

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA,
NUTRICIÓN
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES QUE
INFLUYEN EN LA ELECCIÓN DEL PARTO
DOMICILIARIO EN MUJERES GESTANTES DEL
CENTRO DE SALUD DE MURUHUTA EN LA RED 13 DEL
DEPARTAMENTO DE LA PAZ - GESTIÓN 2020**

POSTULANTE: Dra. Jeaneth Mendoza Paco

TUTOR: Dr. M. Sc. Jhemis Molina Gutierrez

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Pública mención
Epidemiología**

La Paz - Bolivia
2022

DEDICATORIA

*A mis Padres por el apoyo incondicional
que me brindan todos los días,
a toda mi familia que está siempre conmigo
por sus consejos, apoyo y amor.*

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme durante toda mi vida, a mi familia por su comprensión, su apoyo y por motivarme a seguir adelante.

A los docentes de la unidad de postgrado de Salud Pública de la Universidad Mayor de San Andrés por sus enseñanzas y colaboración en la realización de este trabajo.

A todos quienes fueron parte de este proceso.

¡Muchas Gracias!

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
DEDICATORIA	pág. i
AGRADECIMIENTO	pág. ii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	pág. iii
ÍNDICE DE FIGURAS	pág. vii
ÍNDICE DE CUADROS	pág. viii
ACRÓNIMOS.....	pág. xi
RESUMEN.....	pág. xii
ABSTRACT.....	pág. xiii
I. INTRODUCCIÓN	pág. 1
II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	pág. 3
2.1. Antecedentes	pág. 3
2.2. Justificación	pág. 5
III. MARCO TEÓRICO	pág. 7
3.1. Definición de Parto.....	pág. 7
3.2. El parto según la medicina occidental	pág. 7
3.3. Tipos de Parto.....	pág. 9
3.3.1. Parto institucional.....	pág. 9
3.3.2. Parto domiciliario	pág. 9
3.3.2.1. Aspectos del parto domiciliario	pág. 10
3.4. Manejo del Trabajo de Parto y Atención del Parto.....	pág. 11
3.4.1. Aspectos históricos	pág. 11
3.4.2. Trabajo de parto.....	pág. 12

3.4.3.	Manejo del trabajo de parto	pág. 13
3.4.3.1.	Diagnóstico del trabajo de parto	pág. 13
3.4.3.2.	Evaluación Materno-Fetal al Ingreso en Trabajo de Parto	pág. 15
3.4.3.3.	Evaluación Materno-Fetal Durante el Trabajo de Parto	pág. 17
3.4.4.	Complicaciones Durante el Parto	pág. 18
3.5.	Factores que influyen en la decisión del parto domiciliario.	pág. 18
3.5.1.	Factor personal:	pág. 18
3.5.2.	Factores culturales:.....	pág. 19
3.5.3.	Factor Social:.....	pág. 20
3.5.4.	Factor Educativo:.....	pág. 21
3.5.5.	Factor económico:	pág. 21
3.5.6.	Factor Institucional:.....	pág. 22
3.5.7.	Factores Socioculturales	pág. 23
3.6.	El Parto según la Medicina Tradicional	pág. 26
3.7.	Concepción de la salud.....	pág. 28
3.7.1.	Creencias y Costumbres.....	pág. 28
3.7.2.	Cultura	pág. 30
3.8.	Concepción del Parto Domiciliario.....	pág. 30
3.8.1.	La Atención del Parto en el Domicilio.....	pág. 30
3.8.2.	La Atención durante el Alumbramiento de la Placenta	pág. 31
3.8.2.1.	Manejo de la Placenta	pág. 32
3.8.3.	Cuidados Post Parto en el Domicilio	pág. 33
3.9.	MARCO TEÓRICO SITUACIONAL	pág. 34
3.9.1.	Área de Estudio	pág. 34

3.9.2.	Ubicación Geográfica.....	pág. 34
3.9.3.	Datos históricos	pág. 34
3.9.4.	Accidentes geográficos importantes:.....	pág. 35
3.9.5.	Asentamiento Humano:.....	pág. 35
3.9.6.	Idioma:	pág. 35
3.9.7.	Transporte:	pág. 36
3.9.8.	Vías de comunicación:	pág. 36
3.9.9.	Medicina tradicional:	pág. 36
3.9.10.	Aspectos culturales (tradiciones, creencias, festividades):.....	pág. 36
3.9.11.	Sistema de Salud:.....	pág. 36
3.9.12.	Isócronas:	pág. 37
3.9.13.	Demografía:	pág. 38
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	pág. 39
4.1.	Pregunta de Investigación	pág. 39
4.2.	Revisión Bibliográfica:	pág. 40
V.	OBJETIVOS	pág. 43
5.1.	Objetivo General	pág. 43
5.2.	Objetivos Específicos.....	pág. 43
VI.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	pág. 44
6.1.	Unidad de Observación.....	pág. 44
6.2.	Universo.....	pág. 44
6.3.	Muestreo	pág. 45
6.4.	Muestra	pág. 45
6.4.1.	Criterios de Inclusión	pág. 45

6.4.2. Criterios de Exclusión	pág. 45
6.5. Operacionalización de Variables	pág. 46
6.6. Técnicas e Instrumentos	pág. 48
6.6.1. Método.....	pág. 48
VII. RESULTADOS.....	pág. 50
7.1. Resultados de los objetivos específicos.	pág. 50
7.2. Resultados del objetivo general.	pág. 56
VIII. DISCUSIÓN	pág. 60
IX. CONCLUSIONES	pág. 63
X. RECOMENDACIONES	pág. 65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág. 67
ANEXOS.....	pág. 74
Anexo 1. Encuesta.....	pág. 74
Anexo 2. Cuadros de resultados.	pág. 77
Anexo 3. Imágenes del lugar de estudio	pág. 86
Anexo 4. Imágenes de respaldo.....	pág. 87
Anexo 5. Hoja de información a las participantes sobre la investigación. ...	pág. 89
Anexo 6. Consentimiento informado para las participantes.	pág. 90
Anexo 6. Solicitud de autorización para revisión de historias clínicas de las mujeres gestantes.....	pág. 91

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura N° 1. Comunidades del área de influencia del Centro de Salud de Muruhuta del Departamento de La Paz Gestión 2020.....	pág. 37
Figura N° 2. Isócrona de las áreas de influencia del Centro de Salud de Muruhuta de la Red 13 del Departamento de La Paz - Gestión 2020	pág. 38

ÍNDICE DE CUADROS

	Página
CUADRO N° 1: Población del área de influencia del Centro de Salud de Muruhuta del Departamento de La Paz - Gestión 2020	pág. 38
CUADRO N° 2: Operacionalización de Variables.....	pág. 46
CUADRO N° 3: Características demográficas de las gestantes con parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....	pág. 50
CUADRO N° 4: Características obstétricas de las gestantes con parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....	pág. 52
CUADRO N° 5: Aspectos del parto de las gestantes con parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020	pág. 54
CUADRO N° 6: Características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario, en las mujeres que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....	pág. 56
CUADRO N° 7: Distribución por grupos de edades de las gestantes con parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....	pág. 77
CUADRO N° 8: Estado Civil de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....	pág. 77
CUADRO N° 9: Distancia de acceso al centro de salud para las Mujeres gestantes con parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020	pág. 78
CUADRO N° 10: Número de hijos de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....	pág. 78

CUADRO N° 11: Antecedentes de aborto de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020	pág. 79
CUADRO N° 12: Control prenatal de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....	pág. 79
CUADRO N° 13: Disposición final de la placenta de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020	pág. 80
CUADRO N° 14: Conocimiento de riesgos y complicaciones sobre el parto domiciliario de las Mujeres gestantes, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020	pág. 80
CUADRO N° 15: Lugar del último parto de las mujeres gestantes, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....	pág. 81
CUADRO N° 16: Personal que atendió el parto domiciliario de las mujeres gestantes, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....	pág. 81
CUADRO N° 17: Grado de instrucción de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020	pág. 82
CUADRO N° 18: Ocupación de las Mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....	pág. 82
CUADRO N° 19: Percepción de maltrato y discriminación durante el parto domiciliario de las mujeres gestantes, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020	pág. 83
CUADRO N° 20: Consumo de mates por parte de las Mujeres gestantes durante su parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020	pág. 83

CUADRO N° 21: Importancia de la compañía de la pareja durante el parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....pág. 84

CUADRO N° 22: Pudor de las Mujeres gestantes durante el parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020pág. 84

CUADRO N° 23: Influencia de familiares en la decisión del parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020pág. 85

CUADRO N° 24: Falta de información de las Mujeres gestantes sobre el parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.....pág. 85

ACRÓNIMOS

MM: Mortalidad Materna

INE: Instituto Nacional de Estadística

C.S.: Centro de Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

ENDSA: Encuesta Nacional de Demografía y Salud

EPP: Embarazo, parto y puerperio

CU: Contracciones uterinas

RN: Recién Nacido

SAM: Síndrome de Aspiración Meconial

LA: Líquido amniótico

LCF: Latido cardiaco fetal

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario en las mujeres gestantes del Centro de Salud de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.

METODOLOGÍA: La investigación aplica una metodología cuantitativa, prospectiva y observacional que permitió recolectar datos de 18 mujeres gestantes mediante la técnica de la encuesta.

RESULTADOS: Un 77.78% son menores de 25 años, el 72.22% llegó al nivel secundario, el 44.44% no pudo asistir a sus controles prenatales. Las principales características socioculturales que influyen en la elección del Parto domiciliario fueron el pudor, vergüenza 77.77%, cambio a un ambiente desconocido de su entorno familiar, distancia de las comunidades al centro de salud, motivos por los cuales fue necesario realizar esta investigación. El 72.22% no tiene conocimiento sobre los riesgos y complicaciones del parto domiciliario, el 83.33% cree que la compañía de su pareja durante el parto es importante, son influenciados por sus familiares y el 55.56% indican que se debe a la falta de información.

CONCLUSIONES: El lugar del parto genera experiencias positivas vividas durante el proceso del trabajo de parto, las actitudes de apoyo, protección y atención en el momento del parto por la pareja o los familiares son recordadas como eventos llenos de satisfacción, por el contrario, en un ambiente donde se restringe el acceso de los familiares con la sensación de abandono, falta de apoyo, que repercuten en un próximo parto con preferencia domiciliario.

Se recomienda la aplicación de estrategias por parte del personal de Salud orientadas a sensibilizar a las mujeres embarazadas mediante las actividades de promoción sobre la importancia de los controles prenatales y la atención del parto institucional con enfoque intercultural.

Palabras clave: Características, parto, domiciliario, socioculturales.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the sociocultural characteristics that influence the choice of home birth in pregnant women at the Muruhuta Health Center in Network 13 of the Department of La Paz during the 2020 administration.

METHODOLOGY: The research applies a quantitative, prospective and observational methodology that allowed the collection of data from 18 pregnant women through the survey technique.

