Universidad Mayor de San Andrés Facultad de Medicina-Enfermería-Nutrición Tecnología Médica Unidad de Post-Grado



Investigación y Propuesta de Intervención Para optar el titulo en *ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD*

FACTORES CULTURALES QUE IMPIDEN LA ASISTENCIA AL PARTO INSTITUCIONAL EN MUJERES GESTANTES CON CONTROL PRENATAL EN EL CENTRO DE SALUD - PUCARANI DURANTE EL PRIMER SEMESTRE GESTION 2006

POSTULANTE: Lic. NINFA AMANDA CHAVEZ CHURA

TUTOR: Dr. JOSÉ ZAMBRANA TORRICO

LA PAZ – BOLIVIA 2006

AGRADECIMIENTOS
A mi familia por su apoyo, a
los docentes del Curso de
Especialidad de Interculturalidad por
colaborar en nuestra formación
profesional y a la Universidad por
darnos la oportunidad.

TABLA DE CONTENIDO

Ι.	Pá INTRODUCCIÓN	á g. 1
Π.		
•••	2.1. PARTO	
	2.1.1 Periodos del trabajo de parto	
	2.1.2. Atención prenatal y Atención Domiciliaria	
	2.1.3. Tipos de parto	4
	2.1.4 Parto Institucional	6
	2.1.5 Partera	7
	2.2. El parto en la cultura de los Andes	7
	2.2.1. Embarazo, enfermedad y muerte	, 9
	2.2.2. Ideas sobre la concepción	12
	2.2.3. Señales del embarazo: El feto a los tres meses	14
	2.2.4. Conociendo el momento	16
	2.2.5. Preparando el parto	17
	2.2.6. Tratamiento postnatal del bebé	19
	2.2.7 El cuidado postnatal de la madre	21
	2.2.8. Adecuación cultural e interculturalidad	22
	2.3 El parto humanizado	23
Ш	. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	27
I۱	JUSTIFICACIÓN	36

V.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN3	7
5.	1. Pregunta de investigación3	7
5.	2. Objetivo general38	3
5.	3 Objetivos específicos	8
5.	4. Diseño o tipo de estudio38	3
5.	5. Universo población y muestra4	0
VI.	INTERVENCIÓN O METODOLOGÍA4	3
6.	1 Métodos teóricos4	3
6.	2 Método empírico4	3
6.	2.1. Observación directa43	3
6.	2.2. Técnicas de investigación 4	3
6.	2.3. Entrevistas4	4
6.	2.4. Entrevista estructurada4	4
6.	2.5. Entrevista no estructurada4	4
6.	2.6. Fuentes de información claves4	4
6	2.7. Instrumentos utilizados4	5
VII.	RESULTADOS46	3
7.1.	Datos generales4	6
7.1.1	. Comunidad40	3
7.1.2	. Edad	6
7.1.3	. Grado de Instrucción4	6

7.1.4. Estado Civil	47
7.1.5. Religión	47
7.2. Embarazo	47
7.2.1. Lugar de realización del último parto	47
7.2.2. Conocimiento de la importancia del control prenatal	49
7.2.3. Cantidad de controles prenatales realizados en el Hospital	51
7.2.4. Procedimiento de control prenatal en el Hospital	53
7.2.5. Preferencia por el médico o el partero	54
7.2.6. Número de "consultas" con el partero	56
7.2.7. Actividades que realiza el partero en las visitas	57
7.2.8. El manteo durante el embarazo	58
7.2.9. Conocimiento de problemas durante el embarazo	59
7.2.10. Conocimiento del inicio del parto	60
7.2.11. Ayuda para el parto	63
7.2.12. Preparativos de último momento antes del parto	65
7.2.13. Proceso del parto	67
7.2.14. Sensación de comodidad	68
7.2.15. Cuidados del recién nacido	70
7.2.16. Salida de la placenta	70
7.2.17. Utilización de los mismos servicios en próximas oportunidades	71
7.2.18. Cuidados después del parto	73
7.3. Profesionalismo	74
7.3.1. Trato personal del personal médico y operativo	74

7.3.2.	Respeto por las costumbres y la cultura de los pacientes	75
7.3.3.	. Discriminación	76
7.3.4.	Periodicidad de las visitas	77
7.4.	Transporte	78
7.4.1.	Medio de transporte	79
7.5.	Resultados de la entrevista aplicada a un partero de Pucarani	80
7.5.1.	Significado del embarazo para la mujer campesina y para la Comunidad	80
7.5.2.	Las actividades de la mujer en gestación	80
7.5.3.	. Actividades prohibidas en la mujer gestante	81
7.5.4.	La alimentación de la mujer durante el embarazo	82
7.5.5.	. El manteo en la cultura andina	82
7.5.6.	Preparativos para el parto	83
7.5.7	. El sahumerio	83
7.5.8.	Preparativos que se le hacen a la parturienta	84
7.5.9.	Dolores de parto	84
7.5.10	0. El parto	85
7.5.1	1. La salida de la placenta	86
7.5.12	2. Cuidados toman con el recién nacido	87
7.5.13	3. Cuidados que se deben tomar con la puérpera	88
VII C	ONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	89
8.1.	Conclusiones8	9
8.2.	Recomendaciones9	7

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	100
X. CRONOGRAMA	102
XI. PROPUESTA DE INTERVENCION	103
XII. ANEXOS	111

I. INTRODUCCIÓN

La medicina aymará esta basada y vinculada en conocimientos empíricos muy serios que corresponde a la asimilación de experiencias y practicas milenarias del mundo andino, manteniendo valores culturales, principios acerca de la familia, las comunidades y su conservación, entre ellos la salud.

La pobreza del país y sus características pluriculturales y multiétnicas son condicionantes que ahondan el problema de la mortalidad materno infantil en las áreas rurales e indígenas. El estado se ha propuesto e implementado políticas y estrategias dirigidas a reducir la mortalidad materna infantil como el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, Seguro Básico de Salud y actualmente el SUMI¹, sin embargo, no se avanzó mucho. En 1994 la taza de mortalidad materna era de 390 por cada 100.000 nacidos vivos, a inicios del año 2003 la tasa de mortalidad materna era de 249 por cada 100.000 nacidos vivos (ENDSA, 2003)².

No obstante, en los sistemas de atención respecto al embarazo en el mundo andino aymará del Municipio de Pucarani en materia de maternidad el servicio de salud tiene muy escasa demanda en la atención del parto institucional. Las causas que se propone son : Factores sociales que están limitando el uso del Centro de Salud que aunque técnicamente apropiados, son prestados de manera inapropiada, factores culturales los que están limitando el uso de servicios que no son apropiados al medio cultural , derivándose incluso el riesgo a la mortalidad materna, determinados por hemorragias, aborto, desgarro vaginal, infecciones y otros como consecuencia de la inoportuna intervención del que la(o) asiste (generalmente usuyiris)³.

En el proceso de la investigación identificamos que la mujer juega un rol importante en todos los aspectos del desarrollo del parto, porque la

¹ El Seguro Universal Materno Infantil, Ley 2426 de 21 de noviembre de 2002.

² Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA). 2003.

³ Vocablo aymará, que en español significa partera(o)

concepción cultural andina en esta zona geográfica, considera concebir al niño como algo natural que debe ser entendido y atendido acorde a sus vivencias o manifestaciones culturales como creencias, costumbres, ceremonias, rituales, adivinación, lugares sagrados, en fin en su cosmovisión natural en el que ha sido concebida.

Instituciones encargadas sobre salud respecto al tema muy poco están comprendiendo y haciendo para que este grupo vulnerable tenga un acceso fácil en el desarrollo del parto institucional con enfoque intercultural, porque implica en el personal de salud, el ejercicio de la ética profesional y el respeto de la dignidad humana.

servicios básicos de salud como el Seguro Si bien la vigencia de los Universal Materno Infantil (SUMI) a convocado mayor cobertura de pacientes en estado de gestación en este centro de Salud como es el Hospital "Ayni" de Pucarani a través del Ministerio de Salud, para ser atendidos en los servicios del parto, estas son sometidas a procedimientos totalmente ajenos y agresivos a su cultura, observándose con frecuencia una insatisfacción y malestar desde el primer momento en que las usuarias acuden establecimiento de salud, por actitudes indiferentes, ausencia de cordialidad, escasa afectividad, problemas en la comunicación como el idioma, por lo que estos factores repercuten en la comunidad y profundamente en la usuaria, dificultando para una posterior atención al parto Institucional .El municipio de pucarani de la provincia Los Andes de acuerdo a la tasa de cobertura de parto institucional es de 21,5% lo que representa una alta tasa de inasistencia al centro de salud para la atención de parto.

En consecuencia brindar los servicios de salud con calidad y calidez en el proceso del embarazo, busca canales de cómo fortalecer la red de servicios de salud en materia materno infantil, asimilando y adecuando a sus prácticas, costumbres y necesidades con enfoque intercultural. Bajo esta perspectiva pretende buscar lo mas relevante en cuanto a las percepciones y

actitudes de la población en relación al servicio de salud y obtener bases significativos para el planteamiento de Estrategia de intervención en función a mejorar la salud de la población en la atención del parto institucional.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. PARTO

Parto: Conjunto de fenómenos fisiológicos (activos y pasivos) cuyo objeto es la expulsión de un feto con un peso mayor de 500 g a través de los genitales femeninos (20 semanas aproximadamente.

Parto a término: el que se produce entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea. Parto pos termino: el parto que se produce entre la semana 42 o más tarde.

Parto pre termino: el que se produce antes de las 37 semanas.

Conocimientos Básicos en la atención de un parto: Conocimiento estricto de la asepsia y antisepsia, responsabilidad y capacidad para asistir partos y manejo conservador para obtener el mayor numero de partos espontáneos.

Conducta al inicio del parto.- Examen minucioso y completo de la parturienta. Examen físico general, temperatura, hidratación, pulso y presión arterial. Examen obstétrico.

2.1.1. Periodos del trabajo de parto

- 1. Borra miento y dilatación del cuello uterino
- 2. Expulsión del feto
- Salida de los anexos fetales (placenta y membranas.)= Periodo placentario o de alumbramiento.

"Fenómenos activos" son las contracciones y los pujos producidos en el parto.

"Fenómenos pasivos" son los efectos que los anteriores tienen sobre el canal del parto y el feto.

2.1.2. Atención prenatal y Atención Domiciliaria

Atención prenatal. Asistencia sanitaria prestada a la madre y al feto antes del parto.⁴

Atención domiciliaria. Servicio sanitario facilitado en el lugar de residencia del paciente para promover, mantener o restaurar la salud o reducir al mínimo los efectos de la enfermedad y de la incapacidad. Estos servicios pueden incluir atención médica, dental y de enfermería, tratamiento y fisioterápico, servicios de cuidados del hogar o de provisión de transporte.

2.1.3. Tipos de parto

- Parto abdominal. Nacimiento de un niño a través de una incisión quirúrgica practicada en el abdomen. El método utilizado puede ser cualquiera de los diversos tipos de cesárea.
- Parto activo. Desarrollo normal del proceso del parto, con contracciones uterinas, dilatación del cuello y descenso del feto al canal del parto.
- Parto artificial. Parto inducido, como el provocado con fármacos o ayudas mecánicas.
- Parto complicado. Todo parto complicado por una desviación del procedimiento normal.
- Parto con fórceps. Intervención obstétrica en la que se utilizan instrumentos para extraer al feto. Se realiza para solventar distocias o acelerar partos en los que existe sufrimiento fetal o, lo que es más frecuente, para acortar un

⁴ DICCIONARIO MOSBY; Medicina, Enfermería, Ciencias de la Salud, Ed. Harcourt, México, 2000.

- parto normal. Algunos tipos de partos con fórceps son: fórceps alto, fórceps bajo y fórceps medio.
- Parto con padre como preparador. Método de preparación psicofísica para el parto desarrollado por Robert Bradley, M.D.; comprende la educación sobre la fisiología del parto, sobre ejercicios y nutrición durante el embarazo y técnicas de respiración y relajación para el control y el bienestar durante el parto. El padre participa ampliamente en las clases y actúa como el "entrenador" de la madre durante el parto. Ayuda a la madre a relajarse recordándole repetidamente que relaje diferentes partes del cuerpo, masajeándola y tocándola de la forma que él sabe la relaja y arreglando las almohadas para mantenerla en una posición semisentada. Durante las contracciones, ella respira profunda y lentamente, tomando el aire por la nariz y expulsándolo por la boca. Cuando nace el niño, con la madre todavía en posición semisentada, se le coloca sobre su abdomen y se le amamanta tan pronto como él o ella quieran. La madre toma un vaso de zumo de naranja y a menudo regresa andando a su habitación con el padre y el niño.
- Parto de feto muerto. Nacimiento de un feto que murió antes o durante el parto.
- Parto de feto vivo. Nacimiento de un lactante independientemente de la duración de la gestación, que muestre cualquier signo de vida, como respiración, latido cardíaco, pulso umbilical o movimientos de los músculos voluntarios.
- Parto podálico. Presentación de nalgas es aquella en la que el polo pélvico
 o caudal del feto se relaciona con el estrecho superior de la pelvis materna y
 el polo cefálico se ubica en el fondo del útero. Se le denomina también
 presentación pélvica, durante el parto sale los pies o rodillas es considerada
 complicada.

- Parto detenido. Interrupción del proceso del parto que puede deberse a una obstrucción pélvica o a falta de contracciones uterinas.
- Parto espontáneo. Nacimiento vaginal que se produce sin la ayuda mecánica de fórceps obstétricos o de ventosas.
- Parto falso. V. contracción de Braxton Hicks. Contracción irregular del útero de la embarazada que comienza en el primer trimestre y aumenta de frecuencia, duración e intensidad a medida que progresa el embarazo. Cuando la gestación está próxima al término, estas contracciones son tan fuertes que con frecuencia son difíciles de diferenciar de las contracciones del parto verdadero.
- Parto precipitado. Nacimiento que se produce a tal velocidad o en una situación tal que no se pueden hacer los preparativos habituales.
- Parto prematuro. Parto que se produce antes de lo normal, ya sea antes de que el feto haya alcanzado los 2.000 a 2.500 g o antes de la 37 a 38 semanas de gestación. No existe una medida única del peso fetal o de la edad gestacional que se utilice universalmente para considerar un nacimiento como prematuro; la política local o institucional dictará cuáles de las distintas normas se aplicarán.
- Parto prodrómico. Período inicial del parto antes de que las contracciones uterinas sean enérgicas y lo suficientemente frecuentes como para provocar la dilatación progresiva del cuello uterino.
- Parto repentino. Nacimiento que se produce de forma accidental o precipitada, dentro o fuera del hospital, sin la adecuada preparación técnica ni obstétrica. Los signos y síntomas de un parto inminente son: pérdida sanguínea creciente, contracciones frecuentes y fuertes, deseo por parte de la madre de agacharse, como si tuviera ganas de defecar, abombamiento visible de la bolsa de aguas o coronación de la cabeza del niño en el introito vaginal.
- **2.1.4. PARTO INSTITUCIONAL**. El parto institucional esta comprendido por el Parto en servicio y por el parto en domicilio atendido por personal de salud.

PARTO DOMICILIARIO

El parto domiciliario es aquel parto atendido por una partera o familiar ajena al servicio de salud.

2.1.5. Partera

1. (en sentido tradicional) persona (del sexo femenino) que ayuda a la mujer en el parto. 2. (según la International Confederación Of. Midwifes, la Organización Mundial de la Salud y la Federación Of. Internacional Gynecologists and Obstetritians) persona que, habiendo asistido a un programa de formación para matronas reconocido por el país donde se localiza, ha completado con éxito los estudios de matrona y cumple los requisitos necesarios para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer como matrona. Entre las responsabilidades de la matrona están la supervisión del embarazo, el parto y el puerperio. La matrona puede dirigir un parto de forma independiente. 3. matrona lega o comadrona. 4. en EE.UU., enfermera matrona certificada.

2.2. El parto en la cultura de los Andes

Las ideas de la mujer andina sobre la gestación, por ejemplo, pueden llevar a las madres a diagnosticar el estado y el sexo de su bebé a partir de sus movimientos, y a las parteras a administrar pociones o intervenir directamente con sus manos para palpar o reposicionar una imagen cultural del feto dentro del cuerpo de la madre. Otras ideas, expresadas mediante el rito y la invocación, pueden indicar un conjunto de correspondencias ensambladas que sitúan a la madre como microcosmos en relación a procesos espacio temporales más amplios de gestación y transformación. Según algunos expertos, en la cultura andina "se rechaza la división mente-cuerpo que está en la base de la obstetricia biomédica quien sostiene que una sociología comparativa del parto requiere un estudio de las relaciones entre los sistemas de significación, el comportamiento social y el estado fisiológico, también aboga por mayores investigaciones sobre las asociaciones que

pueden existir entre los tipos de sostén psicológico, que se dan en distintas sociedades, y la función uterina."⁵

El concepto "sostén psicológico" debe tomarse en un sentido amplio, en cuanto las ideas que mueven los cuerpos culturalmente construidos, también pueden expresar el miedo y la ansiedad de las parturientas sobre el dolor y la mortalidad. Las soluciones etno-obstétricas raras veces intentan justificarse en términos de la minimización del riesgo, tal como se plantea por la obstetricia biomédica. Más bien se enfatiza la inevitable proximidad entre la vida y la muerte. "En los Andes, esto puede conducir a un énfasis sobre las características agresivas y peligrosas del feto, con el que la mujer debe luchar, a riesgo de su vida, para poder expulsarlo durante el parto. Al mismo tiempo, el nacimiento del individuo se relaciona con un cataclismo mito-histórico que habría estado en los orígenes de la misma sociedad. Las almas ancestrales precristianas son pensadas como pequeños diablos gentiles, que moran dentro de la tierra (ukhu pacha) y deben entrar en los vientres de las mujeres para dar vida y energía a los embriones humanos en gestación. De tal modo, los antepasados paganos se reencarnan como bebés cristianos, proceso que se percibe como análogo a la conversión religiosa de la sociedad andina en el siglo XVI. La gestación del feto adquiere, de esta manera, asociaciones cósmicas. ¿Por qué este paralelismo entre los procesos mito-históricos e individuales de gestación, transformación y renacimiento?, ¿entre la dinámica de las épocas históricas y la producción cotidiana de nuevas personas?"6

"La misma analogía entre el parto humano y una transición mito-histórica se da en los Andes. Según un mito ampliamente difundido, el tránsito desde la edad de los antepasados lunares o *chullpa*, a la edad del sol inca y cristiano" fue un acontecimiento traumático en cuanto que el sol naciente disecó a los antepasados, convirtiéndolos en momias, y sus casas en las tumbas funerarias que aún se agrupan en diferentes partes del paisaje alto andino."

_

⁵ KITZINGER, Arthur; La concepción y el parto andinos: una perspectiva sociológica, Ed. ILDIS, La Paz, 1996, Pág. 17.

⁶ MURPHY-LAWLESS, Andrew; El Feto Agresivo: Una perspectiva sociológica del parto en la cultura andina, Ed. La Colmena, Oruro, 1998, Pág. 15.

2.2.1. Embarazo, enfermedad y muerte

Los procedimientos y las creencias respecto al parto deben entenderse como el fruto de un proceso secular de ajuste reflexivo, auto modernización activa e intervención política. De hecho, existen nuevos esfuerzos por negociar y acomodarse en relación a las actuales políticas de salud reproductiva, que emanan de los puestos médicos locales y de los hospitales. Estas políticas están transformando prácticas específicas sin disolver, hasta ahora, ciertas premisas básicas de las aproximaciones andinas al parto, premisas que en el siguiente análisis se ponen de manifiesto.

Las políticas de salud reproductiva han desplazado la atención prioritaria desde la madre hacia el bebé, de una manera a menudo perjudicial para las mujeres. En la cultura andina, la muerte de un bebé es motivo de lágrimas y lamentaciones, pero no tiene ni remotamente el significado traumático de la muerte de la madre, quien normalmente es un miembro en plenas funciones dentro de la sociedad local. De ahí que en la cultura se hace énfasis sobre las ideas y prácticas referentes a la enfermedad perinatal y la muerte.

Un problema relacionado con esta preocupación fue hasta dónde era lícito decir que cada mujer ejercía una agencia en el manejo de su propio parto. Los enfoques estadísticos y de reducción de riesgos han conducido a una situación donde ha llegado a ser muy difícil, en la biomedicina metropolitana, reconocer un parto normal, salvo retrospectivamente. Esto se vincula con el desarrollo de la obstetricia médica y la hospitalización del acto de parir en las sociedades occidentales, y condujo a preguntarse qué podría considerarse un parto normal en la cultura andina. "Se observa que éste era un parto doméstico, donde la madre era atendida, principalmente, por su marido e hijos: los más jóvenes apartados para que no se asustasen por los gritos de la madre, y los mayores haciendo hervir agua, preparando infusiones y buscando utensilios. Un parto normal es, pues, un asunto doméstico, íntimo, que concierne sobre todo a la unidad familiar en la cual está

naciendo el bebé. Una pareja poco experimentada puede pedir ayuda, sobre todo para su primer hijo, a la madre del marido" o a otra mujer local con experiencia, que resida cerca de la estancia de la parturienta. "En el caso de complicaciones, se buscará la ayuda de una partera especializada, que puede venir desde más lejos".

Además, la compañía de hombres que mascan coca mientras vigilan, también tranquiliza a la madre y la protege de los duendes predatorios (*q'ara wawas:* bebés desnudos), considerados una grave amenaza para la vida de las parturientas. "En un parto especialmente difícil, que fue acompañado por toda la comunidad reunida, sólo el fracaso de todos los otros recursos conducirían a que las parejas buscasen la ayuda de un sanitario del puesto médico local. Más aún, los grandes hospitales son muy temidos y evitados, como lugares siniestros donde las mujeres son descuartizadas."

"Son seis las causas principales de mortalidad materna que se enfatizaron por los informantes: 1) mala posición del bebé; 2) retención de la placenta; 3) inversión del útero; 4) ataque por duendes comedores de sangre; 5) hemorragia post parto; 6) complicación posparto (*rekayra*)." 10

El segundo y el tercero de estos peligros están relacionados. La inversión del útero se vincula con la retención de la placenta, o sea, con el mal manejo de lo que la obstetricia occidental llama la tercera etapa del parto. El cuarto y el quinto también están asociados, porque se considera que los abortos y las placentas no bautizados se vuelven duendes, si no han sido enterrados o quemados cristianamente. Asociados con la pérdida de sangre posparto (yawar apay), estos duendes comen la sangre de las madres parturientas. Sin embargo, hay problemas con la definición de hemorragia, porque la gente reconoce que la cantidad de

l matrimania ao m

⁷ El matrimonio es normalmente virilocal y la herencia de la tierra patrilineal, salvo si faltan hijos varones. En tal caso, el vínculo patrilineal puede recrearse a través de una hija, y entonces el matrimonio será uxorilocal.

[§] En general, los conocimientos y las capacidades prácticas se vinculan con la experiencia personal del parto: ver, saber y hacer son las precondiciones epistemológicas para llegar a ser partera; y muchos conocimientos se transmiten horizontalmente entre hombres y mujeres, en lugar de concentrarse en manos de especialistas.

⁹ La alta tasa de cesáreas en los hospitales regionales sugiere que este miedo no carece de fundamento.

