEMAS DEL EMBARAZO? COMO?
 - c) ¿CREE UD. QUE ALGUNAS MUJERES TIENEN MAS RIESGO QUE OTRAS?
 - d) ¿CUÁLES? ¿POR QUÉ?
 - e) ¿CONOCE SI HAY SEÑALES DE PROBLEMAS EN EL EMBARAZO? CREE QUE SE DEBE IR AL CENTRO DE SALUD SI HAY MUCHA SANGRE O HICHAZONES DE PIES, PERDIDA DE PESO?
9. ¿HA TENIDO UD. ALGUNA CUMPLICACION DURANTE EL EMBARAZO?
- a. (si no) ¿NINGUNA MOLESTIA?
 - b. (si no) ¿QUÉ PASO?

10. ¿ES FACIL PARA UD. LLEGAR AL CENTRO DE SALUD?

a. (si no) ¿POR QUÉ NO?

b. (si no) ¿COMO LLEGA AL CENTRO DE SALUD?

c. ¿ESTA DE ACEURDO CON LOS HORARIOS DE ATENCION?

11. ¿QUE COSAS QUISIERA QUE CAMBIEN EN EL CENTRO DE SALUD?

II.- PARTO

1. ¿COMO SABE QUE VA INICIAR EL PARTO?

a. ¿QUE SINTIO CUANDO LLEGO ESE MOMENTO?

b. ¿QUÉ COSAS HIZO UD. PARA PREPARASE PARA EL PARTO?

c. ¿A QUIEN LLAMO PARA QUE LE AYUDARA?

2. ¿CONOCE UD. ALGUNOS PROBLEMAS QUE PUEDEN TENER LA MUJER
O EL NIÑO DURANTE EL PARTO?

a. ¿CUÁLES?

- b. ¿SE PUEDE MORIR EN EL PARTO?
3. ¿TUVO UD ALGUNOS DE ESOS PROBLEMAS EN SUS PARTOS?
¿CUÁLES?
¿QUÉ HIZO UD.? ¿QUIÉN LE AYUDO? ¿QUÉ PASO?
4. ¿CONOCE UD. HIERBAS O MATEES ESPECIALES QUE AYUDAN A QUE EL PARTO SEA MAS FACIL?
- a. (sí no) ¿CUÁLES SON? ¿PARA QUE SIRVEN?
5. ¿CONOCE UD. MEDICAMENTOS DE LA FARMACIA QUE LE AYUDEN A QUE EL PARTO SEA MAS FACIL?
- a. (sí no) ¿CUÁLES SON? ¿PARA QUE SIRVEN?
6. ¿DONDE NACIERON SUS HIJOS Y QUIEN LES ATENDIO?
7. ¿DONDE ES MEJOR LUGAR PARA TENER A SU HIJO?
- a. ¿POR QUÉ EN LQ CASA Y NO EN EL CENTRO DE SALUD?
- b. ¿PORQUE EN EL CENTRO DE SALUD Y NO EN LA CASA?
- c. COMO FUE LA ATENCION EN EL CENTRO?