RESULTS: 77.78% are under 25 years old, 72.22% reached the secondary level, 44.44% could not attend their prenatal check-ups. The main sociocultural factors that influence the choice of home birth were modesty, shame 77.77%, change to an unknown environment of their family environment, distance from the communities to the health center, reasons why it was necessary to carry out this investigation. 72.22% do not have knowledge about the risks and complications of home birth, 83.33% believe that the company of their partner during childbirth is important, they are influenced by their relatives and 55.56% indicate that it should be to the lack of information.

CONCLUSIONS: The place of birth generates positive experiences during the labor process, attitudes of support, protection and care at the time of delivery by the partner or family members are remembered as events full of satisfaction, on the contrary, in an environment where the access of family members is restricted with the feeling of abandonment, lack of support, which has repercussions in an upcoming delivery, preferably at home.

The application of strategies by health personnel aimed at raising awareness among pregnant women through promotional activities on the importance of prenatal check-ups and institutional delivery care with an intercultural approach is recommended.

KEYWORDS: Complications, home childbirth, factors sociocultural

I. INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de mujeres de las zonas rurales practican la medicina popular debido a sus tradiciones y porque la medicina occidental se fundamenta en teorías científicas donde hay una excesiva importancia asignada a los modelos terapéuticos. En el caso del parto y del alumbramiento, las mujeres dan mayor importancia a sus tradiciones y creencias inculcadas de generación en generación, las técnicas quirúrgicas que podrían realizarse en los hospitales, pasan a ser remplazadas por la experiencia de las llamadas parteras de la comunidad, esta forma de alumbramiento se ha mantenido desde épocas ancestrales y están arraigadas en las costumbres indígenas (1).

Estas estrategias, están orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional. Sin embargo, existe un elevado porcentaje de muertes maternas ocurridas durante la atención del parto en el domicilio, cuya atención fue dada por algún familiar o alguien de la comunidad, en estas circunstancias el personal de salud tiene muy poca participación. En algunos países, la mortalidad materna ha disminuido lentamente, sin embargo, aún se notifican partos domiciliarios. Las razones para preferir el parto en el domicilio están relacionadas con características culturales, económicos, geográficos. Entre las características culturales están las costumbres que prevalecen en las comunidades y familias (1).

“La maternidad en Bolivia es un problema crítico que refleja la pobreza de un País en desarrollo con características pluriculturales y multiétnicas, cuyas consecuencias afectan a las mujeres en general y con matices de mayor vulnerabilidad a la mujer rural e indígena a través de la marginación étnica, violando discriminadamente el derecho a la salud y a la vida de la mujer indígena”. El mejorar las condiciones de la maternidad en las poblaciones rurales del País sigue siendo un desafío pendiente para el sistema de salud pública y otras organizaciones que trabajan en el área. La falta de políticas de salud dirigidas hacia las poblaciones indígenas contribuye a agudizar la crítica situación

de la maternidad en esas poblaciones. En Bolivia, el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo, parto o post-parto es muy alto. Cada año aproximadamente 623 mujeres mueren por consecuencias de complicaciones durante el embarazo parto y post parto (2).

Según los resultados de la ENDSA, se redujo la razón de mortalidad materna de 390 a 160 muertes por 100.000 nacidos vivos registrados de 1994 a 2011 (3).

Desde el comienzo de la historia del ser humano, las mujeres tenían a sus hijos de forma fisiológica en sus domicilios, muchas veces acompañadas por parteras, pero sus partos vaginales estaban muy lejanos a los nacimientos contemporáneos invadidos por las intervenciones médicas en el desarrollo de la medicalización a nivel global (4).

Es por eso que un parto domiciliario hasta un siglo atrás era considerado normal por la sociedad, sin embargo, hoy en día dicha práctica es una problemática de Salud pública y se viene trabajando arduamente para institucionalizar el parto, así como en muchos otros Países (2).

Según estimaciones de la OMS a nivel mundial las muertes maternas son el resultado de complicaciones durante el embarazo, parto y el puerperio. A Nivel internacional se estima que las características relacionadas con la mortalidad materna son el lugar del parto, decisiones de la parturienta y familia sobre dónde acudir en caso de complicaciones durante su embarazo, parto o puerperio (5).

El mejorar las condiciones de la maternidad en las poblaciones rurales del País continúa siendo un desafío pendiente para el sistema de salud y organizaciones que trabajan en el área. El propósito de este trabajo de investigación es determinar las características socioculturales que influyen en la elección por el parto domiciliario en las mujeres gestantes del área de influencia del Centro de Salud de Muruhuta de la Red de Salud 13 de la Provincia Loayza de La Paz, para luego proponer una Estrategia de Intervención para incidir en la preferencia por el parto institucional y mejorar las condiciones de la atención de la salud materna.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. Antecedentes

A nivel internacional tenemos la siguiente información:

El parto domiciliario es una práctica que está desigualmente distribuida a lo largo del mundo. Desde 1930, con la institucionalización del nacimiento, la opción del parto domiciliario en la mayoría de los países desarrollados desapareció. El sistema de atención obstétrica en Holanda, donde todavía más del 30% de las mujeres dan a luz en casa es excepcional. En este país, como también en Inglaterra, los partos domiciliarios son una opción dentro del Sistema de Seguridad social, es decir que su atención está subvencionada (3).

La mortalidad materna cada día es más alta. Según la Organización Mundial de la Salud en el mundo mueren aproximadamente 800 mujeres gestantes por complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. Durante el año 2010 murieron 287.000 mujeres gestantes (5).

La mayoría de las muertes se producen en Países de bajos recursos económicos y población indígena, lo más preocupante es que estas muertes, se pueden prevenir por medio de programas de salud pública encaminados a la promoción y prevención (5).

En el año 2.000 la Organización de las Naciones Unidas propuso ocho objetivos encaminados a luchar contra el hambre, la pobreza, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer, por ello, el quinto objetivo es mejorar la salud materna (6).

A partir de ésa fecha, los países han venido aplicando programas para promover la reducción de las muertes maternas evitando partos domiciliarios, sin embargo, a la fecha la mortalidad solo ha disminuido en un 3,1% al año, cifra que está lejos de la reducción del 5,5% anual necesaria para alcanzar el objetivo (5).

A nivel Nacional, se encuentra la siguiente información:

Un problema importante de salud pública es el alto índice de mortalidad materna. Se estima que, por cada 100.000 nacidos vivos, 185 mujeres pierden la vida por una causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio (6).

La mayoría de esas muertes ocurre antes de los 30 años de edad, el 70 % de estos decesos sucede en los Departamentos de La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y Potosí, sobre todo en los Municipios rurales, la mayor cantidad aproximadamente un 53 % de las muertes maternas ocurren en domicilio en los casos en que no llegan a ser atendidos por personal capacitado, siendo las causas directas principales las hemorragias, las infecciones y la toxemia gravídica (7).

En nuestro país para la atención de la gestación coexiste la atención profesional y empírica. Para el parto coexisten la atención domiciliaria y la institucional. Esta realidad se ve reflejada en la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 2000, que sin mostrar diferencias importantes con relación a la Encuesta Nacional de Demografía en Salud 1992, confirma que 42% de nacimientos ocurren en domicilios. En cuanto al agente responsable de la atención, 59% de los partos fueron atendidos por un profesional de la salud (36% por médicos generales, 19% por obstetras y 4% por enfermeras), 21% de los partos fueron atendidos por parteras y 18% por familiares (8).

Estos datos siguen reflejando las grandes diferencias existentes en el comportamiento de las mujeres con relación a la atención de la gestación y parto. La gran mayoría de mujeres de las zonas rurales practican la medicina tradicional debido a sus tradiciones y porque la medicina occidental se fundamenta en teorías científicas donde hay una excesiva importancia asignada a los modelos terapéuticos (8).

En el caso del parto y del alumbramiento, las mujeres en el área rural dan mayor importancia a sus tradiciones y creencias inculcadas de generación en

generación, las técnicas quirúrgicas que podrían realizarse en los hospitales, pasan a ser reemplazadas por la experiencia de las llamadas parteras de la comunidad, esta forma de alumbramiento se ha mantenido desde épocas ancestrales y están arraigadas en las costumbres indígenas (8).

El domicilio es el lugar, espacio o sitio, donde se lleva a cabo el fenómeno de la decisión del parto en casa y donde las parejas desean que ocurra el nacimiento de su niño/a. En este espacio familiar se guardan y se elaboran experiencias y se busca la relación entre las prácticas destinadas a resolver una situación y las creencias que dan sentido a los hechos, al tiempo que es el lugar en el que transcurre la vida cotidiana, en que los miembros de la familia de la unidad familiar pueden controlar sus propios actos y su propia vida (2).

De acuerdo a la etnicidad de la embarazada se puede mencionar los siguientes aspectos: concepción de la decisión del parto en el domicilio, la razón de ser de la costumbre, el predominio de la cultura, la conveniencia de estar en casa, el entierro de la placenta, ventajas económicas del parto domiciliario y el valor de la mujer (2).

2.2. Justificación

La muerte de una mujer por causas derivadas del embarazo, parto o puerperio, es fiel reflejo del grado de desarrollo de un País. Por lo tanto, debe ser motivo de preocupación el hecho de que la gran mayoría de las muertes que ocurren pueden ser evitadas y por el rol fundamental de la mujer en la familia y la comunidad, las consecuencias de esta repercuten en general en toda la sociedad.

En nuestro País, aunque la Mortalidad Materna (MM), va en descenso, continúa siendo una de las más altas de la región. Es importante mencionar que la MM se da durante el embarazo 22%, parto 25%, y puerperio 59%. La distribución de la MM en el territorio nacional está asociada a factores de pobreza, lo cual tiene

relación directa con el acceso y la calidad de la atención prenatal, la baja cobertura institucional del parto y la baja cobertura en la atención del puerperio.

Las defunciones de mujeres embarazadas están presentes prácticamente en todo el territorio nacional, aunque en el 2010 solamente el 50% de los establecimientos de salud notificaron y el 52% en 2011. Representa un problema nacional, pero que afecta más a mujeres de grupos sociales excluidos de las ciudades, periferia y área rural. Por contexto, los Departamentos altiplánicos son los más afectados (7).

Es muy importante conocer los factores socioculturales que están relacionados con el parto domiciliario que condicionan a que las mujeres gestantes no asistan al parto institucional en el Centro de Salud de Muruhuta, para lograr superar estas barreras que desmotivan a las gestantes y su familia a acudir a la atención del Parto en el Centro de Salud (6).

Es importante realizar esta investigación para mejorar las coberturas del parto institucional a través de la comprensión y atención con una concepción cultural de las gestantes disminuyendo la brecha que las mujeres gestantes perciben respecto al parto institucional.

El presente trabajo es novedoso porque es el primer trabajo de investigación que se realizó en las comunidades del área de influencia del sector de Muruhuta, siendo un desafío conocer las razones que tienen las mujeres gestantes por preferir el parto domiciliario. De esta manera se logrará mejorar la situación de la salud Materna y neonatal elevando los indicadores de atención de parto institucional con un enfoque intercultural.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Definición de Parto

Conjunto de fenómenos fisiológicos (activos y pasivos) cuyo objeto es la expulsión de un feto con un peso mayor de 500 gr a través de los genitales femeninos (9).