¹⁰ VERINCOURT, Vince., Rituales y creencias sobre el parto en los Andes bolivianos, Ed. L'Harmattan, París, 2000, Pág. 5.

sangre perdida puede variar mucho de una madre a otra: nuestros adentros son de toda clase (*imaymana ukhuyuj kanchis*).¹¹ Veremos que el complejo mundo imaginario de los duendes llega mucho más allá de la situación inmediata del parto, alcanzando las profundidades de la tierra, y muy atrás en el tiempo, hacia el pasado colectivo. La sexta causa se refiere a peligros similares, que siguen asediando a la madre después del parto.

"Muchos peligros se originan en la naturaleza peculiarmente voraz que se atribuye al feto andino, y los peligros asociados de la placenta. El feto agresivo es una fuente de dolor, peligro y, a veces, muerte para su madre. Como ya he sugerido, no estaría de más hablar de la madre como si estuviese poseída por un pequeño diablo, que debe exorcizarse trayéndolo a la luz o vomitándolo para librarse o salvarse. Con el apoyo de los que la rodean, ella lucha por separarse de la criatura golosa y comedora de sangre que, junto con la placenta, se ha incrustado dentro de su vientre. Un largo proceso de desequilibrio interno se desarrolla con el aumento del calor y el estancamiento de la sangre, con los que se va hilando el cuerpo del bebé (una metáfora significativa, a la cual volveremos). Los retorcimientos violentos del útero deben llevarse a un punto culminante, si va a surgir la nueva vida de entre las garras de la muerte. ¿Por qué este énfasis en la agresión y voracidad del feto? ¿Cómo se entiende el desarrollo fetal, y cómo afecta este entendimiento al tratamiento del niño recién nacido?" 12

En las batallas sobre los linderos, los protagonistas son hombres, mientras que las mujeres se reúnen detrás de las líneas de la batalla, cantando y bailando para animar a sus guerreros, y preparando la comida para su retorno. Durante el parto, sin embargo, los papeles se invierten. La mujer se convierte en la protagonista de una batalla para expulsar el feto agresivo, y su marido debe adoptar un papel de apoyo, cuidado y comprensión (aunque en la práctica esto depende mucho de las

-

¹¹ SILVERTON, Michel; Diferencias entre el parto occidental y el parto aymará, Ed. CAN, 1993, Pág. 408. Revisa las críticas de la corriente definición biomédica de la hemorragia como 500 ml, indi

¹² MURPHY-LAWLESS, Andrew; Op Cit., Pág. 18.

relaciones entre la pareja). Tanto en las batallas sobre los linderos, como en las del parto, se derrama la sangre sobre la tierra, y es devorada por las fuentes del poder.

Las mujeres embarazadas son consideradas no sanas o enfermas. La raíz *unqu* significa desequilibrio corporal, y los extremos de calor o frío a veces se contrarrestan con medicinas del carácter opuesto para restaurar el balance humoral. Con el embarazo, sin embargo, el proceso de calentamiento se acentúa, porque sólo puede expulsarse el bulto de su cuerpo si se lleva el calor corporal de la mujer a un estado polarizado de fiebre. *Unquy* se refiere, entonces, tanto al embarazo como al mismo parto. De ahí que se diga que una mujer embarazada (usuta, enferma), que experimenta demora o dificultad para iniciar el parto, es incapaz de enfermarse, y una falsa alarma se considera una situación donde la mujer sólo se pone bien otra vez. Las parteras, tanto hombres como mujeres, son aquellas que saben hacer que la mujer se enferme (es decir, que se ponga desequilibrada; *unquchij*), ayudando de esta manera a llevar el trabajo del parto a un clímax exitoso.¹³

2.2.2. Ideas sobre la concepción

Varios discursos se combinan para expresar el embarazo y el parto, cuyo examen proporciona una ventana sobre la manera de imaginar y concebir el desarrollo fetal en la cultura andina. Como comúnmente sucede en los Andes, la fertilización se considera más probable durante la menstruación. La sangre menstrual es una parte principal de la contribución de la mujer a la sustancia fetal, y se dice que el feto es como una planta (sach'a), y como tal necesita humedad para crecer.

En la cultura andina, "el énfasis sobre la especificidad del cuerpo de cada mujer, y su comportamiento distintivo durante el proceso de embarazo y parto, contrasta fuertemente con los estandarizados modelos fisiológicos que son utilizados por la moderna obstetricia biomédica, y que presuponen una semejanza básica entre

_

¹³ Ibidem, Pág. 23.

todos los cuerpos parturientas, sin diferenciación."¹⁴ Esta idea también se invoca cuando las mujeres de Macha dicen que la fertilidad individual de cada una está vinculada con una *wirjina* (del castellano virgen), que patrocina y vive en la tierra de un campo cercano, cuyo nombre secreto sólo ella sabe, y a quien ofrece libaciones.

El lenguaje de la sangre impregna todo el proceso de gestación y del parto. Para los Andes, se ha sostenido que sólo la mujer aporta sangre, mientras que el hombre da el espíritu o soplo. Esta idea aristotélica se contrapesa en la cultura andina por la distinción entre dos clases de sangre, la roja y la blanca. Se dice que, como la mujer, el hombre también tiene un útero (*makri*, del castellano madre), que es la sede de su semilla (*muju*); la infertilidad puede reflejar un fallo en el aparato reproductivo de cualquier miembro de la pareja. El semen del hombre se considera una forma complementaria de sangre, que se combina con la sangre menstrual en el momento de la concepción. Se dice que la pérdida de sangre al final del embarazo conlleva la expulsión de sangre roja y blanca, y los grumos de sangre que se expulsan son considerados tanto masculinos como femeninos ("grumos grumas", como lo expresaba un hombre). La idea de un útero masculino tiene ciertos ecos de la covada (trabajo de parto masculino).

La menstruación es considerada también fértil debido a su asociación con el ciclo lunar. La luna, que como hemos visto existía antes de la salida del sol, durante el tiempo abundantemente fértil de los *chullpa* ancestrales, influye en el cuerpo de la mujer durante todo el embarazo, y el período de las lunas viejas y nuevas (*wañu* y *urt'a*) se considera como un período de fertilidad extrema o excesiva, porque se dice que en aquel momento el sol está cubriendo (teniendo relaciones sexuales con) la luna.

2.2.3. Señales del embarazo: El feto a los tres meses

"La primera señal del embarazo es la interrupción del ciclo menstrual, que se piensa como el bloqueo de la libre circulación de la sangre en el cuerpo de la mujer.

¹⁴ MARTINEZ, G., 1984. Los dioses de los cerros en los Andes, Ed. Jalla, El Alto, 1996, Págs. 85-87.

Los que saben leer el pulso (*llankhiris*) miran o leen la sangre de la madre; dicen poder escuchar su voz a través de las yemas de sus dedos. Al iniciarse el embarazo, esta voz es lenta y estancada (lat'u), e indica la formación de los grumos en medio de un calor creciente. Esto se acompaña con la aparición de pecas negras (mirkha) en la cara de la mujer, vómitos (wijch'uy), y los antojos (mullphi) por ciertas comidas, especialmente lo que comen los demás. En la cultura andina, tales antojos parecen reflejar la voracidad del feto adentro, y pueden dejar huellas sobre los hijos; si son muy intensos, incluso pueden dar lugar a un mal parto. Por ejemplo, contaron de un joven que había nacido a los siete meses, después de que su madre sintiera un antojo intenso por la oca (Oxalis tuberosum); sus ojos desarrollaron más tarde el color pardo de ese tubérculo."15 Los ojos de la madre también cambian, como se sabe en todo el mundo; pero los ojos de las mujeres andinas cambian de un modo especial. El blanco, se dice, crece hasta ser más visible que el iris, formando un contraste que se conoce como ojos partidos (allga ñawi). Ahora bien, el concepto de allqa se refiere a la relación mutuamente excluyente entre los opuestos, tales como el blanco y el negro, la noche y el día, el hombre y la mujer, etc. Conlleva la idea de contradicción o divergencia dinámica de una frontera impermeable, sea ésta espacial o temporal, pero no la de convergencia o unión complementaria.

"A los tres meses, el feto ya muestra su naturaleza. Primero, la madre piensa poder adivinar su sexo interpretando las sensaciones que se producen en ella por sus movimientos. Un macho se mueve aquí y allá, como un pescadito (*challwa*)³³, que juega en nuestros estómagos; mientras que la hembra se mueve más suavemente como una nube apartándose (*phuyu*), o como las olitas en la orilla de un lago; porque las hembras no se solidifican tan completamente como los machos." Así, el feto del macho se mueve como un pescadito plateado que se tuerce en un lago rojo de sangre femenina. Durante el embarazo la construcción social del género surge, por lo tanto, de la lectura que da la madre de sus propias sensaciones, que se interpretan como las señales de un comportamiento genérico incipiente. En otras

_

¹⁵ ARNOLD, D., J. MURPHY-LAWLESS y J. D. YAPITA, Hacia un modelo social del parto. Debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano. *Informes de investigación* II, N° 1, ILCA, La Paz, 2001.

palabras, ella misma construye (*performs*) el comportamiento genérico que se esperará del niño después de nacer, pretendiendo reconocerlo como un mensaje que emana de los movimientos espontáneos del feto. Luego, la dualidad genérica se construye como si fuera esencial, o sea, como algo inherente a las diferencias de desarrollo entre los fetos machos y hembras.

Más aún, se dice que tales diferencias pueden observarse concretamente en el caso de los fetos abortados a los tres meses. Hay abortos que se llevan a cabo secretamente por las jóvenes solteras, en las quebradas que marcan los límites de la comunidad, donde los fetos pueden enterrarse sin bautizar, sin sal y sin nombre. La hembra, se dice, emerge en grumos de sangre (qulu) que todavía no se han solidificado, mientras que el macho aparece a los tres meses como todo un hombrecito (qharisitutapuni). La atmósfera de proscripción legal y vigilancia policial, que rodea el aborto en la Bolivia rural, la convierte en un área especialmente sensible para la investigación. Sin embargo, la gente se asusta mortalmente de estos bichos pequeños, que se conocen como q'ara wawas (bebés desnudos), q'ara uñas (críos desnudos-uña se usa comúnmente para designar a las crías de los animales) o duendes. Siguen creciendo en sus tumbas inquietas y salen en la noche, sobre todo en el período entre la luna llena y la nueva, momento en el que pueden verse bailando juntos, emitiendo una luz fantasmal (de ahí que también se les llame nina k'ara, fuego pulsante).

"La creencia en los *q'ara wawa* muestra claramente el carácter diabólico que se atribuye a los fetos. En la España del siglo XVI, los duendes fueron considerados los ángeles caídos que ocupaban las cavernas y los pozos y estaban a cargo de las minas y de la riqueza mineral. Una creencia similar en los duendes mineros existía en muchas otras partes de Europa. En los Andes, también se considera a los diablos como los dueños de la riqueza mineral. El aborto del feto revela, pues, su verdadera naturaleza como la reencarnación de un alma muerta pagana. De hecho, los seres peligrosos que cometen el *sajt'ay* o *sarchuwaqay* se llaman a veces explícitamente almas (aquí la palabra castellana ha reemplazado la voz quechua

supay)."¹⁶ Se reconocen claramente los riesgos de soltar del vientre a este feto diabólico antes de tiempo. Su hambre es similar al hambre de las *huacas* ancestrales andinas y a la de los modernos diablos mineros que, si se les priva de sus ofrendas acostumbradas, comen _es decir, drenan de sustancia vital_ a los que han fallado en su deber de alimentarlos. Igualmente, el feto abortado intenta ser el caníbal de las parturientas, mientras revierte inexorablemente a su condición originaria de *chullpa* ancestral. Sólo si el feto puede seguir comiendo sangre dentro del vientre, el alma hambrienta del antepasado puede crecer hasta renacer, con la posibilidad de la conversión postnatal en un pequeño cristiano viviente.

2.2.4. Conociendo el momento

"Los exámenes prenatales se llevan a cabo por un masajista (*qaquri*), que también puede ser una partera o leedor de pulsos (*llankhiri*). En este momento, el lenguaje de la sangre se escucha de nuevo. En la cultura andina, casi cualquier proceso puede representarse fonéticamente, aunque el movimiento de la sangre conlleva tal confusión de los sentidos que las sensaciones y los ruidos llegan a ser casi indiferencia les. La onomatopeya andina permite escuchar las palabras dichas por la sangre. Un embarazo sano, que llega a su fin, es indicado por un pulso que dice ¡*phuj*! ¡*Phuj*! el mismo sonido que hacen tanto la chicha (cerveza de maíz) en fermentación (con la cual se compara el líquido amniótico), como la sopa espesa calentada con tres piedras, , que era una de las comidas preferidas de los *chullpa*. El parto inminente se oye como ¡*thum*! ¡*Thum*!; mientras uno vacilante y delicado ¡*t'iuj*! ¡*T'iuj*! dice al leedor de pulsos que el parto está lejos." ¹⁷

La posición del bebé se revisa con un masaje suave, que ya habrá sido hecho por la propia mujer y su marido. En caso de mala posición, la partera, hombre o mujer, puede a veces enderezar al bebé. Untando sus manos con greda, coca mascada y mezclada con nuez moscada, (una raíz aromática), la partera masajea, suave pero firmemente, con el movimiento de hilar ya mencionado: ambas manos frotan en

16

_

¹⁶ SALAZAR-SOLER, C.; La divinidad de las tinieblas, Boletín del Instituto Francés de Estudios Andinos, La Paz, 1997, Págs. 421-

¹⁷ VERINCOURT, Vince., Op. Cit., Pág. 53.

sentidos inversos en torno al ombligo axial. Si la cabeza debe dirigirse hacia el cuello del útero; del castellano trecho), se usa un movimiento convergente, desde las costillas hacia el cuello debajo del ombligo, que se toma como el centro del cuerpo. Alternativamente, la mujer puede ser colocada en un poncho, que se sacude y se tira con movimientos precisos, e incluso puede ser lanzada al aire tres veces por dos o cuatro hombres, que agarran las esquinas del poncho; en castellano, mantear). También se le puede hacer bailar), saltando, bajo la dirección de la partera, para reposicionar el bulto pesado en su interior. Si bien se supone que el momento más probable para el inicio del parto se da entre la luna llena y la nueva, existe, sin embargo, algún desacuerdo sobre el número de meses del embarazo. Se cree que las niñas requieren menos tiempo que los niños, quienes deben hacer cuajar más sustancia muscular y huesuda. De ahí que las niñas puedan nacer a los ocho meses y los niños a los nueve o incluso diez, aunque hay incertidumbre sobre qué calendario debe usarse.

2.2.5. Preparando el parto

Cuando el líquido amniótico cae al suelo, la mujer se viste con un viejo vestido y se peina cuidadosamente mientras yace, esperando, con un fajín (tal como se lleva por los guerreros en las batallas) enrollado a la cintura, que se apretará inmediatamente después del parto para evitar que la placenta la asfixie al flotar hacia arriba dentro de su cuerpo, buscando al bebé.

"Tanto en las consultas prenatales como durante el propio parto, la situación de la mujer se relaciona ritualmente con su contexto cósmico más amplio. Se echan las libaciones en las esquinas de la casa para las glorias (o rayos). Se establecen correspondencias armoniosas entre el vientre de la mujer como una cueva dentro de la tierra, fuente del crecimiento y del nacimiento, como también con el mundo superior, fuente de la luz y del orden cristianos, que se refractan en los cristales del nacimiento utilizados en la construcción de las ofrendas rituales (llamadas mesas). Al hacer del cuerpo de la madre el centro de un conjunto de dimensiones

correspondientes, se establecen las condiciones geománticas necesarias para un nacimiento seguro." 18

Algunos problemas pueden corregirse analógicamente al invertir el origen de la dificultad. Estos pueden haberse ocasionado por las correspondencias negativas, producto de la negligencia. Por ejemplo, si la mujer hila durante el embarazo, el cordón puede enredarse alrededor del cuello del feto; tejer a pleno sol puede tostar la placenta, haciendo que se pegue a la pared uterina; alzar una carga sobre la espalda puede torcer el cuerpo,(palabra también usada para las contracciones), dejando al bebé en mala posición. La ceremonia de romper el hilo es una técnica para rectificar el daño. El cuerpo de la paciente se envuelve con un hilo de lana de llama, plegado a la izquierda, que después se rompe para soltar la maraña u obstrucción adentro. es otro rito de inversión (vuelta, retorno), en el cual se sacrifica una oveja y se ofrece la sangre al rayo (gloria), mientras que el cuerpo de la paciente (en este caso, la parturienta) se frota con fetos de camélido (*sullu*) para absorber la desgracia, y luego se reducen a cenizas que se dejan recogidas en un envoltorio⁴⁹ al lado del camino, donde el mal puede pasar a un caminante demasiado curioso.

"Para ayudar al parto, el proceso de cocción dentro de la mujer se acentúa por la administración de infusiones (*mat'i*), por fumigación y por vaporización. Los humos calientes envuelven su cuerpo por dentro y por fuera, ayudando a inducir las contracciones. Una receta de fumigación consiste en hojas tostadas del árbol siempre verde llamado molle, muy utilizado en los ritos públicos para propiciar la vida y la reproducción, cuyo humo picante le resulta molesto al feto y lo hace salir rápidamente: la imagen sugiere una técnica para sacar a un animal silvestre o a un enjambre de abejas de su nido o refugio. Las infusiones pueden prepararse con manzanilla, romero u otras hierbas propiamente andinas (especialmente las hierbas etno-oxitócicas *kancha lawa*, *wallik'iya* y alusima), junto con miel de abejas

⁻

¹⁸ SALAZAR-SOLER, C.; Op, Cit., Pág. 376.

tropicales sin aguijón y de avispas, todo hervido en alcohol de uvas (singani) o melaza."19

"Se adoptan varias posiciones para dar a luz: acuclillada, sentada, de pie (con el apoyo de los presentes), agarrada del lado del catre (si se da a luz a solas), sobre cuatro patas. El marido puede apoyar a su mujer, tomándola por la cintura desde atrás, con una partera o una pariente sentada delante para recibir el bebé; si el nacimiento se ha realizado dentro de la familia, la partera a veces puede entrar después del parto para levantar el bebé y dar cuidado postnatal a la madre. Pero se considera absurdo dar a luz echada sobre las espaldas en posición supina. Esta actitud concuerda con las críticas de la práctica biomédica corriente por las feministas, e incluso desde dentro de la misma profesión obstétrica."²⁰

2.2.6. Tratamiento postnatal del bebé

- a) Cortando el cordón. Inmediatamente después de la expulsión del bebé, mientras aún yace en el suelo o sobre una frazada, la partera rápidamente aprieta el fajín alrededor de la cintura de la mujer para evitar que la placenta flote, salte o se alce dentro del cuerpo en busca del bebé perdido, llegando así a asfixiar a la madre. Sólo entonces se corta el cordón con un tiesto ,a veces recogido del suelo fuera de la casa en ese instante. Los tiestos también se asocian con los restos arqueológicos del tiempo de las chullpas. El cordón se ata del lado del bebé con hilo (ilu). Esta parte se va a secar y caer dentro de una semana, y puede usarse en forma de polvo como un remedio para la malaria. El cuidado prioritario que se da a la madre confirma la preocupación que se siente por su seguridad, por encima de la del bebé.
- b) El vientre masculino hecho de andrajos. Los andrajos, como tejidos deshechos, son inevitablemente significativos en los Andes. Después de nacer, se recoge y se limpia la sangre y la viscosidad con andrajos que se sacan de unos pantalones de bayeta (calzonas; hechos de tejido casero),

-

¹⁹ Ibidem, Pág. 374.

²⁰ MURPHY-LAWLESS, Andrew, Op. Cit., Pág. 77.

pertenecientes al padre, que se rompen en ese preciso instante. La palabra aymará para estos andrajos, q'usuyllu o q'uchayllu,62 también se refiere a los andrajos teñidos de añil (que se dicen negros, aunque son azul oscuro), con los que se amarran las piernas y los pies de la madre cuando, por primera vez, se levanta y sale al aire libre. En ambos casos, los andrajos sellan la piel, bloqueando el peligro de nuevos derrames de sangre a través de las superficies aun permeables (especialmente las de los pies) de la madre y del bebé. Pero en el caso de los andrajos del padre, la práctica parece relacionarse con la creencia en un útero paterno. Al igual que el bebé se ha nutrido en el vientre de la madre como un pedazo coagulado de tejido sangriento y caliente, así ahora se coloca dentro de un vientre paterno igualmente andrajoso. Estos andrajos constituyen un paso intermedio entre los grumos torcidos de sangre, que hilaron el cuerpo del feto, y su vestimenta social, tejida de fibra de animal domesticado, con la cual se va a envolver en la sociedad andina cristiana. La práctica tiene resonancias de la covada que necesitan ser comentadas.

- c) Del canibalismo fetal a la lactancia. Renacido del vientre de andrajos paterno, el bebé aún tiene huellas de sangre, que luego se lavan en una fuente de orina espumosa proporcionada por todos los adultos presentes. La orina es un antiséptico que sale por los orificios inferiores del cuerpo, igual que la sangre reproductiva. ⁶⁵ Neutraliza y limpia al bebé en un baño amarillo y salado, que constituye un bautismo tónico, anterior al bautismo cristiano de sal blanca con agua, que se administrará pocos días después.
- d) *Envolviendo al guerrero y a la pastora*. Después de lavado, se envuelve al bebé en pañales y luego en una honda, un artefacto hecho de tejido denso, con un diseño simétrico de blanco y negro, cuyo simbolismo durante las batallas sobre los linderos se vincula con la idea de *allqa*.⁶⁷ Envolviéndolo en una honda, el niño será un buen guerrero, y puede añadirse una piedrita, colocada en su pequeño puño, con la cual cargar la honda y darle una mano

de piedra (un nombre que también se da a los líderes guerreros en los Andes). Si el bebé es una niña, se busca garantizar con la honda su habilidad como pastora. Nuevamente, la propiedad masculina de la tierra y los barbechos, heredados patrilinealmente, se vincula con la capacidad de los hombres de proteger las fronteras territoriales; mientras que las niñas y las mujeres se vinculan con los animales que formarán parte de su dote y darán la lana con la cual tejerán la piel social de sus familias.

2.2.7. El cuidado postnatal de la madre

Después del nacimiento, la madre se lava con agua caliente, y se le da un caldo de huesos también caliente. Pueden administrarse infusiones de una hierba con hojas afiladas (siwinga; una variedad de cortadera) para hacer cortes internos y asegurar que toda la sangre salga; mientras que la resina de q'uwa ayuda a congelar un brote excesivo de sangre, que podría atraer la atención fatal de los duendes. La administración de hollín (qhisima), picante y negro, también ayuda a contener el flujo excesivo de sangre. La madre, aunque ya se ha librado del bebé, está aún en un estado muy vulnerable. Cuando quiere lavarse las manos, debe hacerlo con agua donde se ha puesto a remojo el chuño (papa disecada) que elimina la calidad fresca del agua pura. El chuño es caliente, y se dice que la mujer debe evitar toda comida fresca, como por ejemplo la papa y la carne de llama y cabra. Hay algo muy claro, y es que, cuando la mujer sale al aire libre por primera vez, sigue estando bajo el riesgo de los duendes. Aún está abierta y, por lo tanto, sujeta a la amenaza del frío; así, un viento chullpa podría soplar hacia sus adentros y provocarle la enfermedad de los chullpa (chullpa unquy), una sensación de debilidad y fatiga que paraliza a la víctima. El retorno de la mujer al equilibrio humoral debe lograrse paulatinamente, mediante una dieta cuidadosa y nutritiva que, en un inicio, excluye las comidas frescas.