El parto a término se produce entre las 37 y 41 semanas completas de amenorrea, el parto pos término se produce entre la semana 42 o más (9).

3.2. El parto según la medicina occidental

"Los orígenes de la medicina occidental se remontan a la cultura babilónica, hebrea y la helénica que luego se enriquece con la árabe, llegando a Europa vía la península Ibérica. Es allí donde "judíos, moros y cristianos" consolidan los principios básicos de la medicina científica; luego son los franceses quienes fundamentan la diferencia entre el pensamiento empírico y el científico (8).

De todo lo vertido anteriormente podemos mencionar que la medicina occidental no es producto de una cultura ni de un pueblo determinado, sino es el producto de un largo proceso histórico en los países del ámbito occidental. Los profesionales en salud trabajan en base a la ciencia occidental, valorada como la medicina avanzada y compleja, a la vanguardia de los adelantos tecnológicos, producto de la modernización: "la ciencia moderna occidental es un hecho histórico social y cultural, no se trata de un producto objetivo y neutral hoy dominante y hegemónico en el mundo" (10).

Sin embargo, la medicina occidental ha individualizado el parto, no se permite el acompañamiento, y además ha especializado su atención (solo puede atender el médico y el personal de salud), ha generado modalidades y espacios específicos para su atención (hospitales, centros de atención especializado). Su infraestructura está compuesta por ambientes que dividen los espacios para

ciertas especialidades, incluidas las salas de parto donde, muchas veces, no se posibilita la privacidad de la parturienta (8).

La medicina occidental divide el proceso fisiológico de dar a luz en tres etapas:

Primera etapa o período de dilatación: Va desde el inicio del parto hasta que la dilatación del cuello uterino es completa (10 cm.). Durante esta etapa se debe vigilar las características de las contracciones uterinas y la reacción del corazón ante las mismas, con la finalidad de detectar cualquier anomalía sugestiva de sufrimiento fetal (10).

Durante el parto se producen cambios muy importantes en el cuello uterino: el borramiento y la dilatación del mismo. En la primípara el borramiento del cuello o acortamiento del conducto cervical es previo al inicio de la dilatación. En las multíparas el borramiento y la dilatación son simultáneas (10).

La dilatación se mide en cm. y al principio es lenta; cuando alcanza los 5 cm. su velocidad de dilatación aumenta. Cuando se alcanza los 10 cm. se dice que la dilatación es completa o suficiente para el paso del feto. Al mismo tiempo que se producen los cambios del cuello uterino, el feto se adapta al canal del parto, rota en su interior y desciende, para finalmente, en el periodo expulsivo, salir al exterior (8).

Segunda etapa o periodo expulsivo: Comienza en el momento en que la dilatación es completa, es decir, permite el paso del feto a través suyo. Durante el mismo, el feto debe completar el descenso, rotación y amoldamiento de la cabeza al canal del parto. Primero se desprende la cabeza, luego los hombros y finalmente la pelvis. Las fuerzas que participan son las contracciones uterinas y la contracción voluntaria de los músculos abdominales que intentan expulsar el contenido uterino (10).

Tercera etapa o periodo de alumbramiento: Durante el alumbramiento se produce el desprendimiento de la placenta y las membranas del saco amniótico, el tiempo considerado como normal es de 10 a 30 minutos (10).

3.3. Tipos de Parto

3.3.1. Parto institucional

Se denomina parto institucional a aquel parto realizado en el servicio de salud o fuera de este, atendido por personal de salud. No incluye el parto domiciliario atendido por partera, aunque haya sido capacitada por el personal de salud (9).

3.3.2. Parto domiciliario

Es una práctica bastante extendida en el mundo; es aquel que se produce en la casa o el domicilio. Las mujeres priorizan la comodidad y la intimidad de dar a luz en sus propias casas. Para el presente estudio, se considera parto domiciliario a aquel que ocurre en el domicilio y es asistido por una persona ajena al establecimiento de salud (algún familiar, vecino o partera) (9).

En las comunidades, toda la familia colabora en el parto, tanto en las tareas de preparación de las aguas, adecuación del lugar del parto, limpieza. En el proceso del parto asiste generalmente el esposo, la suegra, la mamá y algún otro familiar de confianza. El ambiente de familiaridad, están pendientes de la labor de parto y ésta perspectiva se convierte en un hecho social que involucra el saber tradicional de la comunidad y las prácticas terapéuticas de la comunidad (8).

Es el lugar, espacio o sitio familiar donde las parejas desean que nazca su hijo, donde se acumulan y elaboran experiencias, buscando las prácticas y creencias que dan sentido a los hechos, lugar donde está el diario vivir y que controlan sus propios actos y su propia vida. Un lugar de respeto, libertad y autonomía, la mujer decide sobre sus acciones. Un lugar sagrado donde el dolor y el gozo se unen para dar la bienvenida a la nueva vida y sus características serán las de un lugar limpio, tranquilo, sin ruidos, lleno de buenos olores y de personas con un buen estado de humor (9).

3.3.2.1. Aspectos del parto domiciliario

Para una mayor comprensión del parto domiciliario es necesario tomar en cuenta seis aspectos que son: (11)

a) Información sobre el proceso:

Las mujeres deben ser informadas de manera estricta y de una manera adecuada sobre las características del cuidado que van a recibir, así como de los beneficios y riesgos (11).

b) Atención del parto en el domicilio:

Es el parto atendido por una comadrona o por una persona que ha sido capacitada y que es ajena al servicio (11).

c) Condiciones para el parto domiciliario:

Es necesario que se cumplan las siguientes condiciones para que el parto se lleve a cabo en el domicilio: (8).

- El parto debe ser atendido por una comadrona o por una persona debidamente capacitada.
- Estas personas capacitadas, deben estar organizadas dentro del sistema de salud.
- En el momento de seleccionar a las mujeres que van a tener su parto en el domicilio, se debe tomar con mucha seriedad y responsabilidad las condiciones que favorezca un parto espontáneo.
- A las embarazadas se les debe informar de forma adecuada y de una manera completa, sobre riesgos y beneficios
- Se debe manejar el plan de emergencia familiar, en caso de algún traslado a nivel hospitalario (8).

d) Seguridad en el parto domiciliario:

Se tiene que considerar si está planificado o no, si es atendido por personas capacitadas, si las embarazadas son de alto riesgo, o de bajo riesgo (8).

e) El rol del padre en el parto:

Forma parte en la decisión, donde se va a llevar a cabo el parto, tomando en cuenta sus propios valores, creencias, prácticas, tradiciones y mitos (11).

f) Labor de la familia en la decisión del parto domiciliario:

La familia desempeña una labor importante, en la decisión del parto en el domicilio, y son receptoras de creencias y valores (8).

3.4. Manejo del Trabajo de Parto y Atención del Parto

3.4.1. Aspectos históricos

Al comienzo de la humanidad el parto se producía de modo espontáneo, con la atención del padre, familia o la misma mujer. En el año 6000A.C, algunas mujeres adquieren mayor experiencia en el arte de ayudar en el nacimiento, originando unos de los oficios más antiguos de la humanidad, el de comadrona (12).

La primera descripción de un parto normal fue hecha por Hipócrates (460-377 A.C.), en su libro Naturaleza del Niño. Hipócrates tenía la teoría de que el feto adoptaba la presentación cefálica, debido a que el peso de la parte superior del cuerpo, desde el ombligo a la cabeza, era mayor que el peso de la parte inferior, desde el ombligo a los pies y que la rotura espontánea de las membranas ovulares se producía porque el feto hacía movimientos de sus manos o pies para romperlas. Además, postuló que el trabajo de parto se producía cuando el feto extendía sus piernas y se propulsaba a si mismo fuera del útero (12).

Más tarde Soranos (138-98 A.C.), célebre médico griego, describe que el parto debiese ser atendido por una comadrona y sus ayudantes, que el trabajo de parto debía realizarse en una cama y que durante el período expulsivo se pasaba a la

silla de parto, la comadrona se colocaba delante de los muslos de la embarazada y un ayudante se colocaba cerca de la cabeza para disminuir la ansiedad, otra ejercía presión a nivel del fondo uterino y una tercera protegía el ano para evitar que se lesionara (12).

La mayoría de los informes antiguos señalan que casi todos los partos eran atendidos por mujeres y que este arte era enseñado de una mujer a otra. El hombre se inicia en este oficio durante el presente siglo, cuando se estudia el mecanismo del parto y se desarrollan las bases de la obstetricia dentro de la medicina, atendiendo sólo los casos complicados que no podían ser atendidos por las comadronas (13).

Los embarazos de mayor riesgo o en caso de complicaciones son atendidos por el ginecólogo obstetra. Existe, además, dentro de la ginecología y obstetricia, una subespecialidad denominada Medicina Materno Fetal, encargada de la vigilancia de embarazos especialmente complejos (ya sea por patología materna o fetal). La profesionalización en la atención del parto ha permitido reducir el riesgo de muerte y enfermedad de la madre y el recién nacido (13).

3.4.2. Trabajo de parto

El trabajo de parto corresponde al proceso fisiológico, mediado por las contracciones uterinas, que conduce al parto. Este comienza con las primeras contracciones uterinas perceptibles, y finaliza con la expulsión de la placenta. Durante el trabajo de parto se logra la expulsión del feto y de la placenta desde la cavidad uterina. Para lograr esto, el trabajo de parto requiere de contracciones uterinas rítmicas, intensas y prolongadas, de manera que se produzca el borramiento, la dilatación del cuello y el descenso del feto (13).

Desde una perspectiva clínica, el trabajo de parto se divide en tres etapas: dilatación, expulsión y alumbramiento, cada una de ellas deben ser conocidas para poder detectar anomalías durante el trabajo de parto (12).

3.4.3. Manejo del trabajo de parto

Corresponde a la serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, efectuados por el médico o la matrona, para la adecuada vigilancia del proceso de parto, desde el ingreso a la maternidad, hasta el momento del traslado al puerperio. Se incluyen los siguientes aspectos: (14)

- Diagnóstico del trabajo de parto
- Evaluación materno-fetal al ingreso en trabajo de parto
- Indicaciones de preparación para el pre-parto
- Evaluación materno-fetal durante el trabajo de parto
- Procedimientos en el pre-parto.
- Traslado a sala de parto (14).

3.4.3.1. Diagnóstico del trabajo de parto

La identificación del inicio del trabajo de parto es un desafío importante dentro de la práctica obstétrica; una interpretación errónea puede aumentar la ansiedad de la madre al pensar que el proceso es muy prolongado, y por otro lado, pueden ocurrir complicaciones que ponen en peligro el bienestar tanto materno como fetal, en caso de que no se haga el diagnóstico de modo oportuno (15).

1) Anamnesis: Los siguientes son signos de inicio del trabajo de parto (15).

- a) **Contracciones uterinas (“dinámica uterina”) regulares:** Se pide a la paciente cuantificar sus contracciones uterinas: cuánto tiempo lleva con contracciones y qué intervalo hay entre una y otra contracción. En general se instruye a las pacientes para consultar cuando lleven una hora con contracciones cada 5 minutos (16).
- b) **Expulsión del tapón mucoso:** Se percibe como la eliminación de un material gelatinoso, ocasionalmente hemático, por los genitales. Entre la eliminación del tapón mucoso y el parto pueden pasar un par de horas y hasta dos semanas. No todas las mujeres notan la expulsión del tapón mucoso, y

la expulsión de este no se correlaciona necesariamente con el inicio del trabajo de parto (16).

- c) Expulsión de líquido amniótico (rotura de membranas):** Pérdida incontenible de abundante líquido por los genitales, el cual es cristalino (como agua) y con leve olor a cloro (16).

2) Examen físico

- a) Evaluación manual de las contracciones uterinas:** Poner la mano en el abdomen y cuantificar el número de contracciones en 10 minutos. Pueden evaluarse con un monitor automático, pero este no evalúa la intensidad de las contracciones, sólo su frecuencia. El monitor es un transductor de presión sobre la pared abdominal, por lo tanto, mientras más apretado está, las contracciones se grafican más grandes (14).
- b) Tacto vaginal:** Para evaluar las características del cuello (dilatación, borramiento, posición y consistencia) y del polo fetal (descenso y variedad de posición) (14).

3) Criterios Diagnósticos: El diagnóstico del inicio del Trabajo de Parto se hace cuando la gestante presenta contracciones uterinas asociadas a modificaciones cervicales que cumplan los siguientes criterios (11).

- a) Contracciones uterinas (CU):** Rítmicas, con una frecuencia ≥ 2 en 10 minutos y cada una de 30-60 segundos de duración (11).
- b) Modificaciones cervicales:** Borramiento $> 80\%$ y dilatación cervical ≥ 2 cm.

La embarazada en trabajo de parto presenta contracciones uterinas dolorosas que pueden ser variables en cuanto a intensidad, duración y frecuencia, pero que se caracterizan por: intervalos regulares entre las contracciones, acortamiento en el intervalo entre contracciones y aumento progresivo en la intensidad de las contracciones. Varias horas antes de iniciar el trabajo de parto, en algunos casos, ocurre la expulsión de abundante moco espeso, con o sin

sangre, que es el llamado “tapón mucoso cervical” y que se debe a la expulsión del moco que está en el canal del cervical; la expulsión del tapón mucoso es producida por los cambios cervicales previos al trabajo de parto. Es importante diferenciar la expulsión del tapón mucoso con la rotura de membranas, en la que el líquido que sale por los genitales externos es abundante, fluído, transparente y con olor característico a “cloro”. La expulsión del tapón mucoso no necesariamente indica un inicio de trabajo de parto inminente (8).

Se debe tener en cuenta que, durante los últimos meses del embarazo, la mujer presenta contracciones uterinas de intensidad variable que pueden ser confundidas con el trabajo de parto. Estas contracciones producen el descenso de la presentación, la formación del segmento uterino inferior y las modificaciones cervicales iniciales (reblandecimiento del cuello). Cerca del término, las contracciones son más intensas y frecuentes y pueden hacer pensar que se está iniciando un trabajo de parto; sin embargo, estas contracciones, no producen ni un descenso marcado de la presentación, ni progreso de la dilatación (8).

En ocasiones las pacientes se presentan en la maternidad con contracciones uterinas persistentes, pero que no constituyen el trabajo de parto (8).

3.4.3.2. Evaluación Materno-Fetal al Ingreso en Trabajo de Parto

Al momento del ingreso de la mujer en trabajo de parto, debemos verificar el bienestar materno y fetal y diagnosticar si se trata de una paciente de bajo riesgo (embarazo fisiológico) o de alto riesgo (patología materna o fetal). Para ello es necesario revisar la ficha de control prenatal y utilizar la anamnesis, el examen físico y eventualmente algunas pruebas diagnósticas (17).

1) Diagnósticos de ingreso

- Paridad (fórmula obstétrica) con vía de parto y edad gestacional de cada embarazo previo (17).

- La edad gestacional siempre debe consignarse dentro de los diagnósticos de ingreso, así como el trabajo de parto (eventualmente la fase en que se encuentra)
- Evaluación de riesgo materno y perinatal. Si es de alto riesgo se debe dejar por escrito las causas que la hacen estar en esa categoría de riesgo.
- Examen físico general y obstétrico
- Evaluación del bienestar fetal
- Auscultar los LCF (estetoscopio de Pinard o ultrasonido)
- Estimación clínica del peso fetal y de LA.
- Maniobras de Leopold: situación, presentación y posición (17).

2) Indicaciones de preparación para el pre-parto

La evaluación diagnóstica al momento del ingreso en trabajo de parto, permite decidir la vía de parto. Si según sus antecedentes es necesaria una operación cesárea (presentación podálica), la paciente será trasladada para la cesárea (18).

Si de acuerdo a sus antecedentes la mujer es candidata al parto vaginal, se indicará el traslado al parto. Es ideal que el traslado a parto se haga en fase activa (cuello 100% borrado y dilatación > 3 cm); si la paciente ingresa en trabajo de parto, pero aún no está en fase activa y presenta dolor moderado, se recomienda deambular un par de horas y reevaluar su situación (18).

En la ficha clínica se registrarán las indicaciones médicas, entre las que es necesario destacar las siguientes: (18)

- a) **Deambulación:** Durante toda la fase de dilatación es posible la deambulación. Se describe que el dolor de las contracciones uterinas es mejor tolerado en posición erecta que en decúbito y que el período de dilatación puede acortarse levemente con la deambulación (19).
- b) **Reposo:** Si la mujer lo prefiere, puede permanecer en cama durante esta fase; si ese es el caso, la posición materna en la cama debe ser decúbito lateral o semisentada. El decúbito supino en general se asocia a compresión

de la vena cava (por el útero), lo que origina hipotensión supina, náuseas, vómitos y bradicardia fetal (19).

- c) Alimentación:** Las náuseas y vómitos son frecuentes durante el trabajo de parto, y el vaciamiento gástrico es lento en las embarazadas, aumentando el riesgo de aspiración de contenido gástrico. Por este motivo la alimentación debe restringirse durante el trabajo de parto. Sólo se permite la ingesta de líquidos y en escaso volumen (19).
- d) Enema rectal:** La mejor evidencia actualmente disponible muestra que un enema rectal de rutina no disminuye el riesgo de morbilidad neonatal o de infecciones de la episiotomía. Sin embargo, para la paciente y para el doctor resulta cómodo el evitar la salida de deposiciones durante el parto (asociado al pujo), especialmente en mujeres con historia de constipación. Si la paciente y/o el médico lo estiman conveniente, se indicará un enema rectal de bajo volumen (20).
- e) Preparación pubo-perineal:** Se indicará un aseo del área genital con agua. Se ha demostrado que el rasurado del área pubo-perineal no reduce el riesgo de infecciones de la episiotomía, de modo que no es una indicación rutinaria. Es preciso evaluar caso a caso, y especialmente en mujeres con mucho vello perineal, el corte de vello púbico (no rasurado) es una opción razonable (20).

3.4.3.3. Evaluación Materno-Fetal Durante el Trabajo de Parto

Según la OMS durante el parto y el nacimiento, el bienestar materno tanto físico como emocional debe ser regularmente evaluado. Esto implica tomar temperatura, pulso y tensión arterial, vigilar la ingesta de líquidos y diuresis, la evaluación del dolor y la necesidad de apoyo. La monitorización ha de ser mantenida durante todo el proceso del parto y nacimiento (21).

De modo regular durante el trabajo de parto se vigilará la salud y condición materna y fetal. La mujer se encontrará deambulando o en su cama, y será controlada a intervalos regulares (21).

La evaluación del bienestar materno a su vez incluye prestar atención a su privacidad, respetando su elección de acompañantes y evitando la presencia de personas (21).

3.4.4. Complicaciones Durante el Parto

Las complicaciones del parto ocurren generalmente durante el alumbramiento y requieren la intervención del obstetra. Estos pueden ser:

La no progresión del parto o contracciones prolongadas sin dilatación cervical se trata generalmente con prostaglandinas en gel tópico cervical o con oxitocina intravenosa. Cuando estas medidas son ineficaces, es necesario practicar una cesárea, el acceso de la mujer embarazada al diagnóstico temprano, manejo clínico adecuado de las complicaciones y referencia oportuna es importante para la prevención de la mortalidad materna, perinatal y neonatal (22).

El sufrimiento fetal es la aparición de signos que indican el deterioro del feto como son la disminución del ritmo cardiaco fetal y la falta de coordinación con las contracciones uterinas. Para ello se monitoriza a la madre con una tococardiografía fetal. La aparición de meconio también es otro signo de sufrimiento fetal (22).

La no progresión de la expulsión fetal una vez asomada la cabeza del feto por falta de contracciones uterinas, requiere la intervención obstétrica como la extracción con fórceps o cesárea (22).

3.5. Factores que influyen en la decisión del parto domiciliario.

3.5.1. Factor personal:

- a) **Edad:** Cronológica: Tiempo transcurrido, desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona. Biológica: Es el estado funcional de nuestros órganos comparados con patrones estándar para una edad, tomando en cuenta los cambios físicos y biológicos que se van produciendo en las estructuras celulares, de tejidos, órganos y sistemas (23).

- b) Nivel Educativo:** Cada una de las etapas que forman la educación de un individuo tomando como base un promedio de edad determinada. El cual al finalizar se le otorga un certificado de acreditación del nivel que se está cursando (24).
- c) Estado Civil:** Es la situación en que se encuentra la persona, dentro de la sociedad, en relación con los diferentes derechos o facultades y obligaciones o deberes que le atañen. Toda persona jurídica individual tiene un estado civil, comprendiendo como tal a la relación que guarda ésta con la familia (soltero, casado, divorciado, viudo, padre, hijo, abuelo) (25).
- d) Embarazo no deseado:** Es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales adecuados y la ineffectividad o no administración de métodos de emergencia posteriores al coito que prevengan un posible embarazo (26).
- e) Antecedentes de parto domiciliario:** Se refiere a partos que se ha llevado a cabo con anterioridad y anticipación a otras, que normalmente pueden servir para juzgar situaciones o acontecimientos posteriores o bien para comparar hechos pasados con hechos presentes y futuros (17).
- f) Procedencia:** Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva. Puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de una persona (27).

3.5.2. Factores culturales:

La concepción de la decisión del parto en el domicilio es cuando se evalúa la satisfacción por lo que han vivido sobre el parto, la mayoría de mujeres que deciden tener parto en el domicilio, sienten que se cumple sus expectativas, por el control que pueden ejercer y por la atención que reciben. La razón de ser de la costumbre es cuando encuentran el sustento, consejos de la madre, del esposo, la suegra y la comadrona como apoyo emocional (28).