Antes de salir de casa, la mujer debe amarrarse los pies con andrajos teñidos, sacados de un viejo vestido. Se trata de los harapos negros, teñidos de añil, ya mencionados, y que deben distinguirse del *q'uchayllu* sacado de los pantalones del

padre. Puesto que la madre post parto es susceptible de desangrarse por los pies (igual que el bebé, durante el resto de su vida, si no se lava con orina amarilla), debe amarrarse bien las piernas, desde la pantorrilla para abajo, y frotarse el puente del pie con grasa de gallina y romero, asegurando la pomada en continuo contacto con los andrajos.

2.2.8. Adecuación cultural e interculturalidad

Adecuación cultural es la necesidad de que el sistema biomédico y su personal de salud se adecue a la cultura de la población.

En este contexto la interculturalidad en salud es la búsqueda, construcción y promoción de relaciones equitativas entre las diferentes culturas que conforman nuestro país, así como en los diferentes planos y niveles del Sistema Público de Salud. Implica también la obligación del Estado de desarrollar políticas, leyes, programas y acciones basados en el reconocimiento-aceptación de diferentes lógicas, conocimientos y prácticas en salud.

El objetivo de una visión de interculturalidad en salud incluye la propuesta de garantizar el derecho a la salud y brindar una atención incluyente y humanizada de todas las culturas existentes en este país, y contribuir a la realización social de las personas y colectividades.

Interculturalidad es la interpelación mutua, el cuestionamiento y valoración de lo propio y lo ajeno, el potenciamiento de los elementos en común, el reconocimiento de las diferencias y los choques culturales.

La interculturalidad plantea un dialogo abierto ente personas o los sistemas que se identifican (mas) con una u otra cultura medica.

Parto deshumanizado.- Es aquel parto que recibe mal trato, coacciona la libertad, robando a la persona su palabra su expresividad, su cultura su mundo objetivo.

2.3. El parto humanizado

Como alternativa al parto institucional occidental se ha planteado el parto humanizado, que considera las costumbres y creencias de los hombres y mujeres inmersos en la cultura andina, por supuesto en base a una selección de las prácticas más beneficiosas para la salud de la parturienta y el niño.²¹

El parto humanitario consiste básicamente en un proceso compuesto por las siguientes etapas:

- 1. La acogida. Es frecuente que exista descontento desde el primer momento en que las parturientas acuden al establecimiento de salud: por actitudes de indiferencia, un trato hostil, dificultades en la comunicación, el idioma, por ignorar a las personas acompañantes, etc. Por ello, la admisión y acogida debe estar a cargo de personal que habla el idioma de la región. Este servicio de recepción debe ser permanente, y la acogida cálida y particular atención al estado físico respetuosa. Se debe prestar emocional de la parturienta y si la situación lo requiere, postergar el llenado de cuadernos, formularios, historia clínica, etc. Es preciso que el personal médico no juzgue, culpe o reproche a la parturienta o a sus acompañantes. Finalmente, si la parturienta está acompañada por una partera se recomienda incorporarla en el proceso de recepción, al igual que el resto de los familiares.
- 2. La escucha. Se suele pensar que hablar es más importante que escuchar; y, si se habla lo suficientemente fuerte y claro, uno será bien escuchado. De modo generalizado el personal de salud está más entrenado para hablar, informar, indicar, decir, o sea, en el monólogo y la comunicación vertical. De este modo, no se entera de qué quiere la usuaria, qué siente, qué sabe, qué no sabe y cuáles son sus ideas.

23

²¹ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES; *Guía para la atención intercultural de la salud materna*, Pub. MSD, La Paz, 2005, Págs. 69 -104.

Por ello se recomienda atentamente a la parturienta y acompañantes. La escucha permite también equilibrar las relaciones de poder y coadyuvar al reconocimiento ciudadano de la persona; es decir, de los derechos y responsabilidades de cada quien; eleva la autoestima y la confianza.

3. La información. Es frecuente que se informe muy escuetamente sobre todo lo que concierne a la salud de la parturienta y sobre los procedimientos que se realizan. Esto causa mucha inseguridad y desconfianza. Además, es un principio de la ética actuar en base la consentimiento informado.

Por ello, se recomienda que a lo largo del proceso de atención se debe informar sobre todo lo que ocurre para que la parturienta y sus familiares sepan lo que pasa, qué le están haciendo y por qué. Además, se debe organizar sesiones de capacitación dentro de los equipos para compartir e intercambiar ideas sobre las formas más adecuadas de explicar los temas más recurrentes de la atención.

4. Los rituales del parto. Aunque la vida y la muerte son impensables sin lo espiritual, el sistema biomédico ha anulado prácticamente todas sus manifestaciones y, especialmente, en relación al parto y el nacimiento. Los rituales tienen una eficacia simbólica, es decir, resultados terapéuticos que se obtienen por medios distintos de los farmacológicos, como son las oraciones, las ceremonias y otros. Muchos esposos, esperando en los pasillos, cuentan haber rezado.

La medicina científica engloba esta eficacia bajo el efecto placebo. En el medio andino se conoce la práctica del sahumerio, como ritual que se realiza al inicio del trabajo de parto o, si el parto es difícil, cuando se constata tal dificultad. Según una partera del departamento de La Paz, se usa incienso cuando se quiere ahuyentar a los malos espíritus. Cuando se quiere invocar

a la Pachamama para que todo vaya bien, se utiliza copal con rosas blancas. Parte del ritual es el contacto directo de la parturienta con el humo.

Por ello, se recomienda tener presente que el parto y nacimiento son acontecimientos también espirituales. El personal de salud tiene que saber sobre los rituales que existen y actuar con respeto. Además, se debe permitir la realización del sahumerio al inicio del trabajo de parto, si es que la parturienta y su familia lo requieren.

5. El manteo. El manteo se ha estudiado poco en el sistema biomédico y no se suelen conocer las diversas técnicas. Existe la falsa creencia de que se realiza jalando de las cuatro puntas de una frazada o poncho tirando al aire a la embarazada. Por tanto, de modo generalizado se considera perjudicial para la salud de la madre.

Sin embargo, muchas embarazadas valoran altamente el manteo (como ellas lo conocen), considerando que tiene una gran efectividad para acomodar la guagua. Arnold y Yapita lo describen de la siguiente manera: "se hace echar a la embarazada en una frazada o poncho largo. Luego, entre dos personas, toman de las puntas del textil y se dan sacudidas suaves de una lado a otro alternativamente, haciendo correr muy suavemente a la parturienta. Se suele hacer esta acción tres veces a cada lado: para el Padre, e. Hijo y el Espíritu Santo. Se realiza esta acción con el fin de enderezar así la posición de la wawa y facilitar el nacimiento."

En materia de investigación, tenemos la siguiente referencia sobre los efectos del manteo, citada por Burgos: "las maniobras o masajes y las manteadas para lograr la colocación del feto son dignas de mayores investigaciones ya que evitan complicaciones graves que solo se resuelven quirúrgicamente. El equipo comprueba la existencia de una lógica definida

que revela la coherencia entre causas y respuestas y que corresponden a la racionalidad andina".

Por ello, se recomienda que el personal de salud debe aprender de manera desprejuiciada sobre las prácticas del manteo y masajes para acomodar a la guagua; en lo posible debe documentarlas, para tener más certeza sobre sus beneficios o posibles consecuencias negativas que pueda tener.

6. La importancia del calor durante y después del parto. Uno de los elementos fundamentales del modelo terapéutico andino es el sistema calido – frío. Según este sistema, la salud de las personas depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos que predominan en un momento dado. Uno de los principios que se deriva de este concepto es el de la utilización de elementos contrarios. Cuando la persona sufre algún mal o se encuentra en un período que se considera el estado del cuerpo de determinada propiedad (la salud no es ausencia de enfermedad en la medicina andina), se deben ingerir alimentos o remedios cuyas propiedades son opuestas a las del cuerpo; propiedades que no necesariamente se refieren a la temperatura en sí.

En relación con el cuidado de la salud durante el embarazo, parto y postparto este concepto se asocia con el fluido de la sangre, ya que los elementos cálidos y calientes hacen perder sangre, mientras que los frescos y fríos evitan la pérdida de la sangre.

Por ello, se recomienda que el ambiente o los ambientes donde se atiende a la parturienta deban tener una temperatura adecuada, sin corrientes de aire. Disponer de suficientes frazadas para que la parturienta se pueda abrigar bien. Además, el lugar donde se atiende el parto tiene que dar una sensación cálida y hogareña. Por otra parte, el personal del servicio debe

encargarse de preparar mates durante el trabajo de parto, cuantas veces la parturienta lo desee.

7. La ropa de la parturienta. La costumbre de la gente citadina de utilizar ropa distinta para dormir y para realizar las actividades diarias no es común en los pobladores de las comunidades rurales. Las mujeres cuya vestimenta habitual es el ajsu (prenda de una sola pieza de tela de tocuyo y de color negro) permanecen con su vestimenta las 24 horas del día. De este modo las mujeres no suelen sacarse la ropa para el momento del parto, sino solamente la pollera, quedándose cubiertas por la enagua, la blusa y la chompa.

En este sentido, la guía de parto humanizado recomienda que se permita a la parturienta no cambie de ropa durante el trabajo de parto y el parto.

8. La indumentaria del personal de salud. La indumentaria del personal de salud – mandil blanco, barbijo y gorra – atemoriza mucho a las parturientas y a sus familiares. Especialmente, el barbijo, que es tomado como una señal de rechazo a la parturienta, por estar sucia. Además, parece mostrar que el parto es una enfermedad.

Considerando estos aspectos, se recomienda que en el parto humanizado, el personal de salud no deba llevar mandil blanco, ni gorra, ni barbijo

III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

En la presente sección se realiza una descripción de algunas publicaciones relacionadas con el tema de estudio, y que sirvieron para fundamentar el marco teórico del presente trabajo

 BRADBY, Bárbara y MURPHY-LAWLESS, Jo; "Hacia la reducción de la mortalidad materna en Bolivia: prácticas apropiadas del parto en los sectores formal e informal del cuidado perinatal". Es una investigación, cuyo informe final fue redactado en inglés, entre octubre de 1995 y abril de 1996 por las autoras, pertenecientes a Trinity Collage).

El informe en español tiene un título propio "¿Volveré, no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto". Este título corresponde a las palabras de una mujer que se hizo esta pregunta al momento de cerrar con llave la puerta de su casa para ir a la Maternidad por primera vez para dar a luz.

Esta investigación tuvo dos objetivos: identificar prácticas adecuadas del parto para mujeres rurales y migrantes en Bolivia, y examinar los factores que conducen a la subutilización de los servicios formales de salud a la luz de la preocupación nacional e internacional en torno a las altas tasas de mortalidad moderna.

En la Parte II del informe se documentan los conocimientos tradicionales acerca del parto y la atención en el parto, situando a la fertilidad y el parto dentro de una cosmovisión compleja de las relaciones entre la tierra y el cielo. Principios como la posición vertical y el abrigo de la mujer durante el parto se encuentran relacionados con los modos de entender la lluvia, la tierra, el sol y la regeneración. Son especialmente complejas las metáforas alrededor de la placenta, y el parto en sí es visto como un doble proceso que involucra los partos tanto del bebé como de la placenta, "su alma". A continuación se enfoca el parto hospitalario desde el punto de vista de estos significados tradicionales. El miedo a la operación cesárea influye en el pensamiento de las mujeres migrantes acerca del parto hospitalario, dando lugar a la resistencia pasiva hacia los procedimientos hospitalarios por parte de mujeres quienes dan a luz a solas, y en otros casos, a la negociación con

el personal hospitalario en busca de otras formas de "ayuda". La prioridad otorgada en el sistema tradicional al parto de la placenta se encuentra nuevamente en las expectativas de mujeres hacia la atención en el hospital.

En la Parte III del informe se exponen los resultados cuantitativos del proyecto a la luz de los debates internacionales sobre políticas de salud. Se examina la aparición de la mortalidad como un problema global en los últimos años y se presenta la situación actual en Bolivia.

Las recomendaciones del proyecto abarcan acciones en cinco años: fomentar el diálogo entre servicios tradicionales y biomédicos, frenar la disminución del número de parteras tradicionales, apaciguar los miedos culturales acerca del parto hospitalario, coordinar la atención de urgencia en ambos sistemas de atención al parto y realizar futuras investigaciones incluyendo un estudio de gran escala sobre los diferentes sistemas del manejo del alumbramiento de la placenta.

 CENTRO DE INVESTIGACIÓN, ASESORÍA Y EDUCACIÓN EN SALUD (C.I.A.E.S); "Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo productivo". Es una investigación cualitativa llevada a cabo en Cochabamba, sobre los conocimientos, creencias, prácticas y actitudes relacionadas con la salud reproductiva de las poblaciones periféricas y con urbanizadas de Cochabamba.

Los principales objetivos de la investigación fueron: a) describir y entender el sistema de conceptos tradicionales de salud reproductiva, las percepciones y comportamiento frente al sistema formal de salud, de la población quechua; b) proporcionar datos de base para la planificación de estrategias de intervención para mejorar la salud materno – infantil, sean estas de educación para la salud en la comunidad o modificación de los servicios de salud y/o capacitación.

A nivel cultural esta investigación propone un modelo etnofisiológico, entendiéndose por etnofisiología la manera en que un cierto grupo étnico entiende la fisiología del cuerpo humano. Este tipo de análisis ofrece la oportunidad de comparar la etnofisiología (i.e. tradicional) con el modelo en que está basado el sistema formal de salud. En esta comparación resaltan áreas en que los dos sistemas se 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.

El modelo se basa en la gran preocupación de la mujer quechua en las subidas, bajadas, entradas y salidas dentro y fuera de su cuerpo. Según el modelo, en la mujer sana las partes cardinales del cuerpo están ubicadas o moviéndose correctamente. Estos movimientos se determinan principalmente por la presencia de elementos calidos y calientes, que incentivan la bajada y salida de partes del cuerpo, o los frescos y fríos, que incentivan la entrada y salida de cosas. La mujer sana es también muy fuerte, trabajadora, bien nutrida, portadora de mucha sangre y paridora de niños sin problema.

El estudio analiza ocho tiempos del ciclo reproductivo: el embarazo, el parto del niño, el alumbramiento de placenta, el puerperio, la atención al recién nacido, la lactancia materna, la planificación familiar y el aborto. El embarazo es el momento oportuno para acumular sangre y protegerse contra la bajada o movimientos inoportunos de componentes del cuerpo. Por lo tanto la embarazada debe evitar el calor, los alimentos cálidos y los grandes esfuerzos. En contraste, el parto del niño y el alumbramiento de la placenta son tiempos donde debe estimularse la bajada oportuna y evitar la subida inoportuna de ciertas partes del cuerpo. Por eso la parturienta busca el calor, los alimentos cálidos y un ambiente íntimo, evitando el frío. En el puerperio,

la mujer se protege de la entrada del aire y busca un equilibrio en la pérdida de sangre.

El estudio revela además que, en el parto a domicilio el recién nacido frecuentemente es poco atendido en los primeros y críticos días del post-parto y que la lactancia materna se basa en una clasificación étnica (propia de la cultura) de los tipos de leche que las mujeres pueden tener. La planificación familiar, aunque es poco usada en la población estudiada, aparentemente es un tema de mucha trascendencia ya que existen fuertes razones para limitar el crecimiento de familias que ya tienen tres o cuatro hijos. A la vez, una serie de factores sociales señala que podría ser difícil incentivar a las mujeres a retrasar su primer embarazo. Finalmente, la población discrimina fuertemente entre abortos espontáneos, que son característicos de las mujeres débiles que no cumplen su papel social, y abortos provocados, que son vistos como un método de planificación familiar.

- ARNOLD, Denise y MURPHY-LAWLESS, Jo: "Hacia un modelo social del parto: debates obstétricos interculturales en el Altiplano Boliviano". En esta publicación se presentan los resultados del proyecto "Prácticas apropiadas para mejorar las condiciones de atención postnatal de las mujeres bolivianas.
- En este informe, se hace énfasis en las cuestiones más profundas de las diferencias entre los diferentes conjuntos de prácticas del parto, las rurales andinas y las cosmopolitas o biomédicas; más que las diferencias superficiales como el color de la sala de parto y otros aspectos similares. Además en la realidad cotidiana de los centros estatales de salud, siguen muchas de las actitudes despectivas (y aun racistas), de parte de algunos practicantes de la biomedicina, hacia las mujeres rurales y sus preferencias en el parto.

Los talleres rurales señalaron que las mujeres aymaras poseen un buen conjunto de métodos para el manejo de la placenta. En forma crítica, revelaron que las mujeres suelen cortar el cordón de manera "fisiológica" cuando ésta ha dejado de latir, y con frecuencia hasta 10 minutos después del parto. Las mujeres también estaban dispuestas a considerar el masaje de los pezones después del parto, para ayudar al expulsión de la placenta, estimulada por las oxitocinas.

Por otro lado, los trabajos de investigación en los hospitales y los talleres que se sostuvieron con la presencia de autoridades médicas, revelan un desconocimiento considerable respecto al manejo fisiológico del parto y las recientes investigaciones científicas sobre este método de manejo. Aun más, revelaron una falta de conocimiento en la enseñanza y práctica de las regla de la nueva Norma. Por ejemplo, el uso de la posición vertical en el parto fue muy resistido debido al temor de que produce muchos desgarros. Aquí nuevamente surgió un vacío en el conocimiento de los resultados recientes de la investigación científica en torno a cuál es la posición más ventajosa en el parto.

El informe resalta también aquellos puntos en los cuales las prácticas aymaras del parto han coincidido con el manejo fisiológico, que se produce en la investigación científica. En este punto el tema es cómo se puede lograr la aceptación estatal de estas prácticas. El proyecto actual de MotherCare que opera en cinco distritos y con el concurso de 300 trabajadores de salud ya capacitados, trata temas como la posición vertical para el parto en las postas y los hospitales. El trabajo de capacitación de este tipo, debe ampliarse para adoptar buenos métodos de enseñanza del personal de hospitalario, enfermeras, enfermeras auxiliares y sanitarios, sobre todo en el manejo fisiológico del parto.

- ARNOLD, Dense, YAPITA, Juan de Dios y Otros. "Las wawas del Inka:
 Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas". Este
 estudio parte de las conclusiones de dos ensayos del Proyecto CSRA
 (Consejo de Salud Rural Andina) acerca de la salud materna y las causas de
 la mortalidad materna en una zona cercana a Carabuco (Provincia Camacho
 del Departamento de La Paz). Como resultado de estos estudios, ellos
 concluyen que:
 - a) Las prácticas de la obstetricia tradicional en la región andina, consisten mayormente en masajes, el "manteo"... y el uso de infusiones con potencia ergovínica. Aunque los masajes y el manteo son rechazados por los obstetras bolivianos con formación occidental ..., no se pudo comprobar en ningún caso dentro de los 17 de mortalidad materna en los últimos años, cuya causa esté relacionada con estas prácticas,
 - b) Por tanto, se carece de evidencias concretas para condenar la práctica obstétrica tradicional,
 - c) Al mismo tiempo, habría que notar que las parteras empíricas y los miembros de las familias estaban desamparados frente a las causas "clásicas" de mortalidad materna, así como la atonía uterina y la sepsis puerperal,
 - d) La "ineficiencia" de la práctica tradicional de anticoncepción y aborto se debe en parte al modelo fisiológico aymará (que atribuye los días fértiles a la mestruación),
 - e) Los riesgos "sociales" (la pobreza, la ignorancia acerca de la planificación familiar y los embarazos de jóvenes solteras) son más significativos que los riesgos "biológicos",
 - f) La tasa de mortalidad materna en la región probablemente refleja una mortalidad "natural", la cual se debe más que nada a la ausencia de atención obstétrica adecuada.

En toda la investigación, se describen las prácticas andinas del parto dentro de un sistema social y cultural más amplio. Para desarrollar una teoría aymará de la práctica, se recurre a la metodología de la "antropología interpretativa", lo que exige un análisis detallado del discurso y exégesis sobre el parto en su aspecto filosófico de aquellas parteros/as que son también reconocidos como sabios/as dentro de su cultura. Esta parte incluye necesariamente un análisis del parto en sus aspectos rituales e ideológicos dentro de las culturas andinas. En esta parte se apoyaron en el estudio comparativo. De este modo, se averiguaron las críticas específicas de la gente del campo, y de las parteras en particular, acerca de las prácticas médicas en el centro hospitalario, según su experiencia y con su razonamiento detrás de las críticas.

• MÉDICOS DEL MUNDO; "Creencias, Actitudes y Prácticas de las Mujeres de Irupana, en relación al Ciclo Reproductivo". Es una propuesta para el cambio en las actitudes de unos y otros, es una propuesta de articulación en la práctica y en última instancia es un reto para quienes que en teoría propugnan la articulación y el respeto por el otro y para los que de manera esmerada intentan encontrar la clave que lleve a lograr el cambio de actitud del equipo médico.

Los hallazgos muestran que en el Municipio de irupana, la oferta de servicios de salud se considera adecuada, mientras que la demanda es baja. Las causas de la subutilización de los servicios de salud, son esencialmente culturales, que se resumen en las diferentes creencias y prácticas asociadas a ambos sistemas de salud, las que determinan la baja demanda de servicios de salud.

En este sentido, los resultados de la investigación permiten formular algunas recomendaciones importantes relacionadas con este tema. En primera instancia, la metodología adoptada permite diferenciar las creencias y

prácticas desde dos perspectivas: por un lado las de la población y por otro las del personal de los servicios de salud o del sistema de salud oficial.

En segunda instancia permite diferenciar frente a las dos perspectivas analizadas, si las creencias y prácticas halladas poseen alguna base científica de sustentación, tanto para continuar con su realización como para plantear apartarse de ellas.

• MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES; "Guía para la atención intercultural de la salud materna". Es una propuesta para la atención de la salud materna que parte del principio de que las mujeres y sus familias son las protagonistas en cuidado de la propia salud. Desde esta perspectiva, no se puede 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 un mayor bienestar biológico, psicológico, social, cultural y espiritual solamente es posible en el marco del reconocimiento de la diversidad, sea ésta cultural, social, etérea, etc.

En este marco, la guía hace énfasis e la estrategia de adecuación de los servicios y en la atención humanizada. Pues, por todas las experiencias ya aplicadas, y los estudios y análisis realizados acerca de las bajas coberturas de prestaciones, se considera que esta propuesta es el camino para ir superando las limitaciones existentes en la accesibilidad a los servicios.

Además, la guía propuesta se origina en el Reglamento de Prestaciones y Gestión del Seguro Materno Infantil (Decreto Supremo No. 26874) ya se plantea la adecuación de los servicios cuando establece en el Art. 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".

De la misma forma, la guía propuesta recoge el sentido del Decreto Supremo del Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud, cuando se hace referencia al control social comunitario. "Las redes sociales tienen la responsabilidad de ejercer control social comunitario para que las prestaciones de todos los programas de salud y del SUMI tengan calidad humana, denunciando ante el DILOS al proveedor de salud en caso de maltrato, falta de respeto a la autodeterminación y discriminación en razón de género, cultura y clase"

IV. JUSTIFICACIÓN

El presente estudio procura determinar los principales factores culturales que impiden a las mujeres en estado de gestación asistir al parto institucional del Centro de salud Pucarani, las cuales estas expresan de alguna forma, la preferencia de ciertas practicas, costumbres, actitudes, creencias dentro la comunidad respecto al parto en domicilio o en circunstancias que no explican las usuarias solicitan los primeros controles prenatales para luego abandonarlos, presentándose solo al registro y a recabar el certificado de vacunas.

Pero por otra parte, hay un importante número de mujeres que consulta con los servicios de salud sólo una vez antes del parto y que no demandan atención posterior ni en el parto, debido a que sólo buscan verificar si el niño se encuentra en buenas condiciones. El control prenatal con frecuencia se utiliza para determinar si el bebe está en buena posición, para tener la seguridad suficiente para el parto en domicilio, debido a que tienen mayor confianza y tranquilidad cuando son atendidas por familiares o parteras dentro de su contexto cultural. Las prácticas en la atención del parto están relacionadas con sus creencias

Otros factores señalados, que inciden en la no asistencia a los centros médicos, fueron la falta de confianza y vergüenza hacia los médicos, algunos maridos se

oponen a que sus mujeres vayan a los centros médicos porque "no quieren que las vean, ni que las hurguen allí.

Algunas mujeres piensan "que cuando la wawa nace, se abre la matriz y entra el frío o la sangre se enfría", por ello hay que abrigarse muy bien y tomar bebidas que calienten la sangre. Esto contrasta con la práctica médica donde usualmente no existe ambientación de las salas de parto. Con la partera, la mujer puede garantizar una privacidad del parto que no es frecuente en los servicios de salud. Además escoge la posición preferida para tener su hijo, la que suele ser de cuclillas, por considerarla más cómoda, más familiar y menos expuesta al ambiente que en la clásica posición ginecológica.

Con el objetivo de generar mayores coberturas al parto institucional, como planteamos en la investigación a emprender, es preciso entender y atender el comportamiento y concepción cultural de las usuarias a través de la incorporación del lenguaje intercultural, respeto a su dignidad humana y que connote un mejor servicio en la calidad de atención en los servicios que presta el hospital de Pucarani, disminuyendo la brecha que existe entre el concepto teórico ideal de atención de la biomedicina y el que perciben las mujeres en estado de gestación respecto al parto institucional.

En consecuencia por lo expuesto y planteado es fundamental lograr niveles de confianza, comunicación, empatía y satisfacción dentro este grupo etéreo vulnerable, para que continúen recurriendo a este centro de salud y solucionar problemas de riesgo en el embarazo y así evitar la mortalidad materno infantil.

Un servicio que brinda calidad y calidez en la atención de este grupo vulnerable, es significativo cuando las necesidades son satisfechas en el marco de la equidad, trato humano, cuya eficiencia se logra medir por los resultados esto quiere decir, disponer todos los recursos humanos y materiales existentes, con compromiso social que orienten a las usuarias en estado de gestación generando, credibilidad y mucha confianza en los servicios de salud.

V. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en mujeres gestantes con control prenatal del Centro de Salud – Pucarani durante la gestión 2006?

5.2. OBJETIVO GENERAL

Determinar cuales son los factores culturales que impiden la asistencia al parto institucional en mujeres gestantes con control prenatal en el Centro de Salud – Pucarani de la provincia Los Andes.

5.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar actitudes y percepciones de carácter cultural en el sistema de la cosmovisión andina de mujeres en estado de gestación respecto al parto.
- Identificar si estas actitudes y percepciones culturales inciden er los servicios de salud respecto al embarazo, en el sistema biomédico de asistencia a la atención del parto institucional.
- Identificar áreas de conflicto cultural que provocan temores, barreras comunicacionales produciendo actitudes reticentes durante la consulta interna y externa en los servicios médicos, puntualizando, el grupo etéreo y procedencia

5.4. DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO

El estudio que se propone en este trabajo se basa esencialmente en la investigación - acción con enfoque cualitativo, centrando su atención en la recolección de datos sin una medición numérica, como las descripciones u observaciones, "... por lo común, se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación. A veces, pero no necesariamente, se aprueban hipótesis. Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones... las preguntas e hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y éste es flexible, y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en "reconstruir" la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido".²²

La participación del sujeto investigador e investigado es fundamental en la elaboración del trabajo, cuya consecuencia deriva en una transformación del problema planteado en una propuesta como objetivo final. Por tanto, la recolección de información tiene un carácter evolutivo y sobre todo contextualizado; a medida que se realiza la investigación también se estructurará el marco teórico, agregándose las variables en la medida que se avanza la investigación, por la naturaleza de la investigación – acción, se trabajará con muestras pequeñas de la población de Pucarani, Antapata y la comunidad de Ancocagua del Cantón Pucarani, recolectando información sobre sus percepciones, costumbres, hábitos, entre otras manifestaciones culturales que impiden asistir al parto institucional de mujeres gestantes al Centro de Salud de Pucarani, en consecuencia el cúmulo de estas opiniones serán sometidas a un análisis riguroso de carácter descriptivo e interpretativo.

Apelamos al estudio longitudinal ya que estudiaremos las variables mas relevantes ejes vertebrales que constituye nuestra investigación durante

-

²² HERNÁNDEZ S., Roberto, et. al.; Metodología de la investigación, 3ra. Edición, Ed. Mc Graw-Hill, México, 2003, p. 4

un período, en este caso el 1er. Semestre de la presente gestión 2006, como parámetro de estudio de acuerdo al problema planteado donde el tiempo **sí** es importante, mediremos nuestras **variables**, como los factores culturales (traducidos en creencias, costumbres, hábitos, idioma, religión, origen étnico, procedencia) y que influyen convirtiéndose de manera significativa en temores para las mujeres en estado de gestación, decantando de esta manera su asistencia al parto institucional que ofrece el Centro de Salud Pucarani.

5.5. UNIVERSO POBLACIÓN Y MUESTRA

UNIVERSO.-El universo de la presente investigación es el municipio de Pucarani, que comprende un total de 56 comunidades y un total de 29.959 habitantes. La población objeto de estudio del presente estudio se caracteriza por ser de sexo femenino, originaria y de habla aymará, caracterizándose además, por una economía que descansa en la agricultura y el comercio. Parcialmente divididos en 1 Centro de Salud y 7 Puestos de Salud Pucarani traduciéndose en una tarea donde el personal de salud, presta sus servicios dentro el Hospital y fuera de ella (domicilios) responsabilidad que recae en la atención y a los requerimientos de la comunidad.

El municipio de Pucarani básicamente cuenta con dos sistemas de atención en salud; el primero, la medicina convencional o biomedicina conformado por el personal médico con formación académica que en todo caso no satisface las necesidades de la población en la zona, por la baja cobertura del servicio; el segundo, es el sistema tradicional al cual recurre con mayor frecuencia por su origen étnico con una fuerte manifestación cultural entre lo mítico y lo sobrenatural constituido en la Pachamama, alaxpacha, achachilas, awichas y otros elementos metafísicos de la cosmovisión andina, siendo atendidos por esta situación por médicos tradicionales y

parteras a través del uso de remedios caseros y preparados en base a productos de la región.

POBLACION.-El área de influencia es el Centro de Salud Pucarani, Por lo que concierne al presente trabajo se delimita la población área de estudio, esta conformado por 26 comunidades, cuya población general es de 7.748 habitantes entre varones y mujeres, tomamos en cuenta al grupo etéreo en análisis que son las mujeres embarazadas que asistieron a los servicios del Centro de salud de Pucarani bajo estas características de interés en estudio

- § Asistieron a controles prenatales
- § Asistieron al parto institucional
- § No llegaron al parto institucional

Por lo expuesto, en este grupo de personas, se analiza el conjunto de creencias, costumbres, hábitos, temores, religión, origen étnico, procedencia conjugados dentro el marco cultural.

MUESTRA.-La muestra se encuentra focalizada en 3 comunidades, la primera, la población de Pucarani donde se encuentra el Hospital del mismo nombre, la segunda es la comunidad de Antapata y, finalmente, la Comunidad de Ancocagua, que se seleccionó de acuerdo al grupo etáreo de mujeres en estado de gestación de 18 a 41 años, siendo que muchas de ellas solicitan los primeros controles prenatales del hospital, para luego no asistir al parto institucional, bajo los criterios de proximidad, riqueza cultural, coberturas y seguimiento por el personal de salud.

En la selección de la muestra se emplea el **muestreo probabilística** simple al azar, que consiste en que todos y cada uno de los elementos de la población, tiene la misma probabilidad de estar incluidos en la muestra escogida. De esta manera

recoger sus percepciones con el fin de profundizar con ellos, las 3 comunidades y actores sociales que intervendrán en esta investigación y un partero para profundizar sus prácticas durante el parto son:

ANCOCAGUA

- § 2 mujeres que asistieron a sus controles prenatales y abandonaron el parto institucional.
- § 1 mujer con relación y continuidad en los servicios de salud
- § 1 mujer que asistió al parto institucional

Total 4 entrevistas

PUCARANI

- § 1 mujer que asistió a sus controles prenatales y abandonó el parto institucional.
- § 1 mujer con relación y continuidad en los servicios de salud
- § 1 mujer que asistió al parto institucional

Total 3 entrevistas

ANTAPATA

- § 1 mujer que asistió a sus controles prenatales y abandonó el parto institucional.
- § 1 mujer con relación y continuidad en los servicios de salud

Ø PRESTADORES DEL SISTEMA TRADICIONAL MEDICO Y/O POPULAR

§ Partera y/o partero

Total 1 entrevista

a. LUGAR

La investigación fue realizada en el Municipio de Pucarani, en las Comunidades de Pucarani, Ancocagua y Antapata.

VI. INTERVENCIÓN O METODOLOGÍA

6.1. MÉTODOS TEÓRICOS

La *inducción* como método científico permite recopilar datos a partir de las experiencias concretas como son las manifestaciones culturales y cómo éstas inciden en la inasistencia de atención al parto institucional para mejorar actitudes positivas y lograr una interrelación entre los pacientes y el personal del Centro de Salud . Sin embargo, la aplicación de métodos como el analítico-sintético nos permitirá inferir conclusiones coherentes de relación de las variables producto del análisis.

6.2. MÉTODO EMPÍRICO

6.2.1. OBSERVACIÓN DIRECTA

Como método del conocimiento empírico "... es el registro visual de lo que ocurre en una situación real sobre objetos y fenómenos de la realidad". Este método será empleado para participar de manera directa con los sujetos de análisis, observando sus conductas, características personales, reacciones, factores medioambientales (manifestaciones culturales) o sea compenetrándonos en la vida diaria de las familias de la comunidad y todo aquello que implica objeto de interés y de estudio (inasistencia al parto institucional) y cómo ello puede mejorar a través de las implicancias de actitudes positivas por parte del personal del Centro de Salud Pucarani.

6.2.2. TECNICAS DE INVESTIGACION

Se realizó una investigación cualitativa, porque este tipo de estudio ofrece técnicas especializadas para obtener una comprensión profunda acerca de las actitudes, pensamientos, comportamientos y sentimientos en relación a un determinado tema.

6.2.3. ENTREVISTAS

-

²³ CANALES, F.H. et. al.; Manual para el Desarrollo de Personal de Salud, OPS, E.U.A., 1994, pp.127.

Con las entrevistas individuales de profundidad se estableció un contacto directo con la población y compartir experiencias y evitar que los entrevistados estén influenciados por la dinámica de grupo.

Esta técnica nos permitirá recoger información de primera mano por medio de opiniones, modos de sentir, pensar de las mujeres embarazadas y conocer las razones fundamentales que le impiden asistir a los servicios de parto que ofrece el Centro de salud como fuera de ella. Pero tampoco dejaremos de lado a los otros intervinientes en nuestro problema de investigación, a decir: partero tradicional de la comunidad.

6.2.4. ENTREVISTA ESTRUCTURADA

Descansa sobre un cuestionario específicamente diseñado con preguntas abiertas, concretas que nos permitirá obtener información, profundizando sus percepciones y opiniones que aplicaremos a mujeres gestantes.

6.2.5. ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA

Este tipo de entrevista no se rige a reglas estrictas de un cuestionario previamente preparado, es flexible y abierto en el contenido así como el orden mismo pueden variar en su estructura lo que nos ayudará a recoger otros elementos y sistematizar de mejor manera nuestro trabajo.

6.2.6. FUENTES DE INFORMACIÓN CLAVES

Las técnicas anteriormente señaladas (estructural y no estructural) son procedimientos que nos permitirán aplicar en la recolección de información a personas o fuentes de información claves, escogidos a simple azar y aplicarlos en forma individual.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Los instrumentos de recolección de información fueron la entrevista aplicada a mujeres embarazadas y la entrevista al partero.

El procedimiento de entrevista en ambos casos fue el siguiente:

- 1º. Se elaboró un listado de mujeres que fueron atendidas en el Centro de Salud Pucarani, las cuales habían dejado de asistir a los controles por diferentes razones, y tienen el perfil requerido en la investigación. Estos listados fueron elaborados por Comunidades.
- 2º. Se visitó a las mujeres entrevistadas, de acuerdo al listado elaborado, que fueron escogidas a simple azar hasta cumplir con un número de nueve entrevistas que inicialmente se había determinado como muestra.
- 3º. Se aplicó la entrevista, ampliando lo más posible los temas que se consideraron importantes en cada caso. Por ejemplo, las embarazadas que fueron controladas en el Centro de Salud y que hicieron finalmente un parto domiciliario; en estas entrevistas se decidió ampliar estos temas relacionados.
- 4º. Se tomaron fotografías y, en algún caso, se volvió 3 a 4 veces para realizar ampliación de algún tema que no estuvo muy claro o que no se la encontró a la señora luego de la revisión de la entrevista.

Finalmente, las entrevistas fueron procesadas una por una, en base a cuadros descriptivos, en medios magnéticos. Finalmente, se utilizó cuadro resúmenes para la descripción de resultados.

VII. RESULTADOS

En esta sección se realiza una descripción y análisis de resultados de la información recogida en las entrevistas aplicadas a las señoras embarazadas de las Comunidades de Pucarani, Antapata y Ancocagua. La descripción de resultados

se realiza de acuerdo a la operacionalización de variables definida en el perfil de la investigación.

7.1. DATOS GENERALES

7.1.1. Comunidad

Las señoras entrevistadas son residentes de Pucarani y comunidades cercanas a esta población como son Ancocagua y Antapata.

La mayor proporción de mujeres entrevistadas corresponde a residentes de Antapata (2 mujeres, 22%), Pucarani (3 mujeres, 33%) y, finalmente, Ancocagua (4 mujeres, 44%).

7.1.2. Edad

La edad de las mujeres entrevistadas en la investigación, fluctúa desde los 18 hasta los 30 años.

La mayoría de las señoras entrevistadas tiene de "18 a 20 años" (5 mujeres,) edad que corresponde a la adolescencia, de "21 a 25 años" (2 mujeres) y "más de 25 años" (2 mujeres). Estos datos muestran que la mayoría de las mujeres que conformaron la muestra son relativamente jóvenes.

7.1.3. Grado de Instrucción

Las mujeres entrevistadas en las Comunidades de Pucarani, Antapata y Ancocagua tienen un nivel de instrucción secundario; es decir los estudios realizados se encuentran entre el primero de secundaria y el bachillerato.

Si bien este grado de escolaridad ha crecido en los últimos años para las mujeres de este tipo de Comunidades, todavía se puede considerar insuficiente, porque juegan un rol pasivo en aspectos concernientes a la salud, como es el caso del embarazo y del parto, y se encuentran sometidas a la voluntad de sus padres y/o

cónyuge, aspecto que se puede sentir más en las mujeres de la Comunidad de Ancocagua, más alejada de Pucarani.

En general, se advierte un menor grado de escolaridad en las mujeres con respecto a los hombres, que es el reflejo de una sociedad predominantemente "machista", en la que se privilegia la educación de los varones, por encima de la educación de la mujer.

7.1.4. Estado Civil

De las 9 señoras entrevistadas, 5 mujeres son casadas, 2 mujeres concubinos, y 2 de las entrevistadas son separadas.

7.1.5. Religión

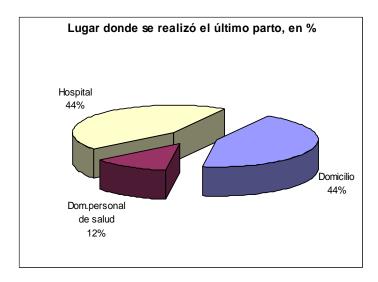
Todas las mujeres entrevistadas profesan la religión católica, la cual es practicada con una mezcla confusa de creencias y prácticas andinas, rituales a la Pachamama y otras deidades paganas que con el transcurso del tiempo se han fusionado completamente a la religión católica. Estas prácticas incluso son fomentadas y compartidas por los curas de las diferentes iglesias de las Comunidades.

7.2. EMBARAZO

7.2.1. Lugar de realización del último parto

El primer parto se constituye en una pauta muy importante para las mujeres del área rural, debido a que existe la tendencia a continuar con las prácticas del parto inicial, en los próximos embarazos. Ver Gráfico No. 1

GRÁFICO No. 1



Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

En el caso de las mujeres entrevistadas, el 44% contestaron que el último parto realizado fue llevado a cabo en su domicilio, un 44% señaló que su último parto fue en el Hospital y solamente un 12% fue en domicilio atendido por personal de salud.

Los motivos para que el parto sea realizado en el domicilio, las respuestas más importantes fueron las siguientes:

"Mi mamá me dijo que me hiciera atender en la casa, porque el medico te manosea harto te hacen abrir las piernas te hacen entrar frió y te lavan y cuando pides la placenta se miran entre ellos o dices algo para ellos es como burla (entrevista Nº 5)

"El partero me dijo que la wawa esta bien y que podría tener en la casa porque el conocía las costumbres de la Comunidad, que había que hacer muchos preparativos antes de que nazca la wawa, y abrigar bien el ambiente, para que todo salga bien. Además mi mama dice que en el Hospital es frió te hacen esperan mucho y no estas cómoda y no respeta tu cultura no te entienden como el manejo de la placenta y al abrigar mucho a la parturienta" (Entrevista No. 8).

"Mi parto fue en el hospital porque mi esposo y mis amigas me decían que debes ir con el doctor pero mi mamá no quería porque dicen que te tratan mal y es frió donde te atienden te hacen desvestir y yo tenia tanto miedo" (Entrevistada Nº 1)

"En el domicilio es mejor mi mamá me ha dicho porque todos te miran y el frió te entra y vas hacer enfermiza y yo tenia miedo, todos mis hijos he tenido en mi casa, un abuelito y mi mama me atendían, en mi ultimo hijo todos los controles he hecho en el hospital, yo quería venir pero rápido me ha ganado el parto en mi casa y mi mama me estaba atendiendo hasta que llamen a los doctores." (Entrevista No. 9).

Durante la entrevista se pudo observar la presencia de familiares u otras personas cercanas a la mujer, mismas que llegan a ser un factor de influencia en la elección sobre donde dar a luz, al momento de presentar el trabajo de parto. En muchos casos las mujeres se dejan influenciar por las experiencias de otras mujeres quines ya han pasado por la misma situación. Otro tipo de influencias indirectas tienen que ver con los consejos que dan las madres o familiares. Según los comentarios escuchados, la percepción negativa de las mujeres en torno a los hospitales y a los médicos se ha manifestado desde tiempo atrás y se transmite de generación en generación.

También se puede observar, las respuestas de las entrevistadas, muestran que las principales razones para que no se acuda durante el primer parto al Centro de Salud, son motivos culturales que el parto es considerado una enfermedad corporal entre el frió y el calor y la importancia sobre la devolución de la placenta que tiene un significado importante para ellos y relacionados con el mal trato que reciben del personal médico, que lamentablemente desconoce las costumbres del pueblo con respecto al parto.

7.2.2. Conocimiento de la importancia del control prenatal

Control prenatal es la visita periódica y sistemática de la mujer embarazada al servicio de salud para vigilar la evolución del proceso de la gestación por medio de actividades, para prevenir factores de riesgo, detectar y tratar y referir oportuna, entregar contenidos educativos (orientación) y prever un parto en las mejores condiciones de salud. Ver Gráfico No. 2

GRÁFICO No. 2



Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006

El 67% de las mujeres entrevistadas (6 mujeres) señalaron que el control prenatal es muy importante durante el embarazo, mientras que un 33%, no conocen claramente la importancia del embarazo (3 mujeres).

En cuanto a los motivos, por los cuales considera que es importante el control prenatal, las entrevistadas señalaron los siguientes:

"El doctor me ha dicho que es muy importante me habla mucho pero yo no entendía otras cosas me ha dicho la wawa esta sanito y en buena posición." (Entrevista Nº) "Es necesario para saber si hay complicaciones en el embarazo, y se puede mejorar antes de que sea peor" (Entrevista No. 4).

La mayoría de las entrevistadas comentan que toda mujer debe hacerse control prenatal para saber si la wawa esta bien, en buena posición y para evitar riesgos . También refieren que durante la visita le revisaron la barriga, las pesaron, le vieron sus partes y algunas indican que le tomaron presión y no quedaron satisfechas debido a que le apretaron mucho la barriga, le hurgaron todo su cuerpo.

Sin embargo, muchas de ellas se conforman con el control que les realiza el partero, solamente tomando el pulso y, otras veces con el manteo cuando sienten mucho dolor.

7.2.3. Cantidad de controles prenatales realizados en el Hospital

El control prenatal debe ser un proceso sistemáticamente seguido por la embarazada. Es decir, se debe seguir disciplinadamente los controles que establezca el médico de acuerdo a las características de cada embarazo. Ver Gráfico No. 3



GRÁFICO No. 3

Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

En el caso de las mujeres entrevistadas, un 22% (2 mujeres), señalaron que se realizaron cuatro controles que les señaló el médico; un 45% (4 mujeres), mencionaron que se hicieron un control; y un 33% (3 mujeres), mencionaron que se hicieron de uno a tres controles

Algunas de las respuestas más importantes de las mujeres que no se realizaron controles o solamente algunos, son las siguientes:

"Cuando el doctor me hacía los controles estaba bien no más, después no me gusta que me hurguen otros, porque me lastimaban y no me gusta que me miren otras personas, especialmente si son varones. A mi esposo tampoco le gusta." (Entrevista No. 2).

"Al principio podía ir a los controles, pero después ya no podía caminar porque me parecía que era lejos de mi casa, estaba muy gorda" (Entrevista No. 4).

"El partero me decía que no vaya más a hacerme controles, por eso te duele y te hacen enfriar mucho cuando me hacen el control, además me ha hecho pensar cuando me dijo que me podían hacer cesárea y yo tenia tanto miedo, y ya no he vuelto más para hacerme control" (Entrevista No. 5).

"La partera no más quiero que me haga los controles en mi casa, delante de mi esposo. Además, si hay algún problema, ese rato me daba maté que me aliviaba los dolores, porque me ha dado miedo y vergüenza cuando me ha hurgado todo el doctor le dicho que me dolía mucho el me ha dicho que es normal y ya no he vuelto mas. (Entrevista No. 8).

Existen muchos motivos que mencionan las entrevistadas para no ir a los controles prenatales, se presentan algunos aspectos culturales les da miedo y vergüenza que el medico les manosea, con la mano y les lastimen, les hace tacto vaginal y que los controles sean observados por varias personas.

También incide el hecho de que se confíe más en los controles que realiza el partero o algún familiar, en el domicilio de la embarazada y delante del cónyuge o de los familiares (padre o madre). En el caso de comunidades un poco más alejadas, es comprensible el hecho de que las mujeres ya no puedan acudir al Centro de Salud como lo hacían al principio

7.2.4. Procedimiento de control prenatal en el Hospital

El proceso de control prenatal, consiste básicamente en una revisión a la embarazada mediante la apertura de una historia clínica prenatal.

En cuanto a cómo les hicieron el control prenatal en el Centro de Salud, alguna de las respuestas más importantes de las mujeres entrevistadas fueron las siguientes:

"El doctor me revisa, o a veces sus ayudantes, en su consultorio. A veces no, cuando me hace el doctor está bien y escucho su corazón de mi wawa y es muy lindo. Pero a veces, los ayudantes me hacen el control, se juntan entre otros y a veces me lastiman y todos empiezan a tocarme, y eso no me gusta." (Entrevista No. 1).