Los ritos que dicta la tradición son los siguientes: tener brasas o un fogón cerca del lugar de parto. Ingerir bebidas agradables o medicinales que se prepara

hirviendo o echando en agua muy caliente. Tener acceso a los mates antes y después del parto, ya que se considera necesario mantener el calor, para la madre y el niño, evitando que entre frío en la matriz y se considera también que el cuerpo del recién nacido está abierto. El baño es inmediatamente al recién nacido, ya que se les pega la sangre o la cera. Si a la parturienta se le siente la cabeza fría, al tomar un mate caliente en menos de media hora nace el bebé. Los familiares, empiezan a preparar el caldo de gallina para que después del parto ingiera éste alimento y también sus mates calientes preparadas a base de hierbas (28).

El predominio de la cultura se va transmitiendo de generación en generación la atención del parto en el domicilio y porque la mayoría de las mujeres tienen su parto en la casa y esto se da por su cultura y tradición (28).

La conveniencia de estar en casa, la valorización que se le da al acompañamiento de sus familiares, no lo encontrarían en otro lugar, se sienten muy bien en sus casas con toda la comodidad de poder comer y beber lo que la costumbre y tradición les dicta (29).

El entierro de la placenta: La tradición dicta que debe enterrarse, dándole un significado especial al lugar. La creencia es que tiene que ver con el futuro del recién nacido, las personas responsables de realizar este acto, debe ser el esposo, la comadrona, la madre, la suegra o algún familiar cercano. La consideran sagrada, ya que le dio vida al niño durante el proceso del embarazo (28).

3.5.3. Factor Social:

Dentro del entorno social se puede remarcar la valentía de la mujer al decidir quedarse en casa para dar a luz. El embarazo y el parto son propios de la mujer y es muy normal, pudiendo manejarlo en casa, sin mayor intervención de otras personas, solamente la intervención de la comadrona y de los familiares. El dominio y la fortaleza son aspectos que deben resaltar y resistir a los dolores del

parto y tienen que estar asociados a un sentimiento de autonomía, de valor y de decisión. Se tiene la idea que una buena mujer, se sacrifica y sufre por su familia. Las mujeres reciben de su alrededor la confianza en su capacidad de dar a luz en su casa, de lo contrario, las señalan de que son débiles y motivo de vergüenza ante los vecinos (28).

En la sociedad maya, las mujeres están subordinadas a la autoridad paterna y están bajo el control social de las familias de sus esposos. En las decisiones de la salud reproductiva de la mujer, el hombre es quién tiene la última decisión (30).

3.5.4. Factor Educativo:

La educación e información que se brinda a las gestantes, influye sobre sus creencias y percepciones sobre el parto y finalmente en su decisión sobre el lugar de atención del mismo. El bajo nivel educativo tanto del padre como de la madre puede explicar en parte, el desconocimiento de derechos y entre ellos se menciona la atención del estado durante la gestación, el parto, puerperio y del recién nacido. La atención humanizada, el buen trato, prioridad en la atención, derecho a no ser maltratada. El nivel de educación de las mujeres indígenas ha sido inferior a la de los hombres, son triplemente excluidas, dándole prioridad al trabajo doméstico (31).

3.5.5. Factor económico:

El parto domiciliario representa ventajas económicas, ya que la comadrona no impone una tarifa, sino es voluntario lo que se le da. En las comunidades lejanas y de difícil acceso, es más económico que los partos sean en casa. Algunas mujeres que acuden al hospital, una vez que son evaluadas son regresadas a sus casas indicándoles que aún falta para el parto, horas después dan a luz en sus casas y el costo del transporte fue en vano (28).

3.5.6. Factor Institucional:

La decisión de elegir el parto en casa en gran medida se debe a la percepción negativa sobre los servicios de salud, la insatisfacción en la relación interpersonal, maltrato verbal, abuso, humillación, miedo de lo que pueda pasar (32).

Otro factor importante es la atención recibida, las gestantes miden de forma continua y espontánea la satisfacción de atención, es decir en qué medida el personal de salud soluciona sus problemas y así provocar en las gestantes un sentimiento de satisfacción o insatisfacción, todo esto se encuentra en el desempeño del personal de salud (33).

Las embarazadas que inician su control tardíamente, entran dentro de la clasificación de alto riesgo, porque muchas veces no se puede determinar la fecha última de menstruación por lo que no se tendrá claridad de la fecha probable de parto. No se tendrá una identificación oportuna, tampoco un manejo adecuado de los factores de riesgo obstétrico ni el seguimiento de parámetros básicos como la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y un manejo oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna y perinatal (34).

El inadecuado número de controles prenatales se ha evaluado por medio del número de consultas prenatales recibidas durante el embarazo, por la edad gestacional en que recibió la primera visita prenatal y la duración del embarazo. Al tener un inadecuado control prenatal, es un problema actual de gran importancia, ya que son numerosos los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos la madre y el feto. Se ha demostrado que las medidas efectuadas en el control prenatal, reduce la mortalidad del neonato, incrementando el peso al nacer y disminuyen los productos pre términos (35).

Las visitas domiciliarias representan un modelo de entrega de servicios que puede ser utilizado para proporcionar diversos tipos de intervenciones a familias

con un integrante gestante y se estructura de forma que se le da continuidad a la relación proveedor y el participante, vinculando las prácticas a los resultados esperados (36).

Por último, la capacidad resolutoria de los establecimientos al enfrentar las complicaciones obstétricas con el fin de orientar la toma de decisiones, ejecución de acciones oportunas dirigidas a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, fetal y neonatal (37).

3.5.7. Factores Socioculturales

Se utiliza el término sociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo, que un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma. Es decir, cada persona se encuentra rodeada por una cultura o forma de pensar y actuar de la misma, con una identidad cultural (38).

Los factores o determinantes sociales nos llevan a comprender el proceso salud enfermedad que para algunos representan los factores de riesgo de la epidemiología clásica, las condiciones sociales en que vive una persona influyen de sobremanera en su estado de salud (38). Factores como:

- **La educación:** También determina las oportunidades de empleo, los ingresos familiares y la participación en los programas de protección social. Además, estos factores influyen mucho en la accesibilidad a los servicios de salud, de manera que no es sorprendente que las familias con menos educación tengan menor acceso a la salud (34).
- **Acceso a servicios:** La atención médica y sanitaria, en sus aspectos de promoción, prevención y recuperación de la salud, control y tratamiento de la enfermedad en una población son determinantes del estado de salud en dicha población. En particular, el acceso económico, geográfico y cultural a los

servicios de salud, la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de salud, el alcance de sus actividades de proyección comunitaria y la intensidad de ejercicio de las funciones esenciales de salud pública son ejemplos de determinantes de la salud (34).

- **La pobreza:** Las personas y grupos sociales que están más abajo en la escala social, poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente (34).
- **Nivel de ingresos:** Se ha demostrado que las mejoras en los ingresos y la educación guardan una relación cada vez más favorable con la salud (34).
- **La ocupación:** También es pertinente para la salud, no solo por la exposición a riesgos específicos en el lugar de trabajo, sino también porque sitúa a las personas en la jerarquía social. Los datos estadísticos de salud revelan la influencia de este tipo de variable en las desigualdades de salud en los distintos niveles de agrupación (24).
- **Origen étnico:** La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud. Dado que no es fácil conseguir datos desglosados por raza o grupo étnico, las pruebas actualizadas y empíricas sobre las consecuencias de la discriminación racial o étnica son limitadas (24).

Constituyen factores determinantes el conjunto de valores sociales aplicados por una determinada sociedad y las políticas públicas inequitativas son factores de fundamental importancia en la conformación de las desigualdades sociales. Las desventajas sociales pueden manifestarse en forma absoluta o relativa, la tendencia es a concentrarse en los mismos grupos sociales (38).

Los factores sociales de la salud se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, como educación, edad, ocupación y discriminación influyen en el estado de salud de la población y determinan la desigualdad de las condiciones de vida, no siendo éstos resultado de la libre elección de las personas (38).

Está ampliamente demostrado que los factores sociales, como el nivel de educación, la situación laboral, el nivel de ingresos, el sexo y el origen étnico, tienen una clara influencia en la salud de una persona. En todos los países, ya sean de ingresos bajos, medios o altos, existen grandes diferencias en cuanto al estado de salud entre los distintos grupos sociales. Cuanto más bajo es el nivel socioeconómico de una persona, mayor es el riesgo a enfermar (39).

La salud de la gestante y el del feto son especialmente sensibles a las condiciones en las cuales transcurre el embarazo. Las condiciones sociales y culturales de la familia y de la madre son factores a tener en cuenta, el lugar que ocupa la madre en la sociedad, el nivel socioeconómico de la familia y las determinantes como el desarrollo social, económico y tecnológico de su País de origen (39).

Hoy más que nunca la salud ocupa un lugar prioritario en la agenda de desarrollo internacional, y las inequidades en materia de salud surgidas dentro de cada país y entre ellos constituye la principal preocupación de la comunidad mundial. Se presenta una oportunidad para mejorar la salud de las comunidades más pobres y vulnerables del mundo si se opta por enfoques que aborden las causas reales de los problemas de salud (39).

La causa más determinante reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, conocida como factores sociales determinantes de la salud o determinantes sociales de la salud. Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que la mayor parte de la morbilidad son debidos a los determinantes sociales. La comprensión de los factores sociales o culturales que originan los conocimientos de las actitudes y prácticas de las personas en el mantenimiento y restauración de la salud, son primordiales (37).

El desafío de la salud pública es traducir la información sociocultural en una información práctica para promover el bienestar de los individuos y comunidades indígenas. Las actividades han estado dirigidas a apoyar la formulación y puesta

en práctica de políticas y estrategias integradas en el desarrollo de los sistemas de salud tendientes al logro del acceso equitativo para los pueblos indígenas, dentro del contexto de la reforma sectorial (37).

Los factores culturales.

El nivel cultural de la persona o de un pueblo favorece, en principio, la capacidad de adquirir hábitos saludables, distinguir lo saludable de lo nocivo, educarse para consumir desde la moderación y criterio razonable, solidarizarse con los necesitados. Los valores sirven para orientar la vida de la persona y adquieren importancia en la aceptación de la enfermedad y del dolor; y en considerar a la salud como parte del código de valores de la persona (39).

Todas las culturas tienen diferentes costumbres, creencias y tradiciones y de ahí se desprenden los hábitos particulares de cada persona, como son sus prácticas y conocimientos adquiridos empíricamente al momento del proceso de salud enfermedad, por lo que estos tienen mucha influencia en cada comunidad, generando brechas para el acceso a las instituciones de salud (39).

3.6. El Parto según la Medicina Tradicional

“La medicina tradicional nace y se desarrolla mediante los procesos históricos de la humanidad y de la vulnerabilidad de ésta ante los sucesos naturales. En sus inicios el ser humano busca la posibilidad de superar sus dolencias acudiendo a los recursos naturales del entorno, sumados a los atributos místicos y religiosos del hombre con lo sobrenatural. La curación se puede generar con intervención mágica a través de plantas medicinales que actúan en realidad como catalizadores psicotrópicos, mejorando la percepción de la propia conciencia, la subconsciencia y el inconsciente” (40).

La manifestación cultural originaria (andino-amazónica) en el campo del cuidado de la salud constituye una de las más valiosas expresiones de la resistencia férrea del espíritu de los pueblos. El espíritu de la medicina tradicional está en el

principio de la unidad vital del hombre con las divinidades, la naturaleza y la comunidad (40).

En Bolivia la medicina tradicional es una alternativa importante para gran parte de la población de nuestro País y más que todo en las zonas rurales donde las comunidades suelen utilizar con mucha frecuencia su propio sistema de salud, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos (40).

En las culturas andinas el parto se considera a través de un sistema conceptual en base a una cosmovisión de la relación entre el cielo y la tierra, la fertilidad, la vida y la producción (2).

El núcleo de esta cosmovisión, la cual tiene muchas otras ramificaciones míticas y prácticas, nos concierne, porque evoca una manera de pensar sobre la madre durante el proceso de parto. Es crucial que ella se encuentre en posición vertical durante el parto ya que los líquidos natales y el bebé deben nacer en dirección a la tierra. Los fluidos natales, el bebé y la placenta se recogen en un cuero de llama negra (en la actualidad, generalmente en cuero de oveja dado que la oveja está reemplazando a los rebaños tradicionales), que se forra con telas y se coloca en el suelo debajo de la madre. A la propia madre parturienta se la considera como la tierra o pacha mama, la cual es particularmente prominente en las culturas bolivianas andinas. Se la debe cuidar y cobijar, como el sol calienta la tierra, para que pueda procrear de nuevo. La ropa que utiliza durante el parto se considera, por analogía, como la abundante cobertura de cultivos sobre la tierra durante el tiempo de cosecha. Los fluidos natales y la placenta deben ser enterrados bajo la tierra, en la casa, que simboliza la transmisión ancestral por línea materna (2).

3.7. Concepción de la salud

En la Conceptualización de la OMS, se define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas, y refleja un concepto más holístico de la salud (41).

Los pueblos indígenas tienen un concepto similar de la salud, pues el bienestar es la armonía entre los individuos, las comunidades y el universo. Los sistemas curativos tradicionales y la atención biomédica occidental coexisten en todas las regiones del mundo, pero los sistemas tradicionales tienen una función particularmente vital en las estrategias curativas de los pueblos indígenas (40).

Cada cultura desarrolla métodos para enfrentar la enfermedad, pero cabe recalcar que las poblaciones indígenas recurren a los sistemas tradicionales el cual no piensa solo en su bienestar si no también con el entorno que los rodea. Según las estimaciones de la OMS, al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria (41).

3.7.1. Creencias y Costumbres

Una creencia es el estado de la mente en el que un individuo considera como verdadero el conocimiento o la experiencia que tiene acerca de un suceso o un hecho. Puede considerarse que una creencia es un paradigma que se basa en la fe, ya que no existe demostración absoluta, fundamento racional y/o justificación empírica que lo compruebe (42).

La conformación de una creencia nace desde el interior de una persona (se desarrolla a partir de las propias convicciones y los valores morales), aunque también es influenciada por factores externos y el entorno social ej. La presión familiar, los grupos dominantes, etc. Las creencias están relacionadas con el

ambiente donde vive que se van generando con influencia de otras personas, la creencia es un paradigma donde no existe fundamentación (42).

Se conoce como costumbres a todas aquellas acciones, prácticas y actividades que son parte de la tradición de una comunidad o sociedad y que están profundamente relacionadas con su identidad, con su carácter único y con su historia. Las costumbres de una sociedad son esenciales y se repiten con exactitud en otra comunidad, aunque la cercanía territorial puede hacer que algunos elementos sean similares (43).

Las costumbres son hábitos de una comunidad que las distinguen de otras estas se van transmitiendo de una generación a otra con el objetivo de mantener su origen convirtiéndose estas en tradiciones. En casi todos los Países, los conocimientos y creencias tienen una influencia muy grande sobre las costumbres y tradiciones, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud; un ejemplo es suministrar a las mujeres alimentos abundantes en energía durante los primeros meses y después del parto, son prácticas tradicionales (43).

Cada cultura interpreta y da significado a su propia existencia y al mundo que la rodea, pensando y organizando la realidad de una manera determinada. La maternidad, se ve revestida de valores culturales, sociales y afectivos. Las creencias, mitos y tabúes alrededor de la maternidad muchas veces se conjugan en la figura de la partera, en quien se deposita gran parte de la responsabilidad para el cuidado de la reproducción biológica y sociocultural (43).

La comprensión de las costumbres, creencias y acciones asociadas a la reproducción, embarazo, nacimiento y crianza de los niños (as), es el primer paso para integrar esta práctica en esquemas alternativos de atención, cuyo objetivo sea la eliminación paulatina de los riesgos asociados a una maternidad en condiciones de desigualdad y marginación, y representa al mismo tiempo, la oportunidad de crear un modelo de atención por parteras capacitadas (42).

3.7.2. Cultura

La cultura es el conjunto de rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado. El término cultura engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias. A través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de sí mismo, cuestiona sus realizaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden. Conservar las tradiciones de una comunidad o de un País significa practicar las costumbres, hábitos, formas de ser y modos de comportamiento de las personas (11).

3.8. Concepción del Parto Domiciliario

En las culturas andinas el parto se considera a través de un sistema conceptual en base a una cosmovisión de la relación entre el cielo y la tierra, la fertilidad, la vida y la producción (44).

A la propia madre se la debe cuidar y cobijar, la cantidad de ropa que utiliza durante el parto se considera, por analogía como la abundante cobertura de cultivos sobre la tierra durante el tiempo de cosecha. Los fluidos natales y la placenta deben ser enterrados bajo la tierra, en la casa, que simboliza la transmisión ancestral por línea materna (44).

El parto domiciliario se da en algunas culturas donde las prácticas ancestrales tienen relación no solo con la salud de la persona si no también una armonía con el entorno que les rodea, rechazando de esta manera las instituciones de salud, como alternativa para la atención del parto (44).

3.8.1. La Atención del Parto en el Domicilio

La atención durante el parto obedece a tres principios: debe proporcionar "fuerza" a la mujer; todo debe transcurrir de manera silenciosa y calmada para no "asustarla"; después del nacimiento se la debe mantener en estado consciente y

no dejar que se duerma o se "desmayer". Las mujeres temen que el dolor de cabeza sufrido durante el trabajo de parto les haga perder fuerzas y el sentido; se sugiere que la oscuridad es la antesala a la muerte y sin fuerzas no se puede volver a la claridad, es decir, a la vida (45).

Cuando los dolores del parto empiezan, se calienta una habitación, normalmente la cocina, poniendo al fogón ollas de agua, a veces quemando incienso y/o plantas aromáticas. Por lo general, los familiares preparan hierbas medicinales para la mujer y ella bebe media o una taza entera de este mate caliente (45).

A menudo el marido le da un masaje y cuando el bebé está a punto de nacer la sostiene "para darle fuerza"; puede también realizarle un manteo, si es que el bebé se encuentra "pegado" o viene en mala posición. Algunos esposos ayudan a sus mujeres ajustándoles la faja, un cinturón ancho tejido, más arriba del abdomen para "prevenir que la wawa retorne hacia arriba" y "para que el aire no escape" hacia arriba; aunque esta práctica no es frecuente (45).

Para que la mujer no pierda el conocimiento, un familiar le apoya la cabeza, acto que les transmite la fuerza para continuar con el parto y, posteriormente con el alumbramiento. Al momento de dar a luz al bebé, la respiración de la madre cobra importancia. El aire no debería escapársele por la boca ya que esto haría que perdiese su fuerza (46).

Existen números factores por los que las mujeres embarazadas deciden su parto en el domicilio, pero uno de los más relevantes es sus creencias y costumbres que ellas tienen acerca del parto, influyendo también los familiares quienes son participes en el momento del parto brindando un entorno especial para el nacimiento del niño. Los familiares mascan hojas de coca en señal de carácter sagrado de su participación y hay mujeres que rezan (46).

3.8.2. La Atención durante el Alumbramiento de la Placenta

En el pensamiento cultural el parto se entiende como dos nacimientos, el del bebé y el de la placenta. A veces son considerados como dos seres que duermen

juntos en el interior del cuerpo de la madre. Así como el bebé debe despertarse para poder nacer, lo mismo le ocurre a la placenta, a la que a veces se le denomina “madre” o “abuela” del bebé. Otras veces se conceptúa como el ajayu del bebé (46).

Después del nacimiento del bebé se debe dar fuerza y ayuda a la madre para que se produzca el segundo nacimiento. Como norma se le da un mate, parecido al que se le dio para ayudarla a dar a luz al bebé, a la vez que es de particular importancia mantenerla caliente. Se la alienta verbalmente y a veces con un masaje suave. Todas las comunidades tienen en común la práctica de considerar este período de gran peligro para la madre y el bebé, debido a las acciones de los espíritus malignos. Por este motivo, se debe hablar constantemente a la madre para mantenerla despierta (46).

3.8.2.1. Manejo de la Placenta

Según el Ministerio de salud y Deportes de Bolivia los rituales alrededor del lavado y entierro de la placenta tienen la finalidad, no solamente de predecir la fortuna del niño, sino también de proteger a la madre. Si bien las costumbres que rodean el entierro ritual de la placenta varían en cada región, e incluso dentro de una misma comunidad, también es cierto que éstas son muy elaboradas en todas partes y tiene su significado (46).

La mayoría de las familias la entierran, no sin antes haberla lavado minuciosamente con el objeto de que la wawa sea limpio y se vuelva de piel blanca, “blanconcito”. En la literatura se describen rituales como el entierro de la placenta con objetos de miniatura para propiciar un buen futuro del hijo; a veces se colocan alimentos o dinero para que en el futuro no sufra de hambre (46).

En un parto hospitalario la placenta pueda ser echada al basurero donde será alimento para perros, es extremadamente repugnante para los miembros de las culturas tradicionales andinas y los que no provienen de esta cultura deberían entenderlo como el equivalente de dejar al descubierto un cadáver (45).

Las principales razones que llevan a muchas mujeres y sus familias a preferir un parto domiciliario antes que un parto institucional, se refieren a varios aspectos de la atención en donde la cultura juega un rol importante y las instituciones tienen algunas limitaciones como: escoger la posición más cómoda para su parto, la posibilidad de tener algún familiar que la acompañe durante el trabajo de parto y el nacimiento, llevar a cabo prácticas tradicionales como el mantenerse arropada con su propio vestuario durante ésta etapa, el contar con una luz baja y una temperatura cálida del ambiente donde sucede el parto, así como la posibilidad de consumir alimentos especiales para la madre, tener la posibilidad de llevarse la placenta para poder tratarla según la costumbre local (47).