"El doctor me revisa, dice que mide la presión en la barriga y hace una revisión por adentro. Cuando es necesario, me hago revisar, pero a veces todos los ayudantes quieren revisar, eso no me gusta. Pero yo, prefiero que me atienda el partero, no importa si es hombre o mujer porque mi suegra dice que no te hacen abrir las piernas no te toca matriz y estas abrigada para que no te entre frío y te dan mates para que salga la wawa rápido y no sufres mucho pero mi esposo no confiaba mucho tener la wawa en la casa con partero era peligroso por ser primeriza." (Entrevista No. 2)

"El doctor me ha revisado de mi ultimo hijo y me decía que estaba en buena posición no mas, en los anteriores nos hemos guiado por lo que nos decía la partera o mi familiar, me frotaba la barriga me tocaba el pulso." (Entrevistada Nº)

"El doctor me ha hecho control. Me ha medido me hecho abrir las piernas me ha revisado mi matriz me asustado me ha dicho que todo estaba bien, también me hecho ver con el partero solamente me ha hecho revisión con el pulso, me ha visto en la coca y también me dicho que todo estaba bien." (Entrevista No. 5).

"El doctor me ha hecho control varias veces, mediante peso, presión, tocando como está el bebé, por adentro y por afuera, midiendo además con cinta métrica y controlando con un calendario. Además, en los últimos controles me ha dicho que el bebé se estaba colocando en una buena posición la wawa, mi mama también me ha

hecho revisar con un abuelito me ha dicho que estaba bien la wawa. No me gusta mucho, pero es necesario. Siempre me ha hecho el doctor, porque dice que los ayudantes hacen doler." (Entrevista No. 6)

En las respuestas de las señoras entrevistadas se advierte que toman en cuenta de forma razonable, el control que les realizan en el Centro de Salud, aunque también al primer control prenatal que hicieron se asustaron por la forma de revisión al tocarles y realizarle la toma de PAP., tuvieron vergüenza y miedo. Este es un aspecto de la atención institucional muy cuestionada por las señoras entrevistadas, puesto que para ellas esto significa incluso, falta de respeto por su intimidad.

7.2.5. Preferencia por el médico o el partero

En relación a la atención misma en el parto, se ha consultado a las entrevistadas su preferencia con respecto a si prefieren ser atendidas por un médico o un partero. La mayoría de ellas señaló que prefería el partero. Ver Gráfico No. 4

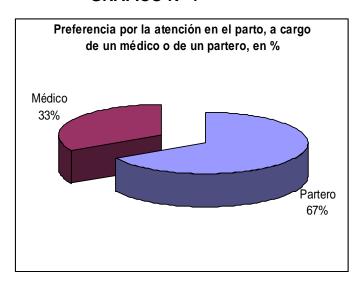


GRAFICO Nº 4

Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

La preferencia por el partero según las entrevistadas se debe a que el partero conoce las costumbres de su pueblo y lo que se debe hacer de manera correcta. Existe un temor muy difundido a la operación cesárea, también se señala que los médicos no saben de lo que es frió – caliente que es muy importante para ellas,

que hacen enfriar a las parturientas, y de tratarlas con infusiones, maté y comida calientes antes y después del parto.

También hay discusiones que se debe hacer para que devuelvan la placenta, que para ellos tiene un significado importante, a la que incluso llevan a misa y la conservan entre sus objetos más preciados, objeto de adoración.

Algunas de las respuestas, que reflejan esta situación, son las siguientes:

"Ahora prefiero que sea el medico mujer porque en mis anteriores era mi esposo o el partero, mi esposo conocía al doctor le dijo me iba atender bien mi Esposo iba estar a mi lado y no tenga miedo "(Entrevistada Nº4)

"Prefiero el partero, no importa si es hombre o mujer. Porque sabe lo que queremos del parto, en la casa es calientito, nadie nos ve, porque podemos tener sin echarnos y es fácil, nos frotan podemos tomar lo que queremos.

En el hospital atienden muchos y me da vergüenza porque me han dicho te cuelgan las piernas y te hacen abrir y deja sin tapar te riñen no les gusta que estemos con mucha ropa y es donde puede entrarte frió y enfermarte y me ha dado miedo y no he ido mas, además nos tiene que devolver la placenta, porque para nosotros es muy importante conservar la placenta." (Entrevista No. 8)

"Porque el partero conoce nuestras costumbres nos entienden, no te riñen, habla nuestro idioma, no nos discriminan, incluso la atendió a mi madre, respeta el manejo de la placenta y tener la wawa como yo quiero y no me haga entrar frío." (Entrevista No. 5).

Como se puede observar, en esta pregunta se siguen exponiendo razones culturales para expresar la preferencia que tienen por la atención en sus domicilios que son la decisión de sus esposos o la pareja ,las razones son porque tienen vergüenza de ser atendidas por personas desconocidas y vista por todos ,en la casa se cuida mejor ,se sienten acompañadas mas cómodas y abrigadas y esta a

cargo el parto por el esposo ,el partero o la madre de la parturienta, lo cual básicamente se reduce a la realización de ritos antes y después del parto.

El miedo y la desconfianza a los hospitales y a los médicos no sólo se deben a la cesárea, las mujeres asocian la atención en el hospital a procedimientos médicos dolorosos tales como la episiotomía, el tacto vaginal, las inyecciones y extracciones de sangre.

7.2.6. Número de "consultas" con el partero

En cuanto al número de veces que el partero acude al domicilio de la embarazada para realizar controles es variable. Ver Gráfico No. 5

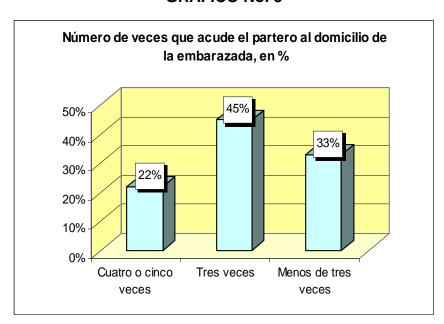


GRÁFICO No. 5

Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

La mayoría de las entrevistadas señalaron que el partero acude 3 veces (45%), otro grupo importante señala que el partero acude menos de tres veces durante el embarazo (33%); y finalmente, un grupo relativamente minoritario va cuatro o cinco veces (22%).

Sobre este tema, las respuestas más importantes de parte de las entrevistadas, fueron las siguientes:

"El partero viene cuando sentía alguna molestia o dolor, o cuando me dice mi esposo que lo trae. No se fija cita, puede venir a cualquier rato. Solamente al último (cuando va a nacer), viene un poco más seguido, en total unas 5 veces." (Entrevista No. 3).

"El partero viene unas tres veces durante el embarazo. En mi caso todo estaba normal, así que no venía mucho." (Entrevista No. 8).

Como se puede observar, el partero no acude de manera sistemática, y tampoco existe una cantidad establecida de visitas. Tampoco se acostumbra a fijar fecha de retorno a las visitas, o citas para próximas visitas. En realidad, el partero acude cuando le solicitan los parientes (esposo o padres) para saber como de va ir, o cuando la embarazada tiene algún dolor o complicación. La frecuencia de vistas tiende a aumentar a medida que se acerca el momento del parto.

7.2.7. Actividades que realiza el partero en las visitas

Durante las visitas a las embarazadas el partero desarrolla determinadas actividades, que en cierta forma se relacionan con el control prenatal, aunque también con ritos y costumbres propias de la cultura andina y preparativos para el momento del parto. Algunas respuestas notables sobre este aspecto son las siguientes:

"El partero era mi suegro venia a mi casa, me toma el pulso, para saber si todo está bien. Además, me daba a veces mate para aliviar alguna molestia que tenía. Una vez acudió para hacerme manteo, en los últimos meses". (Entrevista No. 2.).

"Las primeras veces me reviso a los 6 meses creo de embarazo, y solamente me tomaba el pulso. En dos ocasiones posteriores, a los 8 meses me hizo el manteo. La última vez, vino para aconsejarnos sobre las preparaciones para el parto, como ser: el sahumerio, las mantas y los cueros para recibir al bebé. Además, nos dijo que debíamos hacer maté de romero y chocolate. También da consejos sobre lo que se debe hacer con la placenta." (Entrevista No. 7).

"mi mama me revisa me brotaba, también me da mate, o le dice a mi esposo que mate tengo que tomar. Pero más que todo viene a los 7 meses o más. Antes solamente una vez ha venido. Al final le hace recuerdo a mi esposo que tiene que hacer para el parto." (Entrevista No. 9).

Como se puede observar, el partero realiza algunas actividades relacionadas con el control prenatal, aunque con distinto enfoque, y también se ocupa de concretar algunos rituales previos y posteriores al parto, de acuerdo a las costumbres de la cultura andina.

7.2.8. El manteo durante el embarazo

El manteo es una práctica andina mediante la cual el partero observa la posición en la que se encuentra el niño, y cómo se encuentra en general, la mujer en gestación. Es una forma de control prenatal que se realiza esencialmente mediante una frazada o manta, en la que se recuesta la embarazada, y posteriormente, se la mece suavemente observando la posición del niño y de la embarazada. Algunas respuestas acerca de cómo se realiza está práctica en las entrevistadas fueron las siguientes:

"Me toca primero la vena si la wawa esta en, mala posición, mi esposo y la partera me han puesto en mi cama me masajea suavemente para ver la posición de la wawa, y luego me sacude y tira no muy fuerte le ayuda mi esposo, mascan coca hablan y dice que todo va estar bien, y ya no me han hecho más." (Entrevista No. 3).

"El partero me ha hecho echar en una frazada y después han movido a un lado y a otro lado, me ha igualado las piernas para ver si esta mal de posición la wawa, esto ha hecho la partera en mis anteriores hijos. Para el último, no me he hecho hacer manteo, porque el doctor me dijo que ya esta bien la wawa." (Entrevista No. 4).

"El partero me ha hecho echar en una frazada y después con un balanceo observan la barriga y los desplazamientos del bebé, y te llaman el animo." (Entrevista No. 5). El manteo dentro de la cultura andina, particularmente en Pucarani y comunidades aledañas, se realiza para observar cómo se encuentra la gestante y el niño este procedimiento este es muy utilizado aun por parteras y familiares.

Pese a que existe muchos cuestionamientos sobre la eficacia de esta practica para la resolución de los problemas de posición del bebe, sin embargo las observaciones realizadas se ve efectividad en algunos casos de esta practica.

Desde el punto de vista medica critica esta practica y califica como dañina para el bebe y para la madre e incluso que se complicaría mas en el proceso del parto.

7.2.9. Conocimiento de problemas durante el embarazo

En la medicina occidental, los problemas del embarazo generalmente se refieren a complicaciones relacionadas con aspectos gineco – obstétricos, que entorpecen el normal desarrollo del proceso del parto, en la cultura andina, además de estos problemas físicos, los problemas del embarazo se amplían, por ejemplo a la existencia de espíritus malos, según sus creencias. Al respecto las respuestas más ilustrativas sobre este problema son las siguientes:

"Cuando la wawa está en mala posición o está hinchada tus pies. Si creo en los espíritus como es el sajra o el diablo. Afectan cuando ya nacía el bebé, además no se debe dormir hasta el medio día, sino se lo pueden llevar a la wawa, no puedes salir afuera después de tener la wawa puedes tener sobreparto el maligno esta afuera te llega el alma y después puedes morir mi mama harto me habla de esto." (Entrevista No. 9).

"Si dice que hay problemas, cuando hago mucho esfuerzo y cuando esta en mal posición la wawa y el susto. Creo en los espíritus, el susto, o cuando caminas por la noche." (Entrevista No. 5)

"Mi mama sabe más del parto, ella también me revisaba me decía que estaba asustada y la wawa estaba mal posición y yo tenia mucho miedo me ha hecho mantear y no tenia que tejer ni hilar porque mi wawa iva ha nacer envuelto con el cordón en el cuello y puede morir. Creo en los espíritus, hacen asustar y se debe llamar al ánimo y sahumar." (Entrevista No. 1)

Se puede observar que el manteo es una práctica casi generalizada en las mujeres embarazadas de Pucarani, aunque muchas de ellas con el transcurso del tiempo ya no comparten plenamente estas creencias, la mayoría de ellas, especialmente en el primer parto, se hicieron manteo con el partero.

7.2.10. Conocimiento del inicio del parto

En la medicina occidental, el parto es la expulsión del feto (mayor a 500 gramos) por vía vaginal después de cumplidas las 22 semanas de gestación, si el embarazo ha tenido una evolución normal y ha alcanzado 37 a 41 semanas de gestación es una atención de parto de bajo riesgo.

En las entrevistas realizadas a las embarazadas de Pucarani, la mayoría de ellas conocen bien los síntomas iniciales del parto: dolores de vientre y espalda, la barriga dura, eliminación de la seña y dificultad para caminar, también incluye otros factores adicionales como son los rituales, sahumerios, mates calientes y el acondicionamiento de un ambiente caliente sin cruces de aire y mucha ropa, para llevar a cabo el parto. Algunas respuestas importantes sobre este aspecto son las siguientes:

"En el hospital me han hecho caminar, además mi esposo compró ropa para el bebé, y en el Hospital han hecho todas las preparaciones para el parto yo tenia miedo, a mi esposo lo casaban para revisarme todos me tocaban a bajo y a mi me daba vergüenza y miedo me hacia doler mas, cuando ya estaba cerca de nacer la wawa me ha llevado a otra sala, todos me animaron y tenia confianza porque bien nomás era, mi esposo estaba a mi lado me ayudaba me agarraba la cabeza y bien nomás

me atendieron también y mi wawa ya nació mi esposo estaba alegre, pero me hacia frío mi mamá me ha abrigado me ha dado caldo caliente." (Entrevista No. 1).

"En el hospital a mi esposo le han dicho que lleve ropa, una frazada para el bebé, y otras cosas que tenía que comprar. Además, los últimos días me cuidaba más porque me dolía mucho y ya no podía dormir me ha llevado al hospital mi esposo, el doctor me ha revisado por abajo me ha hecho doler no me a gustado que me revisen cada momento, me ha hecho sacar la faja que mi mamá me ha puesto para que no se suba arriba la wawa pero mi esposo estaba a mi lado me han subido a una mesa he abierto mis piernas me dolía mucho he pujado mucho también mi esposo me ayudaba me agarraba la cabeza no podía tener me ha aplastado la barriga y me ha cortado abajo y ha salido mi wawa pero a mi me dolía mucho, me hacia frió y no podía sentarme porque me dolía lo que me a cocido abajo, mi esposo estaba asustado. En el momento del parto el médico me dio medicinas, no se que era." (Entrevista No. 2).

"Ya me dolía mucho mi espalda se quería romper mi mamá llamo al partero y han hecho sahumar para alejar la mala suerte, después han hecho hervir agua "mas ha aumentado el dolor para que apure mi parto me ha dado mates sirve para hacer votar mas rápido la wawa y mi esposo estaba a mi lado agarrándome la cabeza a cada momento que me levantaba el dolor "el partero me sabe sacudir un poco y brotar la barriga "sentado he tenido mi wawa el partero le ha amarrado el cordón cuando ha salido la placenta y le ha cortado con cuchillo "le ha envuelto en sus janantas y le ha bañado, y me han preparado chocolate para que me caliente . También han matado un cordero para que se sirva la partera, después del nacimiento y de la placenta. En el momento del parto, me han dado chocolate caliente, coca y otros mates calientes, caldo de cordero con chuño y orégano." (Entrevista No. 3).

"Como el parto ha sido en el Hospital, no hemos hecho ningún preparativo. Solamente compramos ropa para la wawa y algunos juguetes, además de pañales y leche. Con mi esposo y mi mamá me llevaron al hospital en la ambulancia pero yo tenia mucho miedo me dolía mucho me revisaron abajo varias veces y los doctores me explicaban todo pero me lastimaban me han llevado a una cama alto solo mi esposo dejaron entrar me han hecho abrir las piernas y he pujado varias veces y ha nacido mi wawa he escuchado llorar me alegrado mi esposo me ha garrado la mano ,pero sigue me dolía porque me habían cortado abajo me han cocido después me ha llevado a mi cama me hacia mucho frió mi mamá me abrigado me ha dado caldo cliente pero bien no mas me han tratado. En el momento del parto no me han dado ningún remedio." (Entrevista No. 6)

"Me dolía mucho mi mama lo ha llamado al partero y ha hecho sahumar para alejar la mala suerte y que todo salga bien me ha revisado y me han dado mates romero y otros mas para hacer votar mas rápido la wawa mi mama me ha ayudado mucho me frotaba la cabeza, la barriga, sentado he tenido la wawa el partero me ayudado." (Entrevista No. 7).

Como se puede observar, en el parto domiciliario, existen mayores preocupaciones por efectivizar rituales y preparativos de bebidas calientes y acondicionamiento de un ambiente apropiado, cálido y acogedor. Mientras que en el caso del parto en el Centro de Salud, la embarazada solamente se preocupa por los síntomas que siente, dolores y contracciones. En el parto domiciliario, se presentan más aspectos por preparar y reconocer.

Otro de los factores fue la convicción por parte de las mujeres de que el parto en casa es lo más natural y lo más común, las mujeres valoran significativamente las experiencias y consejos de las madres, suegras y abuelas. Se valoraron los aspectos positivos como ser la tranquilidad y confianza que se puede encontrar en el hogar.

Se percibió una alta satisfacción de las mujeres durante el trabajo de parto y parto cuando fue en domicilio, dicha satisfacción la asociaron a la buena atención, buen trato, presencia y apoyo del esposo y familiares y ayuda de la partera. El acompañamiento por familiares durante el proceso es muy importante en la vida de la madre. Las actitudes de apoyo y atención son los que son valorados por las mujeres y lo recuerdan en forma gratificante. Por otro lado, el simple hecho de estar

frente a personas extrañas a su entorno familiar y aislado de su familia, en esas circunstancias, las mujeres experimentan una sensación de falta de apoyo y atención que el personal de salud no siempre les brinda.

7.2.11. Ayuda para el parto

En cuanto a quién solicita ayuda para el parto, las entrevistadas señalaron en su mayoría respondieron que prefieren acudir al partero (67%, 6 mujeres entrevistadas), en tanto que al Hospital solamente el 33% señaló su preferencia (33%, 3 mujeres entrevistadas). Ver Gráfico No. 9.

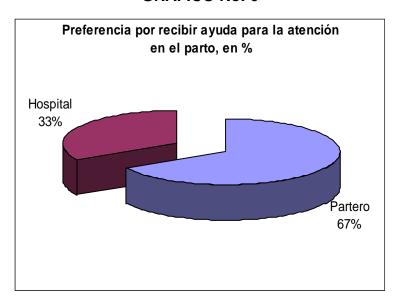


GRÁFICO No. 6

Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

Al respecto las respuestas más representativas con respecto a quiénes solicita ayuda para la atención en el parto son las siguientes:

"Antes no quería ir al Hospital, porque el partero de mi mamá nos decía que no era necesario, solamente cuando había muchos problemas teníamos que ir al hospital." (Entrevista No. 4)

"No quiero ir al Hospital por miedo a la cesárea, te desvisten todo y te entra frío. Tengo miedo a la cesárea porque se perfora y se pierde la placenta, ya no sirve, y eres siempre enfermiza ya no eres como antes todo te duele." (Entrevista No. 5).

"Prefiero el partero o mi mama que me atienda Porque tengo miedo y vergüenza ir al Hospital dicen que todos te miran te hacen doler y te entra frío porque te hacen abrir las piernas para sacar a la wawa y también tengo miedo a que me hagan cesárea. Tengo miedo a la cesárea, porque no está de acuerdo con las costumbres. Además la placenta sufre daños, ya no sirve después que te corten todo te duele y no se puede hacer nada con eso." (Entrevista No. 7).

"No confío mucho en el Hospital, solamente cuando se complique mi embarazo voy a ir al Hospital pero mi parto estaba bien no mas." (Entrevista No. 8).

"En mis primeros hijos no iba al Hospital a mis controles a hora he ido porque mis amigos me decían debes ir al Hospital y las enfermeras me encontraban me explicaban que tengo que ir que era gratis todos te vamos a dar vitaminas, van a ver a la wawa." (Entrevista No. 9).

En casi todos los casos, las madres entrevistadas señalan motivos culturales miedo, vergüenza y el frió y el calor que es una enfermedad de la cultura andina y no acudir al Centro de Salud, para solicitar ayuda para la atención en el parto. El Hospital es considerado solamente como una última opción, cuando la situación es extremadamente delicada para el niño o la madre. Además el Hospital, va siendo una alternativa a medida que la mujer va tomando conciencia de la salud, de las ventajas de la atención especializada, Es decir, cuando adquiere mayores conocimientos y valora la atención gratuita y especializada.

Se pudo evidenciar que un número considerable de mujeres les da vergüenza mostrar "sus partes" (órganos reproductivos y sexuales), especialmente si quien les va a atender es un personal de salud hombre, es decir, temor a desnudarse en presencia de hombres. Se pudo ver en algunos casos que tan sólo hablar del tema les incomoda.

7.2.12. Preparativos de último momento antes del parto

Luego de haber solicitado la ayuda de un partero, o de un médico que atiende a la embarazada en el Hospital o en su domicilio, se consultó a las entrevistadas que es lo que hacía la persona que la iba atender (partero o médico), antes del parto. Lógicamente, la mayoría de las entrevistada (56%, 5 entrevistadas), señalaron que no se habían percatado de lo que hacían estas personas antes del parto, debido a los dolores y la preocupación que sentían en ese momento. Un 22% (2 entrevistadas), señalaron que los médicos se cambiaban y se lavaba las manos; finalmente, un 22% (2 entrevistadas) mencionaron que el partero no se aseaba y más bien preparaba o instruía la preparación de mate caliente. Ver Gráfico No.

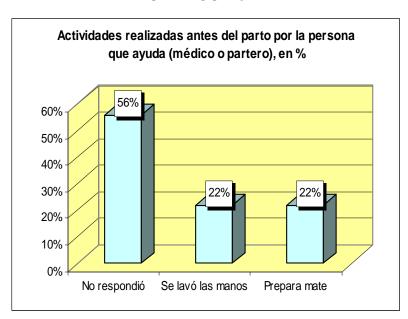


GRÁFICO No. 7

Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

Algunas respuestas importantes de las entrevistadas sobre este tema, son las siguientes:

"El partero llega con anticipación para hacer el sahumerio para que no vengan los malos espíritus, y detrás de la puerta se deja un cuchillo. También hacen chocolate caliente, para tomar algo caliente y no se complique. También preparan cordero, y además sacan unas frazadas y cueros viejos para el parto. También alistamos la

ropa de la wawa. Le ordena a mi mama que me haga tomar mates para ayudar que salga la wawa rápido me a frotado la barriga a rezado de la cintura me agarrado he pujado fuerte y sentada he tenido mi wawa y todos estaban alegre ha esperado que salga la placenta y después ha separado a la wawa de la placenta lo ha envuelto con sus ropas, a mi me han abrigado mucho para que no me entre frío y mi esposo me ha dado caldo caliente de cordero con orégano, chuño." (Entrevista No.8)

"Como el parto ha sido en el Hospital, no hemos hecho ningún preparativo. Solamente compramos ropa para la wawa y algunos juguetes, además de pañales y leche. El doctor se lavó las manos, los otros doctores me explicaban todo pero me lastimaban me han llevado a una cama alto solo mi esposo dejaron entrar" (Entrevista No. 6).