3.8.3. Cuidados Post Parto en el Domicilio

Inmediatamente después del parto, la madre se alimenta con caldo de cordero cocinado con la oveja que tradicionalmente la familia del esposo sacrifica para la madre, en los días y semanas posteriores al parto se preparan, ya que es un hecho conocido que la mujer necesita de una nutrición adecuada que le proporcione fuerza y que cierre las heridas (22).

Uno de los elementos fundamentales del modelo terapéutico andino es el sistema cálido-frío. Según este sistema, la salud de las personas depende del equilibrio entre los elementos fríos y cálidos que predominan en un momento dado. Llegado el momento del parto, el frío es considerado un peligro, al dificultar el descenso del bebé, la placenta y la sangre, mientras que el abrigo facilita el parto (22).

Por este motivo se recomienda que después del parto, las mujeres usen guantes, calcetines y una gorra de lana. La habitación donde la madre descansa después del parto debe mantenerse caliente (22).

3.9. MARCO TEÓRICO SITUACIONAL

3.9.1. Área de Estudio

El presente trabajo pretendió realizar un estudio de tipo descriptivo de las características socioculturales del parto domiciliario en las comunidades del área de influencia del centro de salud de Muruhuta del Municipio de Sapahaqui de la red de salud 13. Se pretende que los resultados de la investigación faciliten y mejoren la atención de partos institucionales con mayor cobertura de la prestación de servicios en la atención de partos institucionales y la salud materna.

3.9.2. Ubicación Geográfica

El Centro de Salud Muruhuta está ubicado en el cantón Muruhuta en jurisdicción de la provincia Loayza del Departamento de La Paz a una latitud -17.102930, longitud -67.835042 y altitud 3,560 m.s.n.m, al Sur del Municipio de Sapahaqui segunda sección Provincia Loayza. Tiene los siguientes límites territoriales:

- Al Norte con la comunidad de Araca de la Provincia Aroma y Calamollo, Collpuma y Huarisa del Cantón Caracato de la Provincia Loayza.
- Al Sur con la comunidad Muruchapi de la Provincia Aroma y parte de Anchallani de la Provincia Loayza.
- Al Este con la comunidad de Lacaya y Huañuma del Cantón de Anchallani de la Provincia Loayza.
- Al Oeste con las comunidades de Chiarumani, Irutira y parte de Araca de la Provincia Aroma.

3.9.3. Datos históricos

La segunda Sección Municipal Sapahaqui, con su creación del pueblo se remonta al 29 de mayo de 1899 por orden de la junta de Gobierno integrada por Macario Pinilla, Reyes Ortiz y el General José Manuel Pando, Sapahaqui cuya traducción significa solo, reconstruido a tres kilómetros más abajo del antiguo y original poblado, destruido por una riada y mazamorra en 1946, que arrasó tierras de

cultivo y la mayor parte de las casas del pueblo. Actualmente cuenta con tres cantones. Sapahaqui, Muruhuta y Caracato (48).

Mediante la ley N ° 584 Ley del 30 de noviembre de 1983, Hernan Siles Zuazo presidente constitucional de la República se crea el Cantón Muruhuta de la jurisdicción de la Provincia Loayza del Departamento de La Paz, comprendiendo su área de jurisdicción las comunidades de Muruhuta, Mollini, Chillcani, Cacha, Poco Poconi, Corhua, Tacora, Ayahuayco, Ayna y Ocuire (48).

3.9.4. Accidentes geográficos importantes:

El área de estudio comprende la región perteneciente a la Cordillera de los Andes que se encuentra distribuida entre las provincias fisiográficas de Montañas y serranías, se caracteriza por presentar una diversidad de espacios geográficos con variedad de paisajes y relieves. Los accidentes geográficos más frecuentes según el clima, tiempo de lluvia del sector de salud Muruhuta son las riadas, deslizamiento y mazamorra.

3.9.5. Asentamiento Humano:

El asentamiento humano se debe a las condiciones climáticas favorables que presenta el Municipio. Se realiza en espacios amplios de tierras destinadas a la producción de cultivos característicos de la zona. Los terrenos agrícolas, forestales poco cultivables están ubicados desde la falda de los cerros hasta la cima de los cerros con poca inclinación y de cimas redondeadas. De una manera general cada familia cuenta con parcelas agrícolas alrededor de su casa como en lugares alejados de sus viviendas. El sector de Muruhuta se encuentra cerca al altiplano aproximadamente a una distancia de 7 km desde Patacamaya y posteriormente se pasa la cumbre donde llega a los 5°C y empieza el cantón de Muruhuta que es cabecera de valle y también otras comunidades (48).

3.9.6. Idioma:

Los idiomas de la Región son el Aymara siendo la lengua materna, seguido del castellano y en menor número el quechua.

3.9.7. Transporte:

El sector de Muruhura no cuenta con empresas de transporte público, para ingresar a la comunidad de Muruhuta se realiza en automóviles privados o en transporte de carga pesada, la duración del viaje es aproximadamente de tres a tres horas y media. El transporte pesado de carga hace una ruta directa de Muruhuta a villa dolores de la ciudad de El Alto.

3.9.8. Vías de comunicación:

Son vía terrestre para llegar a la Comunidad de Muruhuta. Las vías de acceso son desde Patacamaya a Muruhuta en moto, camión o taxi contratado. Desde Ayo Ayo a la comunidad de Muruhuta que generalmente no transita ninguna línea de transporte solo vehículo particular o taxi contratado.

3.9.9. Medicina tradicional:

Está muy enraizada en las costumbres de pobladores de la región, debido a la transferencia de conocimientos empíricos que han mantenido de generación en generación. La cultura aymara permitió mantener los ritos y las costumbres que tienen con las curaciones de males o enfermedades raras. En Muruhuta la población recurre a la Medicina tradicional y parteras. Sra. Genara Zelada Flores de Cantón Muruhuta que tienen la especialidad de Partera y Naturista (49).

3.9.10. Aspectos culturales (tradiciones, creencias, festividades):

La mayoría de la población de Muruhuta son de habla aymara y castellano, que pertenecen a la cultura Aymara desde la antigüedad. Las tradiciones en Muruhuta está representando por la danza moseñada, pero en la actualidad ya no la practican con frecuencia. El 5 de agosto de cada gestión se realiza el festejo con la danza morenada en honor a la virgen de las nieves (49).

3.9.11. Sistema de Salud:

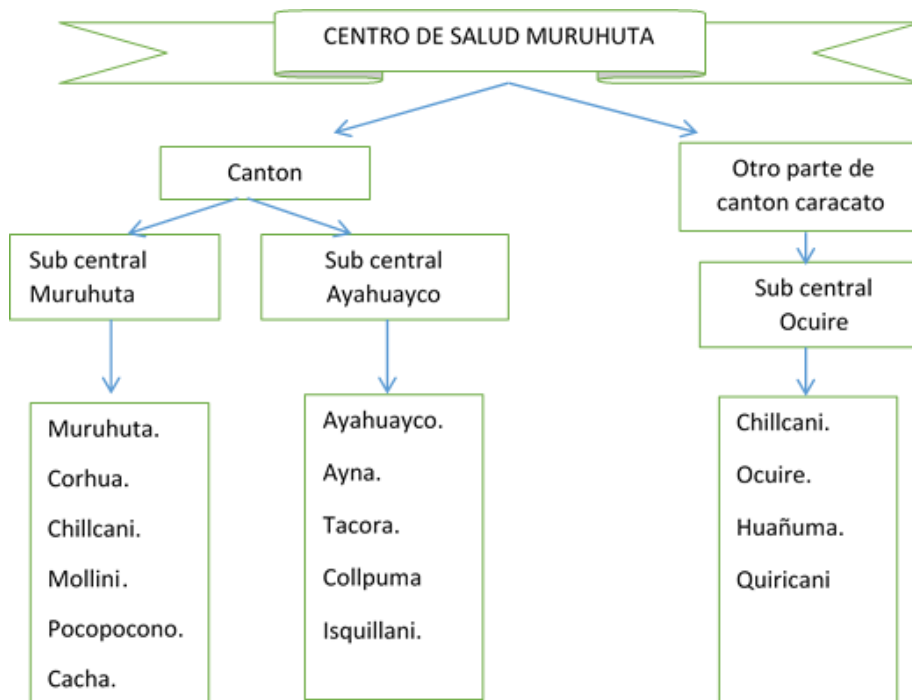
El centro de Salud de Muruhuta está situado en el cantón de Muruhuta del Municipio de Sapahaqui es catalogado como un centro de primer nivel, forma

parte de la red Municipal de Salud Sapahaqui que cuenta con cuatro establecimientos de salud:

- Centro de Salud de Sapahaqui
- Centro de Salud de Caracato
- Centro de Salud de Muruhuta
- Centro de Salud de Khola

El municipio de Sapahaqui forma parte de la Red Rural de Salud N° 13 dependiente del Servicio Departamental de Salud y la Gobernación del Departamento de La Paz.

Figura N° 1. Comunidades del área de influencia del Centro de Salud de Muruhuta del Departamento de La Paz Gestión 2020

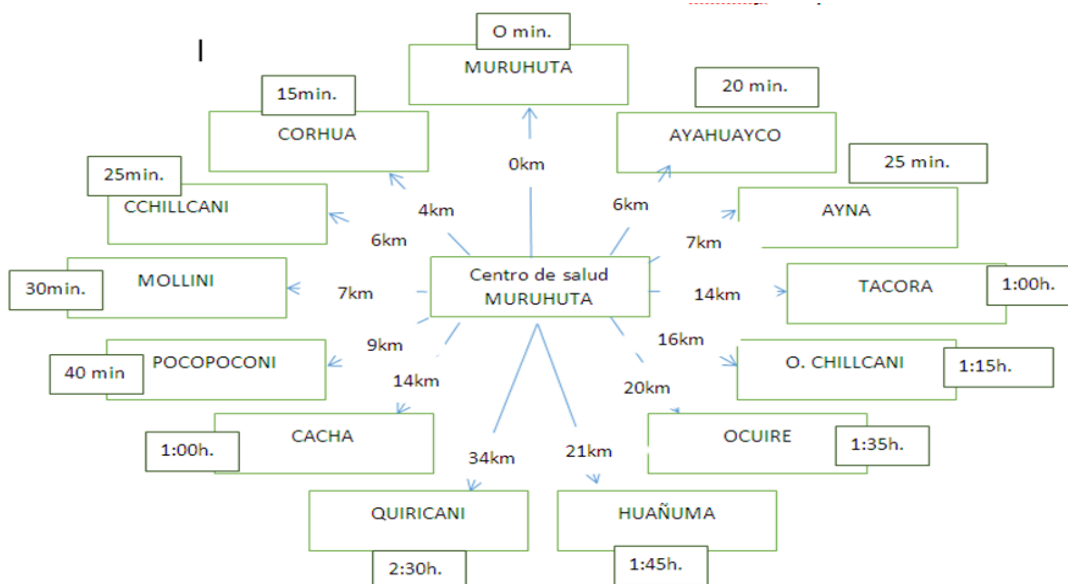


Fuente: Centro de Salud de Muruhuta – Gestión 2020

3.9.12. Isócronas:

Las comunidades del sector de Muruhuta se encuentran muy distantes de una comunidad a otra comunidad, así como también hacia el centro de salud, en la figura se muestra la distancia y el tiempo en movilidad.