"En el día del parto, el partero hace preparar bebidas calientes como el chocolate y cordero. Además, se preparan frazadas y cueros de animales. Estas abrigado te ayudan todos te frotan la barriga, te amarran la cabeza con una tela para que no te duela la cabeza y te agarran la cabeza cada vez que te duele, te dan mates calientes para ayudar." (Entrevista No. 5).

En estas respuestas se observa que el partero juega un rol más activo antes del parto. Por una parte instruye la preparación de bebidas calientes, se hace cargo de acondicionar el ambiente para el parto, con la ayuda de los familiares. Junto al esposo, padres y otros familiares hacen confortable el ambiente para la embaraza que se siente acogida por todas las personas allegadas y mimada por todos. Al médico lo perciben como una entidad seria y fría, no les es familiar, no confían mucho en él, simplemente cumple con su trabajo, las explicaciones que dan a las embarazadas no se entienden, su trabajo es percibido como muy distante de su realidad.

7.2.13. Proceso del parto

Las señoras encuestadas, tienen diferentes vivencias respecto al parto en sí, dependiendo si este se realiza en el domicilio o en el Hospital. El proceso del parto en sí, en la comunidad de Pucarani es denominado por las mujeres gestantes como "la forma de enfermar". Al respecto las respuestas más ilustrativas de las percepciones de las entrevistadas son las siguientes:

"En los anteriores embarazos, cuando mis hijos nacieron en mi casa, se hacían hartos preparativos: sahumerio, preparaban bebidas calientes, sacaban camas y cueros de animales para que nazca ahí la wawa, además preparaban cordero y tenía mi wawa, sentado (posición de cuclillas), que me parecía mas fácil y menos doloroso, incluso más rápido. El partero no toca mucho y se agacha para ayudar a que la wawa salga más rápido. En el momento del parto, en el Hospital no me han dado medicamentos. Cuando era en mi casa, me daban mate de coca, romero." (Entrevista No. 4).

"Cuando la wawa ya va salir, me hacen sentar de cuclillas, pero es muy doloroso, pero esto se hace para que la wawa salga más fácilmente. En el momento del parto, principalmente me dan mate de orégano, que ayuda a que el nacimiento sea más rápido. Esta medicina me parece que es mejor que el doctor." (Entrevista No. 5).

"En el Hospital, cuando ya iba a nacer la wawa, los doctores me explicaban todo pero me lastimaban me han llevado a una cama alto solo mi esposo dejaron entrar me han hecho abrir las piernas y he pujado varias veces y ha nacido mi wawa he escuchado llorar, me he alegrado, mi esposo me ha agarrado la mano, pero sigue me dolía porque me habían cortado abajo me han cocido después me ha llevado a mi cama me hacia mucho frío mi mamá me abrigado me ha dado caldo cliente pero bien nomás me han tratado. En el momento del parto no me han dado ningún remedio." (Entrevista No. 6).

"El parto ha sido en mi casa, todos me han ayudado, mi esposo estaba a mi lado me agarraba de mi cabeza cada que me dolía, mi mama me hacho tomar mates para ayudar que salga la wawa rápido, el patero me a frotado la barriga, ha rezado, de la cintura me agarrado he pujado fuerte y sentada he tenido mi wawa y todos estaban alegre" (Entrevista No. 8)

Las entrevistadas muestran de forma muy clara, que el parto domiciliario aunque no deja de ser doloroso, es para ellas mucho más llevadero debido a que se encuentran rodeadas de sus seres queridos. También resaltan como positivo el hecho de que se cumplan con ciertos rituales como el de amarrarles pañuelos en la cabeza, les den mate caliente y las abriguen en todo el proceso.

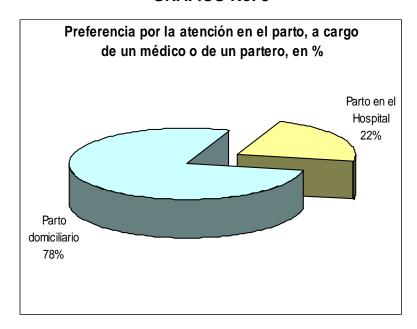
Estas declaraciones contrastan con las impresiones que tienen con respecto al parto llevado en el Hospital, en el cual se sienten despersonalizadas, resaltando especialmente el trato frío y la posición en la que nace el niño, la cual les parece dolorosa y poco práctica.

7.2.14. Sensación de comodidad

En esta parte se analiza la sensación de comodidad que sintieron las embarazada tanto en el parto domiciliario, o en el parto realizado en el Hospital o, finalmente, cuando son atendidos por el partero. Sin embargo, se debe aclarar que para las entrevistadas ser atendidas por el partero o un familiar, es prácticamente lo mismo, debido a que el partero, respetando las costumbres andinas, impulsa una participación activa de los familiares en el parto. Además, se debe aclarar que un familiar atiende solamente en casos extremos, es decir, la presencia del partero es un requisito casi imprescindible en el parto domiciliario.

Por supuesto, no se descarta que algunos de los familiares, también sea partero, en el caso de los resultados de la entrevista, se dan solamente dos opciones; la mayoría de ellas (78%, 7 entrevistadas), señalaron que el parto domiciliario es más cómodo para ellas y, solamente un 22% (2 entrevistadas) señalaron que el parto atendido en el Hospital es más cómodo. Ver Gráfico No. 8

GRÁFICO No. 8



Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006. Algunas respuestas significativas sobre este aspecto son las siguientes:

"Prefiero el parto en mi casa, porque toda mi familia esta ahí, me cuidan y no me siento sola. Además, desde la posición de sentada es mejor porque el parto es más rápido." (Entrevista No. 3).

"En mi casa, con el partero es mejor, porque sabe todo y a todos les hace participar, para que todo vaya bien" (Entrevista No. 6).

"En el Hospital es mejor porque el doctor conoce, porque ha estudiado para esto." (Entrevista No. 7)

Estas respuestas muestran que las entrevistadas de Pucarani, prefieren el parto domiciliario, en el que se siente más comodidad y acompañada por sus familiares, recibiendo su afecto de forma continua y bien atendida. El parto en el Hospital es considerado incómodo y peligroso, porque los médicos no conocen sus costumbres.

7.2.15. Cuidados del recién nacido

En esta sección se preguntó a las entrevistadas sobre los cuidados que se tomaron, en el parto domiciliario o en el Hospital, con el recién nacido. Las respuestas más ilustrativas sobre este tema son las siguientes:

"Después que sale la wawa, el partero lo ha lavado y lo ha envuelto con sus janantas²⁴ luego he tomado un mate caliente, me ha abrigado con todo tenia gorro envuelto con un pañuelo en la cabeza, mi esposo me ha alcanzado caldo de cordero con chuño con orégano caliente me ha hecho bien porque me dolía todo. El partero ha cortado el cordón con un cuchillo" (Entrevista No. 7)

"El doctor corta el cordón con sus aparatos, y luego de que sale el bebé, le pasan a otra persona que lo limpia, lo baña con agua y lo visten con la ropita que hemos llevado. También lo abrigan para que no lloren." (Entrevista No. 5).

Se observa que las embarazadas, dada su situación después del parto, no están plenamente concientes de la situación del bebé, debido al dolor que están sintiendo en ese momento. Sin embargo, alcanzan a percibir que en el Hospital se brinda iguales o mayores cuidados a los recién nacidos que a la madre. Mientras que en el caso del parto domiciliario, el partero le da mayor importancia a la madre.

Otra diferencia que se percibe es que en el parto domiciliario la limpieza del recién nacida se realiza en condiciones antihigiénicas y con riesgos para su salud.

7.2.16. Salida de la placenta

Tanto el partero como el médico, participan en la salida de la placenta, solamente que lo hacen de diferente manera; en la cultura andina, la placenta es objeto de veneración y culto, e incluso es aprovechado para realizar medicamentos para las vacas; mientras que la placenta en la medicina occidental es utilizada como insumo

-

²⁴ *Jananta*, ropa de bebé

para elaborar otros medicamentos. Las respuestas más importantes sobre este tema son las siguientes

"El partero espera que salga la placenta, no corta el hilo. Frota la barriga para que salga la placenta. Con la placenta hacemos remedios para las vacas, se hace secar tres días, después se muele y se guarda para preparar cuando las vacas se hinchan su barriga." (Entrevista No. 2).

"Después que sale el bebé, el partero no corta el cordón, sino que sigue haciendo masajes hasta que salga la placenta. La placenta la hacemos secar y la guardamos para que nos de suerte. Incluso, cuando llegan ciertas fechas la llevamos a misa, mi mama lo lava hace secar y después en una bolsa lo guarda con arroz y chuño y carne seca para que no sufra de hambre mi wawa." (Entrevista No. 5).

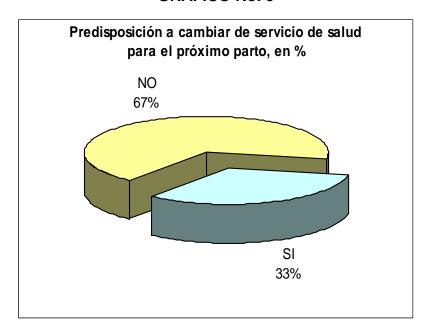
"En el Hospital, después de que nace el bebé, han cortado el cordón, después esperan a que salga la placenta. No me frotan la barriga como el partero, sino que esperan a que salga la placenta. Ha esperado que salga la placenta y después parece que ha amarrado el cordón con caito y ha cortado en cordón." (Entrevista No. 6).

De acuerdo a estas respuestas se puede notar que los parteros tienen un papel más activo en la salida de la placenta, aunque con algunas acciones que pueden poner en riesgo la salud de la madre y del recién nacido, como es el hecho de que no cortan el cordón umbilical. En el caso del parto en el Hospital, los médicos se basan en los protocolos establecidos cortando el cordón umbilical y esperando la salida de la placenta.

7.2.17. Utilización de los mismos servicios en próximas oportunidades

En esta sección se analiza la predisposición de seguir utilizando los servicios de salud para el parto, ya sea del partero o del Hospital. La mayoría de las entrevistadas (67%, 6 entrevistadas), señalaron que seguirían utilizando los servicios que atendieron el último parto. Solamente un 33% (3 entrevistadas), señaló que cambiaría de servicios para un próximo parto. Ver Gráfico No. 9

GRÁFICO No. 9



Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

Del total de mujeres entrevistadas, dispuestas a cambiar de servicio de salud, 2 de ellas quieren cambiar del parto hospitalario al partero, mientras que solamente una de ellas prefiere el Hospital para su próximo parto, en vez del partero.

En el caso de las entrevistadas que no quieren cambiar de servicio, 5 de un total de 6, señaló que prefiere seguir con un partero. La persona restante, señaló que seguirá acudiendo al Hospital para su próximo parto.

Los motivos más importantes para cambiar de servicio son los siguientes:

"Iré al Hospital la próxima vez, porque atienden bien a los bebés, la atención es gratis y además, regalan vitaminas para que los niños no se enfermen y crezcan fuertes y sanos." (Entrevista No. 4)

"Voy a volver al partero, porque no me lastima, me trata bien y conoce la costumbre de mi pueblo. Mis padres también conocen al partero y están de acuerdo en que vuelva porque más nos comprende" (Entrevista No. 7)

En cuanto a los motivos para seguir con el partero, la siguiente respuesta refleja de manera clara el motivo para continuar con sus servicios en una próxima oportunidad:

"El partero es como de la familia, su mamá le atendió a mi mamá. En todas las ocasiones salió bien el parto, y nos aconsejó bien que hacer con la placenta y lo que debíamos hacer para que todo salga bien. Incluso junto con mi mamá y el hemos llevado nuestras placentas a la misa, hasta su placenta de él nos ha mostrado." (Entrevista No. 8).

Estas respuestas reafirman una vez más las limitaciones culturales del parto occidental, en el cual hace falta un conocimiento más profundo de las costumbres del pueblo, y donde se aplican a la letra muerta los reglamentos del parto, sin considerar las costumbres de los habitantes.

7.2.18. Cuidados después del parto

Después del parto, las mujeres toman algunos cuidados, para que tengan un restablecimiento óptimo, antes de volver a retomar sus obligaciones con normalidad. Algunas respuestas importantes son:

"Me cuido dos días, en los que descanso y no trabajo, no hago casi nada. Antes me cuidaba cinco días, ahora que mi esposo se va ir, tengo que cuidar las wawas." (Entrevista No. 9)

"Mi esposo me dice que descanse, hasta unos tres días en los que no me baño, no trabajo, y no atiendo a mis hijos. Después poco a poco vuelvo a trabajar y venderme mis productos." (Entrevista No. 7).

Los cuidados que se toman después del parto en las mujeres de Pucarani, son mucho menores a los de la ciudad, porque los cuidados que toman, son por un tiempo bastante limitado, ya que las mujeres deben volver a las tareas que tienen designadas en su hogar.

7.3. PROFESIONALISMO

En esta sección se realiza un análisis de las percepciones de las entrevistadas con respecto al profesionalismo del personal médico y de apoyo, cuando acuden al Centro de Salud por los servicios de salud, especialmente para el parto.

7.3.1. Trato personal del personal médico y operativo

Uno de los aspectos que refleja el profesionalismo del personal médico es su capacidad de interrelacionarse con otras personas, especialmente con sus pacientes, con los cuales debe mostrar un respeto y consideración, especialmente si se trata de mujeres en gestación, cuyo ánimo es especialmente sensible.

Las respuestas obtenidas de parte de las entrevistadas respecto al trato recibido del personal médico y de apoyo, en un 78% (7 entrevistadas), respondieron que recibieron un buen trato de parte del personal médico. Solamente un 22%, dijo que no recibió el trato que esperaba. Ver Gráfico No. 10



GRAFICO Nº 10

Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

En general, las entrevistadas señalan que reciben un buen trato de parte del personal médico y operativo del Centro de Salud de Pucarani; sin embargo, en alguna ocasión se da la situación de que algún encargado del personal, no da un buen trato a las pacientes o a sus familiares, aspecto que perjudica todo el buen trabajo y trato anterior hacia los pacientes.

En realidad, el buen trato, se debería mantener siempre, en todas las ocasiones y esto no ocurre en el Centro de Salud, como signo de profesionalidad; el humor del

personal médico frente a los pacientes no debe cambiar en el tiempo, y debe ser diligente y amable frente a los pacientes en todas las ocasiones.

7.3.2. Respeto por las costumbres y la cultura de los pacientes

Otro aspecto fundamental en la profesionalidad del personal médico es el respeto que demuestran a los pacientes, por su cultura y sus costumbres. Este es una característica importante que refleja su educación y tolerancia ante personas que piensan y actúan de diferente manera. En este aspecto, las entrevistadas respondieron en un 56% (5 entrevistadas), que percibieron respeto por su cultura y sus costumbres; mientras que un 44% del personal no mostró respeto de ninguna manera. Ver Gráfico No. 11

Respeto por la cultura y costumbres del personal médico y operativo, en %

NO 44%

SI 56%

GRÁFICO No. 11

Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

Es evidente el desconocimiento del personal médico y de apoyo sobre las costumbres y creencias de los comunarios respecto a la salud, especialmente las relacionadas con el parto, que solamente se limitan a rechazar y criticar estas creencias, tildándolas de "manifestaciones de ignorancia", que frente a las

embarazadas y sus familiares, parecen como déspotas y empeñados en imponer el sistema de salud formal, a toda costa.

7.3.3. Discriminación

El aspecto de discriminación completa el cuadro de la profesionalidad del personal médico y operativo del centro de salud de Pucarani. Por ello, se preguntó a las entrevistadas si en algún momento se sintieron discriminadas por el personal del Hospital. El 67% señaló que nunca se sintieron discriminadas por el personal médico. Mientras que un importante 33%, respondió que si fue discriminada, especialmente cuando pregunta, cosas que al médico o a otro personal de salud le parecen la muestra de ignorancia, cambiando su comportamiento y mostrando actitudes despectivas frente a la embarazada. Ver Gráfico No. 12

Existencia de discriminación en la atención del pesonal médico, en %

NO 67%

SI 33%

GRÁFICO No. 12

Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

En el ámbito de las relaciones interpersonales entre usuarias y personal de salud, el maltrato verbal, la desatención, no valoración de la opinión de la usuaria provoca una manifestación de inconformidad respecto a la atención. Varias de estas percepciones se basaron en experiencias previas negativas vividas en los

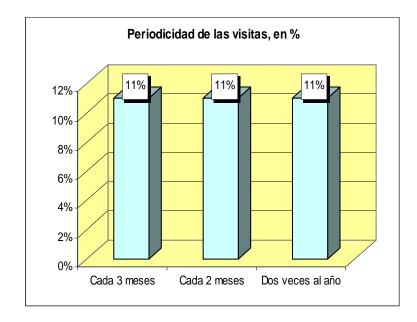
hospitales, así como de experiencias de otras madres o rumores. Las mujeres afirman que es muy difícil establecer un a comunicación sincera con el personal de salud.

Algunas actitudes del personal médico, son consideradas discriminatorias de parte del sistema de salud vigente hacia las mujeres gestantes, especialmente aquellas que tienen que ver con la manera en que los médicos reaccionan ante solicitudes de tipo "cultural" como la devolución de la placenta, la posición del parto, los rituales andinos y los cuidados de la mujer gestante, que como efecto del desconocimiento, el personal médico y de apoyo, termina con actitudes unilaterales y maltrato hacia las embarazadas y sus familiares, que son interpretadas, con algo de verdad, como actitudes y comportamientos discriminatorios de parte de las encuestadas.

7.3.4 Periocidad de las visitas

El 33% de las entrevistadas que recibió visitas domiciliarias del personal médico, señaló que la periodicidad de estas visitas fue de: "cada tres meses" (11%), "cada dos meses" (11%) y dos veces al año (11%). Es decir recibieron visitas de forma irregular y no planificada. Ver Gráfico No. 13

GRÁFICO No. 13



Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

Estos resultados confirman que no existe un cronograma de visitas, y que más bien, éstas se realizan de manera discrecional, cuando el personal médico lo dispone. Este aspecto, disminuye de gran manera la proyección del Centro de Salud Pucarani hacia la Comunidad.

Esta falta de programación significa que en Pucarani se incluya la implantación de un sistema de programación de visitas a mujeres gestantes, especialmente a aquellas que han dejado de acudir a los controles prenatales; y, posteriormente cuando se ha producido el parto, se debería implementar visitas para monitorear la salud de los recién nacidos.

7.4 Transporte

Considerando que el Centro de Salud de Pucarani se encuentra en la misma población y es bastante alejado de algunas comunidades, la distancia para la embarazada puede ser determinante para acudir con la regularidad que se requiere, a medida que avanza el proceso de gestación, por ello se consultó a las entrevistadas sobre el transporte hasta el Centro de Salud de Pucarani.

7.4.1 Medio de transporte

El transporte desde la Comunidad de la entrevistada y el Centro de Salud, es considerado variable. Al principio, incluso las mujeres de Ancocagua y Antapata, que es la Comunidad más lejana en la que se realizó la investigación, es considerada cercana por lo que les es posible acudir al Centro de Salud a pie, luego, incluso para las mismas mujeres en gestación de Pucarani, esta distancia se hace considerable.

Sin embargo, en general, el medio de transporte idóneo, en el que las embarazadas se movilizan al Centro de Salud es "a pie" (56%), "en bicicleta" (22%) y "en movilidad" (22%). Ver Gráfico No. 14

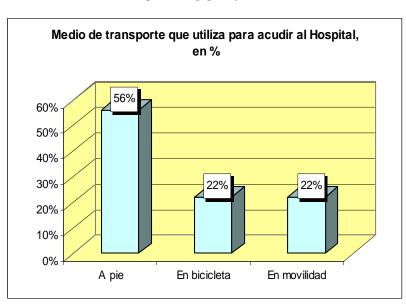


GRÁFICO No. 14

Fuente: Elaboración según resultados de estudio de campo, 2006.

El medio de transporte para acudir al Centro de Salud, es importante porque las distancias en el área rural son notables, más aun para las mujeres embarazadas, cuya facilidad de movilidad se complica a medida que transcurre el embarazo.

7.5 Resultados de la entrevista aplicada a un partero de Pucarani

7.5.1 Significado del embarazo para la mujer campesina y para la Comunidad

Según el partero, el significado del embarazo para la mujer campesina y la Comunidad en general, es muy importante. En este sentido señala que:

"La gestante campesina goza del respeto de su pueblo porque es portadora de un nuevo ser, un regalo para la "pachamama" o madre tierra; será uno más que la hará producir con su trabajo. Esta situación obliga al esposo y familiares a tratarla con mucho cariño, complaciendo todos sus "antojos" porque si no lo hacen (según la creencia) la "wawa" morirá en el vientre y la familia será castigada severamente por la "pachamama" Esta particular situación es aprovechada por la gestante para exigir muchas veces caprichos difíciles de complacer." (Pregunta No. 1, Entrevista al Partero).

Además añade:

"La gestante, debería ser siempre motivo de respeto y cariño por parte del esposo y de la comunidad en general, puesto que su embarazo le genera múltiples cambios en su organismo que si no son tomadas en cuenta, podrían derivar en enfermedades." (Pregunta No. 1, Entrevista al Partero).

El partero considera que la mujer embarazada refleja la productividad similar a la tierra, cuyo producto coadyuvará en la producción de la tierra, esta condición hace que la familia de mejor trato. Trato que implique respeto por parte de los familiares.

7.5.2. Las actividades de la mujer en gestación

Al igual que en la cultura citadina, la mujer embarazada es objeto de cuidados, sin embargo, la situación es diferente, ya que tiene que seguir cumpliendo con sus labores dentro del hogar. Esto se puede percibir en las respuestas del partero:

"Durante los primeros meses de gestación, la mujer embarazada continúa con sus labores domésticas y agrícolas con toda normalidad, trabaja en la chacra ayudando al esposo y a la familia. Conforme avanzan los meses requiere de mayor cuidado y cariño por parte del esposo, quien la irá reemplazando en los quehaceres de la casa, principalmente en el acarreo del agua y la preparación de los alimentos, puesto que cargar bultos pesados o acercarse demasiado a al fogón pueden ocasionar un nacimiento prematuro o daños al feto." (Pregunta No. 2, Entrevista al Partero).

Después del parto, la mujer sigue cumpliendo con sus labores, y es objeto de cuidados, aunque no en la misma medida que en el parto institucional.

7.5.3. Actividades prohibidas en la mujer gestante

Según el partero la mujer en etapa de gestación, debe abstenerse de realizar algunas actividades que podrían perjudicar su parto o complicarlo posteriormente. Estas son:

- "- Tejer o hilar, porque se cree que esto provocaría que el cordón umbilical se anude alrededor del cuello del bebe y lo ahogue. (Relacionan el hilo o la lana con el cordón umbilical).
- "Comprar, antes de tiempo, ropita para el futuro bebe, porque esta muestra de ansiedad haría que los" malo espíritus "le quiten a su niño.
- Salir de la casa a altas horas de la noche porque corre el riesgo de que los "malos espíritus "le roben el alma de la "wawa" y ésta nazca muerta.
- Ver cosas como cadáveres, animales defectuosos o cosas que le provoquen susto, ya que esto afectaría inmediatamente al ser que lleva en el vientre." (Pregunta No. 3, Entrevista al Partero).

La mujer gestante en la cultura aymará tiene limitaciones en las actividades que puede realizar antes del parto, algunas de las cuales se las puede considerar razonables; sin embargo, otras prácticas requieren mayor investigación para conocer su utilidad e identificar y erradicar aquellas prácticas perjudiciales.

7.5.4. La alimentación de la mujer durante el embarazo

En la cultura andina, existe la conciencia de que la mujer gestante debe tener una alimentación mucho mayor a la mujer no embarazada. Por ello, el partero menciona los siguientes cuidados que se toman con las mujeres gestantes:

"Al aproximarse al parto, deberá alimentarse mejor, para ello, la familia se encarga de prepararle potajes tales como caldo de cabeza o gallina, alimentos que le proporcionarán las fuerzas necesarias para resistir la labor de parto. Esta tarea recae principalmente en el esposo, quien deberá también encargarse de la alimentación de los menores hijos, si los hubiera." (Pregunta No. 4, Entrevista al Partero).

Dentro de las costumbres y creencias andinas, la satisfacción de los antojos juega un rol muy importante.

7.5.5. El manteo en la cultura andina

El manteo es una práctica ancestral en la cultura andina, y se la realiza durante los últimos de la gestación. En este aspecto el partero señala lo siguiente:

"Dentro del séptimo mes y la penúltima semana del embarazo, etapa fácilmente reconocible, por la barriga", a la gestante se le practica el famoso (el cernido) o " (el sacudido), que consiste en colocar a la mujer sobre una manta, luego dos personas cogen dicha manta por los extremos y proceden a sacudir suavemente para que la "wawa" se acomode en la matriz y evite las malas posiciones de nalga que puedan complicar el parto. Realizado este acto, se acomoda un ovillo de lana en el borde superior de la matriz y se lo sujeta con una faja, con el objeto de que la

criatura no vuelva a desacomodarse, más al contrario baje -y así ayude al parto." (Pregunta No. 5, Entrevista al Partero).

El manteo se constituye en una especie de control prenatal, a la cual las mujeres y la población de Pucarani le otorgan un gran crédito, incluso mayor al realizado en el Hospital a cargo de médicos, internos y enfermeras, precisamente porque se lo realiza en público y, la mujer embarazada tiene la impresión de que la esta observando todos y le están tocando todos; en contraposición al manteo que se realiza en familia, dentro de un círculo muy reducido.

7.5.6. Preparativos para el parto

Al igual que en el Hospital, antes del parto se realizan determinados preparativos, que en el caso del parto domiciliario no están relacionados con el parto mismo, sino que además de el acondicionamiento de un ambiente calido, se realizan algunos preparativos relacionados con sus creencias, tal como lo describe el partero:

"Cuando comienzan los dolores, toda la familia se reúne para acompañar y ayudar a la gestante en la difícil tarea del parto. Horas antes, llevan a la parturienta a la habitación oscura, la ubican en el suelo sobre unos cueros de oveja y la abrigan con mantas oscuras para darle más calor." (Pregunta No. 6, Entrevista al Partero).

Los preparativos en el parto dentro de la cultura andina no solamente son de tipo médico, sino que además son de tipo cultural y familiar, en la que se observa una amplia participación de las personas allegadas al grupo familiar.

7.5.7. El sahumerio

El sahumerio es una práctica milenaria andina para ahuyentar a los "malos espíritus", antes del parto tiene las siguientes características:

"Se procede a sahumar el cuarto para ahuyentar a los malos espíritus. El sahumerio que se utiliza se prepara con cerdas y excremento de chancho, azúcar y tela de araña. A la madre se le da a beber mates "cálidos" orégano, hojas de zanahoria, trigo tostado, manzanilla, hierbabuena, paico o romero." (Pregunta No. 7, Entrevista al Partero).

Aunque se puede considerar una práctica cuestionable, en la cultura andina el sahumerio tiene un significado místico que se debería respetar en el parto institucionalizado.

7.5.8. Preparativos que se le hacen a la parturienta

Entre los preparativos más curiosos, es el que se le realiza a la parturienta, el cual según el partero es muy necesario, y lo describe de la siguiente manera:

"A la parturienta se le amarra la cabeza con una venda o pañuelo para dar mas fuerza o no le duela la cabeza". (A veces para este fin se utiliza una prenda del esposo). La venda deberá estar acompañada de ruda, también con el propósito de ahuyentar a los malos espíritus." (Pregunta No. 8, Entrevista al Partero).

Existen varios aspectos curiosos en la cultura andina que se deben profundizar hasta que punto son perjudiciales para la mujer en gestación.

7.5.9. Dolores de parto

Cuando se presentan los dolores de parto, se realizan algunas acciones que son descritas, por el partero, en los siguientes términos:

"Conforme los dolores de parto, se presentan más seguidos, los acompañantes prenden cigarros para calentar aún más el ambiente y cierran ventanas y puertas por las cuales podrían entrar "malos vientos". En estos momentos es indispensable la presencia de la madre o suegra de la gestante, así como del esposo (Pregunta No. 9, Entrevista al Partero).

Nuevamente, se observa en el parto curiosas manifestaciones culturales que lo diferencian del parto institucionalizado. En este caso, estas prácticas se pueden considerar incluso perjudiciales porque un ambiente cerrado, puede originar complicaciones en la parturienta.

7.5.10. El parto

En la cultura andina el parto en sí difiere de gran manera de la forma en que se práctica en el Hospital, debido a que en el parto domiciliario se produce una experiencia colectiva – hasta folklórica. Existen diferencias desde la posición de la mujer gestante que se ubica de cuclillas; además que participa la familia de manera activa, tal como se puede apreciar en las respuestas del partero:

"La parturienta se pone en cuclillas y comienza a pujar. El esposo la sujeta, le da la fuerza que necesita y soporta los pellizcos Y manotazos de ella." (Pregunta No. 10, Entrevista al Partero).

También es diferente el trato que se le brinda a la gestante después del parto, ya que en el Hospital, ésta se encuentra media moribunda, por el esfuerzo realizado, mientras que en el parto domiciliario, la mujer gestante todavía debe cumplir otros rituales, como ser:

"Inmediatamente después del parto, para que recupere las fuerzas perdidas, se lo hace tomar caldo de cabeza o gallina. Estos caldos deben ser servidos muy calientes (hirviendo) y con abundante carne y chuño. Asimismo, tomará bastante mate de hierbas "frescas" como flor de nabo, orégano, , llantén, etc." (Pregunta No. 10, Entrevista al Partero).

Al mismo tiempo, los cuidados con el niño son los siguientes:

"Mientras tanto la madre o la suegra de la parturienta, baña y abriga al recién nacido. A continuación le colocan un pedazo de lana negra en su fontanela, llamada

"mollerita" o, para evitar que le entre aire y se resfríe. A la ropita con que se lo viste, se le adiciona ruda para que "no sea mirado con envidia." (Pregunta No. 10, Entrevista al Partero).

Existen diferencias notables en la concepción del parto entre la cultura andina y el parto institucionalizado. Sin embargo, estas prácticas si bien pueden parecer hasta ridículas, en las nuevas tendencias del parto institucionalizado se observa un giro hacia la participación activa del esposo en el parto, aspecto que en la cultura aymará, incluso se profundiza mucho más hasta una participación familiar con tendencia a comunitaria.

7.5.11. La salida de la placenta

La salida de la placenta, también se constituye en otro ritual en el que participa toda la familia de la gestante. El partero lo describe de la siguiente forma:

"Mientras la madre espera la salida de la placenta, la persona que atendió el parto, amarrará un pedazo de hilo torcido en el dedo pulgar del pie que lo llevará hasta la punta del cordón umbilical, el cual será suavemente jalado cuando la mujer sienta los dolores que indican que la placenta está siendo expulsada." (Pregunta No. 11, Entrevista al Partero).

El destino de la placenta, también es otro de los aspectos más curiosos del parto domiciliario, tal como lo describe el partero:

"Una vez que sale la placenta, se la lava minuciosamente y se le pinchan los vasos con agujas para que salga toda la sangre. Esta actividad es realizada por alguna persona voluntaria a quien le retribuyen económicamente, ya que mirar la placenta "produce ceguera". Si la placenta no es bien lavada, los hijos posteriores, nacerán negros y feos. Lavada la placenta, es enterrada en alguna parte de la casa, si es de niña o "warmicha", se la acompaña con pedazos de lana, ollitas de juguete o palos de tejer, "ruranas", y si es de niño o "qharicha" de animalitos de juguete,

"chakitaqlla", algunos centavos, y bosta de vaca." (Pregunta No. 11, Entrevista al Partero).

En es caso de que exista algún problema con la salida de la placenta, el partero describe un método que soluciona este problema:

"Si la placenta se demora en salir, la punta del cordón ligado a ella, se quema con un cigarro. El humo que se desprende, viajará por toda la extensión del cordón umbilical hasta llegar a la placenta, produciendo su desprendimiento." (Pregunta No. 11, Entrevista al Partero).

La placenta en la cultura aymará es objeto de adoración, tiene un significado místico y es conservada con la creencia de que brindará al niño y a la familia protección. Por ello, su conservación es crítica para la parturienta y su familia; lo cual a su vez esto origina un "choque" cultural con los médicos y personal administrativo de Centros de Salud y Hospitales del sistema de salud.

7.5.12. Cuidados toman con el recién nacido

Entre los cuidados que se toman en el parto domiciliario con el recién nacido, se toma en cuenta especialmente los cuidados para prevenir infecciones. Al respecto, el partero señala lo siguiente:

"Para evitar la infección en el recién, nacido, es costumbre aplicar en el muñón del cordón, un insecto llamado "thuta" que abunda en las casas cuando se inician las lluvias. Este insecto, similar a la polilla, desprende un polvillo dorado que produce un efecto anti inflamatorio y cicatrizante de las heridas. Así deberá permanecer por dos días seguidos." (Pregunta No. 12, Entrevista al Partero).

Estas prácticas podrían ser cuestionadas por los médicos convencionales, sin embargo, sería importante que fueran evaluadas de forma científica antes de formarse una opinión definitiva sobre éstas.

7.5.13. Cuidados que se deben tomar con la puérpera

En la cultura andina, la familia y el partero que la asistieron durante el parto, toman mayores cuidados con la puérpera que con el niño. Estas prácticas, las describe el partero de la siguiente manera:

"La puérpera para evitar el sobreparto deberá permanecer en cama sin levantarse, por lo menos quince días, mucho menos deberá tocar agua fría." (Pregunta No. 14, Entrevista al Partero).

La recuperación de la puérpera es acelerada, en opinión del partero, a través de las siguientes acciones:

"Para que la mujer debilitada por el enorme esfuerzo realizado durante el parto, recupere sus fuerzas, sus familiares más cercanos efectúan la ceremonia costumbrista del "unu walthay" o. Este ritual se inicia con la preparación de un amasijo de hierbas medicinales o "retama" entre las que están: flores de, salvia, retama, zapatilla y romero; todo esto se muele en un batán, hasta que se logra una sustancia verde espesa, la que se pone a hervir en una olla de barro, añadiéndose chancaca, alfeñique, hasta que se forma una masa. Este preparado, en ausencia de flores, (en épocas de sequía) se hace con las raíces y tallos de las mismas plantas." (Pregunta No. 14, Entrevista al Partero).

Al tercer día después del parto se produce un importante ritual con la puérpera, que el partero la describe de la siguiente manera:

"La ceremonia del "unu walthay" se mida a los tres días de producido el parto, mientras que la sangre de la matriz se va secando, y se realiza de la siguiente manera: Estando la puérpera desnuda se procede a darle suaves masajes, al mismo

tiempo que se le va untando, las diversas partes del cuerpo inclusive el cuero cabelludo, hasta que quede totalmente cubierta, con la masa caliente antes mencionada. Se comienza por la cara, las manos y se termina en los pies. Dicen que esto se hace para "arreglar los huesos" y que estos vuelvan a su posición normal. Inmediatamente después se procede a envolverla fuertemente, con mantas que fueron calentadas al sol, una sobre otra, cuidando que la mujer tenga las manos pegadas al cuerpo hasta dejarla prácticamente como un fardo. Solamente queda libre la nariz para que pueda respirar. Luego se le da a beber un jarrón de caldo de cabeza, lo más caliente posible, para que transpire copiosamente; así permanece tres a cuatro horas, al cabo de las cuales, se la descubre poco a poco, evitando que se resfríe, y se le seca con trapos limpios." (Pregunta No. 14, Entrevista al Partero).

La puérpera es objeto de cuidados aunque también se realizan estos cuidados en un ambiente "cultural", que sin embargo, garantiza una recuperación rápida de la puérpera para su pronto retorno a la actividad productiva familiar.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. Conclusiones

Actitudes y percepciones culturales respecto al parto

En la investigación se pudo identificar en las mujeres de Pucarani la existencia de actitudes y percepciones de carácter cultural, diferenciadas sustancialmente de las prácticas convencionales del parto, las cuales están relacionadas con en el sistema de la cosmovisión andina, especialmente en las mujeres en estado de gestación respecto al parto.

Estas creencias se inician incluso con el sexo del primer hijo, casi todas las entrevistadas señalaron que en las creencias de su pueblo, trae más suerte una niña, mientras que en menor proporción se menciona a los varones. También existe un porcentaje importante que considera que no tiene una preferencia marcada por el sexo de sus futuros hijos.

El parto en la cultura andina, se encuentra compuesto además del proceso mismo de nacimiento del niño, por numerosas ceremonias y rituales antes y después del parto, en las cuales las mujeres y los familiares participan activamente, entre ellas el sahumerio, la ingesta de bebidas calientes, la salida y tratamiento de la placenta, el cuidado de la gestante, etc, procesos en los cuales se presentan diversas actitudes y percepciones culturales.

También se destaca la creencia en los espíritus, en las cuales se identifican espíritus malos para las mujeres de estas Comunidades, los cuales están asociados al diablo, y durante el parto creen que si se duermen o hacen algo que no comulga con sus creencias y/o costumbres, estos espíritus se pueden llevar a los bebés, o incluso a ellas.

Influencia de las manifestaciones culturales en los servicios de salud respecto al embarazo

Durante la investigación se puso verificar que las actitudes y percepciones culturales en los servicios de salud, respecto al embarazo y el parto inciden en los servicios de salud, debido a que el hecho de que las prácticas de parto convencionales no toman en cuenta ciertas creencias, las mujeres en época de gestación influenciadas por sus padres, familiares y parteros (as), prefieren no asistir al Centro de Saludo o dejar de ir a medida que se producen desencuentros e incluso malos tratos de parte del personal médico, los cuales surgen como consecuencia de los requerimientos que se hace al personal médico, los cuales desconocen y rechazan estas prácticas, en perjuicio de los servicios de salud.

Los cuidados previos al parto se concentran esencialmente en la necesidad de disminuir los esfuerzos y el trabajo de la embarazada. También se toman cuidados especiales respecto a la alimentación que básicamente consiste en tomar mates de diversas hierbas de la zona. Además, se realiza el manteo como una forma de control prenatal junto a la toma de pulso a cargo del

partero. Estas dos prácticas son muy cuestionadas por los médicos, aunque no son entendidas y comprendidas a cabalidad, especialmente en el manteo, debido a que se tiene información falsa sobre la forma de realización del mismo.

Durante los primeros meses de gestación, la mujer embarazada continúa con sus labores domésticas y agrícolas con toda normalidad, trabaja en la chacra ayudando al esposo y a la familia. Conforme avanzan los meses requiere de mayor cuidado y cariño por parte del esposo, quien la irá reemplazando en los quehaceres de la casa, principalmente en el acarreo del agua y la preparación de los alimentos, puesto que cargar bultos pesados o acercarse demasiado a al fogón pueden ocasionar un nacimiento prematuro o daños al feto.

Existen actividades prohibidas para la mujer embarazada, como ser: 1) tejer o hilar, porque se cree que esto provocaría que el cordón umbilical se anude alrededor del cuello del nonato y lo asfixie, 2) comprar, antes de tiempo, porque esta muestra de ansiedad hacia que los "malos espíritus" le quiten a su niño, 3) salir de la casa a altas horas de la noche porque corre el riesgo de que los "malos espíritus" le roben el alma de la "wawa" y ésta nazca muerta y 4) ver cosas desagradables como cadáveres, animales defectuosos o cosas que le provoquen susto, ya que esto afectaría inmediatamente al ser que lleva en el vientre.

Al aproximarse al parto, la embarazada deberá alimentarse mejor, para ello, la familia se encarga de prepararle potajes tales como caldo de cabeza o gallina, alimentos que le proporcionarán las fuerzas necesarias para resistir la labor de parto. Esta tarea recae principalmente en el esposo, quien deberá también encargarse de la alimentación de los hijos, si los hubiera.

En cuanto al manteo, se constituye como un mecanismo de control prenatal, se práctica en el curso del séptimo mes y la penúltima semana del embarazo, etapa fácilmente reconocible, por la barriga", a la gestante se le practica el famoso cernido o sacudido, que consiste en colocar a la mujer sobre tina manta, luego dos ó más personas cogen dicha manta por los extremos y proceden a sacudir suavemente para que la "wawa" se acomode en la matriz y evite las posiciones difíciles (Transversal o podálica) que puedan complicar el parto. Realizado este acto, se acomoda un ovillo de lana en el borde superior de la matriz y se lo sujeta con una faja, con el objeto de que la criatura no vuelva a desacomodarse, más al contrario baje y así ayude al parto. Esta práctica es preferida por las embarazadas y sus familiares, frente al control prenatal, en el cual se encuentran incómodas, observadas por muchas personas, e incluso, lastimadas por los estudiantes de medicina.

Desde el inicio de los síntomas del parto, toda la familia se reúne para acompañar y ayudar a la gestante en la difícil tarea del parto. Horas antes, llevan a la parturienta a la habitación más oscura, la ubican en la cama y en el momento de pujar baja en el suelo sobre unos cueros de oveja y la abrigan con mantas oscuras para darle más calor. Esta experiencia difiere sustancialmente de la práctica convencional, porque en el parto domiciliario, se da un proceso colectivo, una experiencia de grupo, en la cual la mujer gestante es acompañada por sus familiares.

El sahumerio del cuarto en donde se produce el parto, se realiza para ahuyentar a los malos espíritus. El sahumerio que se utiliza se prepara con cerdas y excremento de chancho, azúcar y tela de araña. A la madre se le da a beber mates "cálidos" de hojas de zanahoria, trigo tostado, orégano, hierbabuena, flor de azar, salvia o romero. Esta práctica, si bien no es conocida por los médicos del Centro de Salud, y quizás no sea comprendida

en su esencia, no significa para nada que sea dañina, si es que se la realiza de manera segura para la gestante.

Conforme los dolores de parto, se presentan más seguidos, los acompañantes prenden cigarros para calentar aún más el ambiente y cierran ventanas y puertas por las cuales podrían entrar "malos vientos". En estos momentos es indispensable la presencia de la madre o suegra de la gestante, así como del esposo.

El proceso del parto en sí, requiere que la parturienta se ponga en cuclillas y comienza a pujar. El esposo la sujeta, le da la fuerza que necesita y soporta los pellizcos y manotazos de ella.

El idioma como una barrera cultural. En su generalidad el personal de salud conoce poco o nada del idioma originario, por otro lado, las mujeres que habitan en las laderas del pueblo tienen dificultades en la comprensión del español.

Satisfacción del parto en casa. Las mujeres valoran las experiencias del parto en casa al considerar como positivos la tranquilidad, la confianza y la presencia de los seres queridos que se pueden encontrar en el hogar.

Pudor, vergüenza. La atención del parto por personal masculino provoca que las mujeres sientan miedo o "vergüenza" a quitarse la ropa frente a otros hombres.

Todas estas prácticas inciden en los servicios de salud, de forma negativa, porque al considerar los factores culturales, estos servicios son rechazados por un porcentaje importante de la población de Pucarani, produciendo que la gente no acuda de forma regular al Centro de Salud, y más bien sientan rechazo hacia estos servicios.

Áreas de conflicto cultural

En la investigación se campo se ha Identificado importantes áreas de conflicto cultural que provocan temores, barreras comunicacionales produciendo actitudes reticentes durante la consulta interna y externa en los servicios médicos, puntualizando, el grupo etáreo y procedencia

La comunicación se dificulta ante el desconocimiento del personal médico acerca de las costumbres de los pobladores del área rural andina, en la que se encuentra la población de Pucarani, no obstante que el médico por tener una formación más completa, debería tener la capacidad de mayor entendimiento.

En realidad, es importante señalar que los servicios de salud materno – infantil en el Centro de Salud Pucarani se encuentran mucho mejor que antes desde el punto de vista del profesionalismo del personal de salud, sin embargo, esto ya no es suficiente, porque en los últimos meses la población rural especialmente ha tenido la oportunidad de comprobar, aunque sea a través de noticias, que puede existir mejores niveles de atención a partir de la cooperación de médicos cubanos que atienden con mayor calidez, en parte esta percepción se puede sentir en las respuestas de las entrevistadas cuando se les preguntan si los profesionales del centro de salud respetan sus costumbres.

En cuanto al monitoreo y coordinación entre proveedores y beneficiarios en el control prenatal, parto y puerperio dentro y fuera del Centro de Salud, existen deficiencias, que se encuentran en la parte que se refiere a la atención realizada fuera del Centro del Salud de Pucarani, es decir la coordinación con la población beneficiaria de los servicios de salud del Centro.

Algunas costumbres de la cultura andina pueden considerarse positivas, como es el caso de las actividades que puede o no realizar una mujer embarazada, en algunos casos, el empleo de rituales y prácticas ancestrales, como por ejemplo no tejer, no acercarse al fogón, etc. es incuestionablemente beneficioso para la madre o el niño, en otros simplemente no tendrá ninguna consecuencia perjudicial; en esos casos se los puede seguir manteniendo y propagando sin ningún inconveniente.

En cambio no se puede tener igual actitud con aquellas prácticas que ponen en riesgo la salud de la madre o del feto, como es el caso de colocar un ovillo de lana en el borde superior de la matriz o fajar a la madre antes del parto, ya que esto impide que el nonato se acomode, o se produzca la rotación, la cual es indispensable para el nacimiento del niño. Estas prácticas originaron la presentación anómala del feto, (de hombro, cara, etc.).

En el periodo de parto, es muy importante la posición en la que se desarrolla el nacimiento del bebé. La posición tradicional, en la cultura andina es la de cuclillas, cuya ventaja es que el niño cae por gravedad, evitando así, en la mayoría de los casos, los conocidos desgarros o rupturas de los genitales de la madre, los que sí se producen en buen porcentaje, en los partos en posición ginecológica. Esta práctica tradicional produce mayor confianza en la parturienta, porque se respeta su pudor, ya que no es necesario que se quite sus vestimentas para, la atención de la expulsión, el bebé sale por debajo de las faldas o polleras de la madre.

Pero, no siempre las cosas salen bien en la posición de cuclillas, hay casos en los que se produce la muerte del nuevo ser, sobre todo aquéllos que presentan cordón circular, es decir, que el cordón esté anudado al cuello del bebé, lo que producirá al momento de la expulsión, por acción de la gravedad, mayor presión en el cuello de la criatura que está naciendo; en tal caso, por la incomodidad de la posición, no será fácil que sea asistida por la persona que atiende el parto. En este caso es obvio que la posición

ginecológica es la más indicada porque permitirá sostener la cabeza del bebé y así evitar su salida brusca, lo que dará tiempo para pinzar el cordón y cortarlo, terminando en cuestión de segundos la asfixia del recién nacido. Cabe resaltar que este problema se da uno en cada cien partos.

En cuanto al uso de un cuarto oscuro para la atención del parto, se considera que no es conveniente, porque podría ser que debido a la oscuridad, no sea visible o pase desapercibido algún riesgo que pudiera presentarse para la madre o el niño, como por ejemplo una hemorragia uterina, desgarros perineales o asfixia del recién nacido, etc., Como se sabe esta última es percibida por el color violáceo del cuerpo del niño, lo cual, como es obvio requiere de un ambiente iluminado.

Se pudo evidenciar que en el período del puerperio, se presta más atención a la madre que al recién nacido. Por atender mejor a ella dejan al bebé lejos de su madre, en un rincón del cuarto, lo cual implica para él, un grave riesgo, porque se le expone a fenómenos tales como frío, luz, humedad, aire, ruido, etc. que antes, estando dentro del vientre materno no los percibía, en cambio ahora sí. En la mayoría de los casos los recién nacidos logran equilibrarse, mas cuando los bebés nacen deprimidos, mueren a las pocas horas, sin que la madre o los familiares se percaten del hecho, ya que todos estaban ocupados en atender a la madre.

Con relación a la cicatrización del cordón umbilical se debe indicar que, la manera más apropiada de lograrla es la que indica el médico, es decir, una curación y que al cabo de 6 a 8 días se produzca su caída de forma natural. En cambio el uso de insectos para este fin, según la práctica tradicional, podría ser la causa de casos tales como "onfalitis" (inflamación o infección del cordón umbilical) y si consideramos que éste aún tiene comunicación interna, puede provocar una infección generalizada o sepsis y la consiguiente muerte del recién nacido.

Las costumbres ancestrales de la mujer campesina, tienen aun mucha vigencia, por ello es necesario un mayor esfuerzo para comprender y explicar este modo de ver las cosas sin encasillarnos en una óptica occidentalistas, que lo único que hace es negar todo este bagaje de experiencias, que bien podría ser aplicado en la práctica profesional cotidiana, armonizando la experiencia andina con la medicina moderna para que los resultados que pretendemos conseguir, cuenten con la voluntad de la población hacia la cual va dirigido nuestro esfuerzo: En otras palabras esas prácticas tradicionales no debemos negarlas, si antes no las hemos explorado a profundidad, Y dentro del contexto en el que se realizan.

8.2. RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta las consideraciones precedentes, resulta imperiosa la necesidad de implementar técnicas para la atención del parto, que incorporen las particulares prácticas tradicionales que actualmente se dan en el campo., en vista de que se encontraron varios factores que condicionan el acceso de las parturientas al servicio de salud es importante que el establecimiento inicie una serie de medidas para concientizar a las mujeres sobre los riesgos que corren con el parto en domicilio. Tomando en cuenta lo mencionado se recomienda desarrollar a la brevedad posible las siguientes acciones:

Iniciar con la adecuación cultural de los servicios de salud para salvar las barreras culturales promoviendo el desarrollo de competencias en el personal de salud de primer y segundo nivel de atención (médico general, enfermera y técnica de enfermería) en la atención de parto, con enfoque de Interculturalidad, para lograr esto se sugiere: explicar los procedimientos a la parturienta; evitar la desnudez; permitir el acompañamiento por el esposo o familiar y/o de la partera, la toma de mates, elección de la posición a voluntad durante el trabajo de parto y el expulsivo; devolver la placenta; evitar que la madre pase frío.

- La posición de cuclillas, es una técnica que debiera generalizarse dentro de la práctica profesional cotidiana, contando obviamente, con un ambiente acondicionado y con equipo adecuado creado especialmente para este tipo de atención, el que consistiría básicamente en una tarima lo suficientemente baja, que sustituya a la incómoda camilla ginecológica. Además se tendría que contar con otros implementos para brindar a la parturienta todas las comodidades necesarias.
- Ambiente cálido, para el efecto se emplearían estufas, vaporizaciones, etc. evitando lógicamente el uso de cigarrillos o sahumerios, muy común en el campo, los que impiden la libre oxigenación del ambiente. Así mismo, permitirles la ingesta de mates, con el fin de que se sientan más calientes y reconfortadas. Así mismo para realizar el seguimiento del parto, procurar no descubrir frecuentemente el vientre de la madre, ya que esto provoca el enfriamiento del cuerpo, lo que retrasa según ellas, la expulsión.
- Devolución de la placenta, a efecto de que los familiares procedan a realizar con ella, si así lo desean, los rituales que acostumbran; los cuales como se ha descrito en este trabajo, constituye parte importante de su concepción mitico-religiosa, íntimamente relacionada al futuro del recién nacido.
- Elaborar estrategias para el mejoramiento de la relación entre personal de salud y las usuarias, a través de la formación humana del personal de salud con un enfoque en la adecuación cultural.
- Incorporar a los lideres sociales de la comunidad como los principales nexos entre el servicio de salud y la comunidad, para lograr la captación oportuna de las parturientas; el personal de salud debe trabajar de forma articulada con las diferentes organizaciones de la comunidad (gobierno municipal, organizaciones de base, organizaciones no gubernamentales, instituciones locales, agentes comunitarios de salud, pareja y familia de la gestante) para formar una red activa que promueva la atención prenatal y la atención institucional del parto.
- Mayor información a las mujeres con el objetivo de promover la detección oportuna de complicaciones y riesgos en embarazadas, parturientas y recién

- nacidos; a la vez, generar conciencia sobre la importancia del acceso al servicio durante la maternidad y el parto para una atención segura y riesgo prevenido y controlado,
- Este nuevo enfoque debe ser promocionado a la población de Pucarani y comunidades aledañas por medio de agentes comunitarios de salud y otros entes que coadyuvan con la problemática de la salud tales como profesores y personal de salud.
- Es necesaria también la realización de talleres con las comunidades que permita una Información cabal a la población acerca de las características de los servicios reformulados en la atención del parto en la comunidad de Pucarani.
- También es importante, que en la línea del nuevo enfoque de desarrollo por el que atraviesa el país, el personal de salud, deba necesariamente aprender el idioma aymará y aplicarlo en su vida profesional.
- Lograr que las parteras/os y mujeres de la región conozcan y reconozcan las concepciones las concepciones y prácticas del personal de salud biomédico sobre los problemas durante el embarazo.
- Es importante que las parteras/os y mujeres de la región conozcan los Aspectos o puntos de vista del conocimiento biomédico, ya que existen parámetros útiles para salvar la vida de las mujeres en etapa del embarazo, por lo tanto dichos aspectos tienen que también ser del conocimiento comunitario y de l sistema médico tradicional para que así la práctica vaya mejorando y se establezca un verdadero proceso de comunicación.
- Es importante realizar una educación transformadora no solo en sesiones de capacitación, sino también en todas las actividades de salud, el mayor desafío es lograr el cambio de actitud de personal de salud, hacia los pacientes donde se realizara capacitaciones, seminario taller y reuniones de reflexión al equipo de salud, a la comunidad partera, promotores de salud.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍCAS

ARNOLD, Denise y MURPHY-LAWLESS, Jo: *Hacia un modelo social del parto: debates obstétricos interculturales en el Altiplano Boliviano*, Púb. FADES, La Paz, 2001..

ARNOLD, Denise, YAPITA, Juan de Dios y Otros. *Las wawas del Inka: Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*, Ed. ILDIS – SECOM, La Paz, 2002.

ARNOLD, D., J. MURPHY-LAWLESS y J. D. YAPITA, *Hacia un modelo social del parto. Debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano. Informes de investigación II, Nº 1*, ILCA, La Paz, 2001.

BRADBY, Bárbara y MURPHY-LAWLESS, Jo; *Hacia la reducción de la mortalidad materna en Bolivia: prácticas apropiadas del parto en los sectores formal e informal del cuidado perinatal*, Ed. Milenio, La Paz, 2003.

CANALES, F.H. et. al.; *Manual para el Desarrollo de Personal de Salud*, OPS, E.U.A., 1994.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN, ASESORÍA Y EDUCACIÓN EN SALUD (C.I.A.E.S); Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo productivo, Ed. CIAES, La Paz, 2001.

DICCIONARIO MOSBY; Medicina, *Enfermería, Ciencias de la Salud, Ed. Harcourt*, México, 2000.

HERNÁNDEZ S., Roberto, et. al.; *Metodología de la investigación*, 3ra. Edición, Ed. Mc Graw-Hill, México, 2003.

KITZINGER, Arthur; *La concepción y el parto andinos: una perspectiva sociológica,* Ed. ILDIS, La Paz, 1996.

MARTINEZ, G., 1984. *Los dioses de los cerros en los Andes*, Ed. Jalla, El Alto, 1996.

MÉDICOS DEL MUNDO; *Creencias, Actitudes y Prácticas de las Mujeres de Irupana, en relación al Ciclo Reproductivo*, Ed. Médicos del Mundo – USAID, La Paz, 2003.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES; *Guía para la atención intercultural de la salud materna*, Púb. MSD, La Paz, 2005.

MURPHY-LAWLESS, Andrew; *El Feto Agresivo: Una perspectiva sociológica del parto en la cultura andina*, Ed. La Colmena, Oruro, 1998.

SILVERTON, Michel; *Diferencias entre el parto occidental y el parto aimara*, Ed. CAN, 1993.

SALAZAR-SOLER, C.; *La divinidad de las tinieblas*, Boletín del Instituto Francés de Estudios Andinos, La Paz, 1997.

VERINCOURT, Vince., *Rituales y creencias sobre el parto en los Andes bolivianos*, Ed. L'Harmattan, París, 2000.

X. CRONOGRAMA

								20	06										
ACTIVIDADES																			
	ЛАҮ	<u>′</u> ∩		JUN	IIO	ш	ILIO		ΔΟ	209	STO	SE	PT	IEN	1	00	·TI I	BRI	_
	 VI/\ I		Ĺ	301110		JULIO			AGOSTO			-BRE				33.35.12			
Elaboración Y presentación del																			
perfil de investigación - acción																			
Recolección de datos																			
Aprobación de instrumentos																			
Aplicación de instrumentos																			
Articulación y organización de																			
datos																			
Categorización y codificación de																			
datos																			
Interpretación de los resultados																			
Aprobación de instrumentos																			
Elaboración del Proyecto de																			
Intervención																			
Estructuración del documento final																			
Entrega del documento final																			

XI.

PROYECTO PARA MEJORAR LA ATENCION DE SALUD A LA MUJER GESTANTE SEGUN USOS Y COSTUMBRES DE LA POBLACION DEPUCARANI EN EL PERIODO 2007

1. ANTECEDENTES

Una vez realizada la etapa de investigación acerca de las practicas que realizan las madres del área rural en torno del parto domiciliario y en la atención al interior del hospital se ha identificado que existen dos maneras distintas de ver el parto y los factores que inciden en la elección del parto domiciliario son factores culturales, calidad de servicio

Para el personal de salud la atención del parto, es un hecho biológico, donde la priorización de la atención en el momento del parto, esta dirigida a la mujer. Sin embargo para la población del área rural el embarazo y el parto es un hecho social más que biológico, Esta concepción en las áreas rurales obedece a una manera distinta de ver la vida, influenciada por factores macro estructurales como las condiciones socioeconómicas, y una raíz cultural muy profunda conservada a través de generaciones. Según la investigación las mujeres tienen una gran preferencia por el parto en domicilio con la asistencia del esposo, familiares y la partera, Además consideran que en el hospital sufren mal trato, el personal subestima sus prácticas culturales, no entienden su idioma. Califican como positivo el buen trato, participación del esposo o familiares, parto comunicación fluida y sincera, mates y fricciones para ayudar en el parto, aspectos que solo lo pueden encontrar en el hogar según ellas. A todo esto se suma las condiciones geográficas accidentadas y las grandes distancias que impide el traslado de la parturienta al servicio. En todo esto sobresale el hecho de la subestimación a los riesgos que se pueden presentar en el parto. Por otro lado esta el pánico y rechazo de las mujeres a la cesárea y otros procedimientos médicos que involucra dolor, tanto así que en algunos casos las mujeres, aún con la certeza de ser un embarazo con complicaciones, corren el riesgo y acuden a una partera con el fin de evitar el traslado para una cesárea.

El personal de salud desconoce las concepciones en torno al parto en las áreas rurales y todos los factores que influyen para que la madre sea priorizada en el momento del parto. No son bien comprendidas y aceptadas lo que nos refuerza en la necesidad de dar a conocer estas concepciones y aprender a respetarlas.

En el área rural, el personal de salud esta en contacto con las formas tradicionales de atención en toda su diversidad, no solo en la atención del parto, consideramos importante plasmar el proyecto de intervención en el área rural, ya que se da un ambiente propicio de interrelación constante entre estos dos sistemas de salud El proyecto presenta de un lineamiento que orienta una serie de acciones, para personal de salud en la perspectiva de establecer puentes de relación entre los dos sistemas de salud.

Propuesta de intervención en el municipio de Pucarani pretende solucionar la ausencia de las mujeres en la atención del parto institucional. Se logrará mejorar la atención del parto institucional del Centro de Salud Pucarani desde la visión desde los sistemas de salud, personal biomédico orientando acciones en salud en el marco intercultural y las creencias locales, así como coadyuvar en el establecimiento de espacios de reflexión y diálogo entre la medicina tradicional y la medicina occidental a fin de tener una visión real y revalorizar la medicina tradicional, mismo que fortalecerá de la capacidad de relación participativa y comunitaria institucional en el municipio de Pucarani durante la gestión 2007.

2.1. OBJETIVO GENERAL DE INTERVENCIÓN

Mejorar la atención de salud a la mujer gestante por el personal de salud del área de influencia del C.S. Ayni Pucarani acerca de las ventajas y la necesidad del parto institucional a través de un proceso de información y promoción.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN

OBJETIVO № 1

 Implementar y equipar una sala de parto con orientación humanizada con enfoque intercultural permitiendo la accesibilidad a las mujeres en estado de gestación libre de perjuicios culturales.

El personal de salud biomédico tiene una percepción biologicista del proceso salud-enfermedad. La condición de salud es al contrario un resultado integral de fuerzas o aspectos físicos, psicológicas y sociales. Por tanto es necesario asumir esta concepción integral en las prácticas de asistencia de los equipos de salud en el parto; así mismo asumir los puntos de vista de la comunidad en las formas en las cuales se realiza el parto domiciliario. Este enfoque que puede considerar valido para todas las dimensiones del proceso de salud-enfermedad lo es aún más en el caso de las problemáticas del parto. En este ámbito intervienen elementos multifactoriales ligados a las concepciones culturales, los aspectos psicológicos y sociales .El personal de acuerdo a su formación da mayor importancia a la medicina científica y los procedimientos médicos subvalorando a las prácticas médico tradicionales, de esta manera provocan un clima de desconfianza entre el personal de salud y las mujeres.

Es por esta razón que el personal de salud debe generar un clima de confianza y afecto, con un diálogo fluido y cordial, comprendiendo la naturaleza de sus costumbres y usos, garantizando la presencia de los familiares y un ambiente acogedor, respetando su privacidad y, sobre todo, obedeciendo sus preferencias.

RESULTADOS ESPERADOS

1.1 Sala de parto humanizado en la que se recupere lo mejor de las costumbres y creencias de la cultura andina

Actividades:

- 1.1.1 Rediseño de la sala de parto, que incorpore elementos culturales como la posición de cuclillas, además de la tradicional cama de parto. Incorporación del parto humanizado.
- 1.1.2 Habilitar en la sala de parto un espacio para el sahumerio.
- 1.1.3 Dotarle a la sala de parto humanizado de materiales de construcción que sean más cálidos, además de un material que permita un ambiente acogedor.
- 1.1.4 Habilitar espacios para los acompañantes de la mujer gestante.
- 1.2 Talleres de socialización y sensibilización en concepciones y prácticas de la comunidad en el parto, dirigidos al personal de salud parteros, padres y familiares de las gestantes de la región de Pucarani.

Actividades:

- 1.2.1 Capacitar recursos humanos del Centro de Salud para la asistencia humanizada con adecuación cultural (trípticos, videos, presentaciones, etc.).
 - Es por esta razón que el personal de salud debe generar un clima de confianza y afecto, con un diálogo fluido y cordial, comprendiendo la naturaleza de sus costumbres y usos, garantizando la presencia de los familiares y un ambiente acogedor, respetando su privacidad y, sobre todo, obedeciendo sus preferencias.
- 1.2.2 Realizar un curso de capacitación al personal de salud para mejorar sus conocimientos respecto a la Cosmovisión Andina y el sistema médico tradicional.
- 1.2.3 Realizar la adaptación de las salas de parto, para una atención con pleno respeto a sus derechos y valores culturales.

a las mujeres y esposos respecto al parto, sus complicaciones y sus responsabilidades

De la investigación también se detectó la falta de información de las mujeres respecto a la maternidad, el parto y sus complicaciones, lo que conduce inevitablemente a la subestimación de los riesgos del parto. En esta circunstancia es necesario generar conciencia en las mujeres sobre la importancia del acceso al servicio durante la maternidad y el parto para una atención segura y riesgo prevenido y controlado.

También es necesario involucrar a los esposos para que asuman

el control de la salud de la madre. Es por esta razón, que se

plantea un proceso sistemático de información y educación con

el fin de acabar con la falta de información y mal información.

1.2.4 Realizar actividades de Información, Educación y Comunicación

- 1.2.5. Promover la asistencia al servicio de salud de las parturientas mediante la entrega de premios.(pañales de bebé, ropa, leche, etc.)
- 1.2.6. Realización del cronograma de los talleres.
- 1.2.7. Ejecución de talleres.
- 1.2.8. Realización de informes de talleres, remarcando la importancia de lecciones aprendidas, logros, dificultades y conclusiones.
- 1.2.9. Reglamentación del comportamiento de los familiares durante el parto.

OBJETIVO Nº 2.

 Crear mayor confianza institucional promoviendo un plan de información en la atención de salud.

Como se conoce durante la etapa la investigación las mujeres embarazadas prefieren el parto domiciliario, y además, prefieren al partero o familiar. Además

de las diferencias culturales entre el Centro de Salud y las creencias y costumbres de la Comunidad andina, se observa una gran desconfianza de parte de las mujeres y los familiares a las prácticas del Centro de Salud con respecto al parto.

Por ello, es necesario diseñar una estrategia de promoción de los servicios de salud en la región de Pucarani, respecto al embarazo y el parto, promocionando la incorporación de las prácticas culturales andinas tales como los mates sean permitidos, la posibilidad de acompañantes o familiares en el parto, y la habilitación de un equipo para el parto en posición de cuclillas.

2.1. Elaboración participativa de una guía de comunicación para socializar los problemas del parto.

Actividades:

- 2.1.1. Realizar diálogos comunitarios en la escuela, juntas vecinales y organizaciones de mujeres acerca del parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones, la referencia al servicio y responsabilidades del esposo y los familiares.
- 2.1.2. Difundir por los medios de comunicación social materiales audiovisuales, adecuado culturalmente a la región, sobre el parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones, la referencia al servicio y responsabilidades del esposo y los familiares.
- 2.1.3. Identificación participativa de los contenidos del proceso.
- 2.1.4. Elaborar los mensajes del proceso.
- 2.1.5. Validar el proceso.
- 2.1.6. Evaluar el proceso.

- 2.2. Elaboración de material educativo de manera participativa sobre problemas durante el embarazo con enfoque intercultural, que logre elegir el impacto esperado en las mujeres.
 - 2.2.1. Identificar y analizar el medio educativo apropiado para socializar los problemas del parto humanizado.
 - 2.2.2. Diseñar los objetivos de comunicación conjuntamente con las mujeres.
 - 2.2.3. Decidir el contenido de los mensajes.
 - 2.2.4. Elaborar los materiales educativos según el medio educativo escogido.
 - 2.2.5. Realizar los pres. pruebas de los materiales.
 - 2.2.6. Preparar las versiones finales.
 - 2.2.7. Medir el impacto de los materiales educativos.

2.3 CRONOGRAMA

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
										•		
Rediseño de la sala de parto												
Habilitar en la sala de parto un espacio para la espera de los familiares Dotar a la sala de parto de materiales cálidos.												
Habilitar espacios para acompañantes				-								
Elaborar guías pedagógicas												
Elaboración del cronograma de talleres					•							
Ejecución de talleres												
Realización de informes de talleres												
Reglamentación del comportamiento de familiares							•					
Reuniones de coordinación						_						
Búsqueda de asesoramiento técnico y financiero												
Publicación de resultados de investigaciones												
Identificación participativa de los contenidos del proceso.							ı	_				
Ordenar los contenidos.												
Elaborar los mensajes del proceso.												
Validar el proceso.												
Evaluar el proceso									-			
Análisis de medios												
Objetivos de comunicación										_		
Contenido de mensajes										_		
Elaboración de material										-		
Realización de prepruebas												-
Preparación de versión final												_
Impacto de materiales educativos											•	

XII. ANEXOS

ANEXO A: GUÍA DE ENTREVISTAS A MADRES

COMUNIDAD:	NOMBRE:
EDAD: GRAD	O DE INSTRUCCIÓN:
ESTADO CIVIL:	RELIGIÓN:
I. EMBARAZO	
1 ¿Donde fue tu primer part Si es domicilio porque r	
2 ¿Sabes la importancia de	hacer control prenatal?
3 ¿Cuantos controles te har	n hecho en el hospital?
4 ¿Cuéntame como te han ł ¿Quién te atendió?	necho tus controles prenatales en el hospital?
5 ¿Quien prefieres que te a	atienda medico o partero? ¿Por qué?

6 ¿Cuantas veces se ven con el partero antes del parto?
7¿Que hace el partero en estas visitas?
8 ¿Te has hecho hacer manteos o masajes durante tu embarazo? ¿Por qué?
9 ¿Conoces algún problema durante el embarazo como Complicaciones en el embarazo o malos espíritus? ¿Cuales son?
II. PARTO 1¿Como sabes que inicia tu parto?
2 ¿A quien Ilamo para ayudarle en su parto . Hospital Familiar Partero? ¿PORQUE?
 3 ¿Que hizo esta persona antes del parto '? Se lavo las manos Le dio alguna preparación o hierva Que cosa Porque

4 ¿Cuéntame la forma que te hacen enfermar en hospital, partero o familiar?
5 ¿Te sientes cómoda cuando te atienden en HospitalPartero Familiar? ¿PORQUE?
6 ¿Que hizo la persona con la wawa inmediatamente: lo lavo, como se vistió al recién nacido, como corto y amarro el cordón umbilical?
7 ¿Ayudo a que salga la placenta? ¿Como?
 que hizo con la placenta Cree que eso es importante
8 ¿Dará luz en el mismo lugar la próxima vez SI NO
¿Por qué?
9 ¿Después del parto hay algunos cuidados que debes tener?
- Cuales son - Por cuanto tiempo

III. PROFESIONALISMO

1. ¿Recibes un buen	trato de los médic	os y personal de opera	ativo en el Hospital?
SI NO PORQUE			
2 ; Respetan tus cos	tumbres v tu cultur	a cuando acudes al H	osnital?
SI NO PORQUE	tumbres y tu cultur	a dundo adduce al Fr	οσριται:
3. ¿Te han lastimado SI NO PORQUE	en el Hospital los	médicos o el personal	, al hacer el control?
4. ¿Te has sentido di	scriminada?		
SI NO			
De quien	MEDICO	ENFERMERA	OTRO

IV. TRANSPORTE

1. ¿D	esde tu co	omunidad hasta el Hospital, hay una gran distancia?
	SI	NO
	¿Cuanto	?
2. ¿E	n que me	dio vas al Hospital para tu control prenatal bicicleta, movilidad a pie?

ANEXO B

ENTREVISTAS REALIZADAS A LAS MUJERES















CONTROL PRENATAL REALIZADA EN EL CENTRO DE SALUD





SALA DE PARTO



ATENCION DE PARTO EN SERVICIO