Figura N° 2. Isócrona de las áreas de influencia del Centro de Salud de Muruhuta de la Red 13 del Departamento de La Paz - Gestión 2020



Fuente: Centro de Salud de Muruhuta – Gestión 2020

3.9.13. Demografía:

La Población con la que cuenta el sector de Muruhuta es de 1.982 habitantes según INE: Según INE y SNIS año 2020.

CUADRO N° 1: Población del área de influencia del Centro de Salud de Muruhuta del Departamento de La Paz - Gestión 2020

GRUPOS ETAREOS	TOTAL
Menor de 1 año	38
Menor de 5 años	188
5 – 9 años	189
10 – 14 años	194
15 – 19 años	188
20 – 39 años	601
40 – 49 años	231
50 – 59 años	170
Más de 60 años	186
TOTAL	1.985

Fuente: Centro de Salud de Muruhuta – Gestión 2020

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Centro de Salud de Muruhuta algunas mujeres gestantes no asistieron a sus controles prenatales en los últimos trimestres, con una notable disminución de la cobertura de atención de parto institucional, por lo que se pretende determinar cuáles son las características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario (50).

La mortalidad materna en el área rural y las zonas periurbanas de la ciudad de La Paz, son indicadores que muestran y reflejan el acceso que tienen las mujeres al servicio de salud en los diferentes Centros de primer nivel (50).

Las tasas de morbilidad y mortalidad materno infantil aumentan por factores de riesgo como: hemorragias durante el parto y puerperio inmediato, así como complicaciones obstétricas de pre eclampsia y eclampsia, ruptura prematura de membranas, infecciones urinarias y otros (50).

Es preciso entender el comportamiento y concepción cultural además de establecer niveles de confianza, comunicación empatía y satisfacción para la preferencia de atención de los partos en los servicios de salud y evitar los problemas de complicaciones y mortalidad materno infantil.

4.1. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario en las mujeres gestantes del Centro de Salud de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020?

4.2. Revisión Bibliográfica:

En la presente sección se realiza una descripción de algunas publicaciones relacionadas con el tema de estudio. Los buscadores que se utilizaron para la revisión bibliográfica fueron: en Google académico, Scielo, Medline, Elsevier, se escogieron artículos de revisiones relevantes.

a) Alvarez-Rebeca.pdf [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjr/2017/09/02/Alvarez-Rebeca.pdf> (8).

Objetivo: Caracterizar los factores que influyen en la aceptación del parto domiciliario del municipio de San Pedro La Laguna, Sololá, Guatemala. **Tipo de estudio:** Cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal. **Sujetos de estudio:** 18 mujeres del cantón de Chuazanaí, 5 Chuacanté, 6 Pacuchá y 6 Tzanjay, del municipio de San Pedro La Laguna, que tuvieron su parto domiciliario en los meses de marzo de 2016 a enero 2017.

Resultados: Edades que prevalecieron: 26-30 años con un 34%. Escolaridad: primario 37% y diversificado 37%. Religión: católicos 60% y evangélicos el 40%. Estado civil: solteras el 49%, casadas el 51%. Número de gestas: 31% son primíparas, el 32% secundíparas. Ocupación: El 63% son amas de casa. Durante el parto los ritos que realizan en su domicilio son: Acompañamiento de sus familiares 42% y entierran la placenta 42%. Además de la comadrona, quién o quienes le acompañaron durante el parto: Esposo, madre y suegra con un 33%. En qué posición le atendieron durante el parto: el 94% acostada.

Quién decidió el lugar de la atención del parto: El 77% ellas. Cuánto le cobró la comadrona: El 86% es voluntario. En sus controles prenatales recibió información donde podrían atenderle el parto: Sí un 76%, ¿dónde? Centro de salud. Cuántos controles prenatales recibió durante su embarazo: Más de cuatro. Atención recibida durante los controles en el Centro de Salud: El 87 % indicó buena (8).

b) Mendoza-Chuctaya G, Montesinos-Segura R, Agramonte-Vilca M, Aguirre-Tenorio L, Mendoza-Chuctaya G, Montesinos-Segura R, et al. Características y Prevalencia de Partos Domiciliarios en un distrito Rural de la Sierra del Perú, 2015-2016. Rev Chil Obstet Ginecol. 2018;83(4):377-85 (50).

En el Perú, un país en vías de desarrollo, las cifras de partos domiciliarios en zonas rurales incrementan las tasas de mortalidad materna y neonatal, por tal razón el objetivo del trabajo fue: Determinar la prevalencia y características de los partos domiciliarios en la provincia de Ocongate, zona rural del departamento de Cusco en la sierra del Perú, 2015-2016.

Se realizó un estudio observacional, de diseño de casos y controles, donde se incluyó 46 casos, de mujeres con parto domiciliario y 100 controles con partos institucionales registrados en los años 2015 y 2016, se exploraron resultados descriptivos de características sociodemográficas y Gineco-Obstétricas. Realizando análisis bivariado con la prueba estadística del chi cuadrado, calculando los Odds Ratio e intervalos de confianza al 95% (IC95%) con Regresión Logística Múltiple.

De 558 partos registrados 49 (8,7%) fueron partos domiciliarios, donde la edad promedio fue de $25,3 \pm 6,4$ años; en el análisis multivariado encontró que: no tener ningún control prenatal [OR=12,2; IC95% 4,6-64,9]; tener antecedente de parto domiciliario [OR=4,5; IC95% 1,01-20,5]; vivir a una distancia > de 90 minutos [OR=3,2; IC95% 1,08-10,2]; y tener una captación tardía de la gestante, ser factores de riesgo para tener un parto domiciliario.

En la mayoría de mujeres que tuvieron partos domiciliarios influyó negativamente la captación tardía de la gestante, un mayor tiempo de viaje al centro de salud, antecedente de parto domiciliario, y no tener ningún control prenatal, siendo necesario diseñar estrategias para disminuir los partos domiciliarios en zonas rurales del Perú (50).

c) Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer, Marroquin J. (2010 – 2016) (51).

Identificar características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer en los años 2010-2016. Es un estudio descriptivo transversal. Las variables: estado civil, procedencia, grado de Instrucción, número de controles prenatales, personal que atendió el parto y motivo por el cual no acudió al puesto de salud (51).

De 33 participantes la edad promedio $30,64 \pm 6,93$ años. 97% son convivientes. El 12,1% son analfabetas y 6,1% secundaria completa. 84,5% tienen antecedentes de parto domiciliario. 87,9% de los partos domiciliarios fueron atendidos por partera. Los principales motivos de la elección del parto domiciliario fueron por tradición 63,6% y distancia 36,4%. La distancia cultural entre profesional de salud y usuarias del servicio, genera una brecha que interfiere con la comunicación real de los involucrados, impidiendo se construyan relaciones de confianza, para reducir la morbilidad materna y favorecer el parto institucional. El domicilio como lugar previsto del parto, al parecer se genera como producto de experiencias vividas durante el proceso de parto. Se cree que las actitudes de apoyo, protección y atención en el parto son valorados por las mujeres y lo recuerdan como momentos llenos de satisfacción y alegría, en cambio, la falta de apoyo, soledad, sensación de abandono, actitudes discriminativas, el aislamiento de sus seres queridos y el maltrato físico o psicológico, son sucesos que no contribuyen a que la gestante se decida por el parto institucional, ya que la mujer pasa de ser el centro de los cuidados y atenciones del núcleo familiar y comunal, que valora este momento como excepcional, a ser atendida como “una más” en un espacio externo a su vida cotidiana donde el parto es un hecho rutinario. (51)

Se concluye, las características sociodemográficas del parto domiciliario fueron el bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel de instrucción. Los principales motivos de la elección de parto domiciliario fueron por tradición y por distancia. La mayoría de los partos fueron atendidos por parteras (51).

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Determinar las características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario en las mujeres gestantes del Centro de Salud de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.

5.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar demográficamente a las mujeres gestantes (edad, estado civil, distancia de acceso al centro de salud) con parto domiciliario.
- Describir las características obstétricas (número de hijos, antecedentes de aborto, control prenatal, disposición final de la placenta, conocimiento de riesgos y complicaciones del parto).
- Identificar aspectos del parto (lugar de último parto, personal que atendió el parto, percepción de maltrato y discriminación, presentó complicaciones durante o después del parto).

VI. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de estudio llevado a cabo en el presente trabajo de investigación es de tipo observacional, descriptivo y prospectivo.

Un estudio observacional es un tipo de estudio concreto que se define por tener un carácter estadístico o demográfico. Se caracterizan porque, en ellos, la labor del investigador se limita a la medición de las variables que se tienen en cuenta en el estudio. Es decir que sólo se observará a la población de estudio para redactar datos estadísticos, sin realizar ninguna intervención.

La principal finalidad del estudio descriptivo es describir la frecuencia y características, de salud en una población, describir la asociación entre dos o más variables, sin asumir una relación causal entre ellas, ni generar hipótesis razonables. Son muy frecuentes en la Medicina Familiar, por lo que se analiza los datos principales relacionados al tema de estudio que son las características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario.

Los estudios prospectivos poseen una característica fundamental, que es la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa, y luego seguir a través del tiempo a una población determinada hasta determinar o no la aparición del efecto. Este tipo de estudio es muy utilizado en epidemiología. Por tal motivo se aplica dicho estudio para recabar datos en el transcurso de un tiempo que influyen en la elección del parto domiciliario.

6.1. Unidad de Observación

La unidad de observación para evaluar la variable de estudio son las Mujeres gestantes del área de influencia del sector de Muruhuta del Municipio de Sapahaqui de la Red 13 del Departamento de La Paz, que fueron encuestadas para este trabajo de investigación.

6.2. Universo

La población o universo de estudio lo constituyen toda las mujeres gestantes que asisten a su control prenatal en el Centro de Salud de Muruhuta de la Red 13 del Departamento de La Paz, que fueron un total de 18, durante toda la gestión 2020.

6.3. Muestreo

Se obtuvieron las unidades de estudio de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario. Debido a que la población de estudio es reducida, no hubo muestreo.

6.4. Muestra

Para la presente investigación se tomó a toda la población de estudio que son 18 mujeres gestantes que tuvieron al menos un parto en el domicilio.

Se seleccionó de manera intencionada a mujeres gestantes que cumplieron los siguientes requisitos:

6.4.1. Criterios de Inclusión

- Mujeres gestantes con residencia permanente en el área de influencia del C.S de Muruhuta de la Red 13 del Departamento de La Paz.
- Madres de familia que hayan tenido su último parto o por lo menos un parto en el domicilio.
- Madres que retornaron al Centro de Salud de Muruhuta para sus controles post parto.

6.4.2. Criterios de Exclusión

- Se excluyeron aquellas mujeres gestantes que no cumplían con los criterios anteriormente mencionados además de:
- Mujeres gestantes con residencia temporal en el área de influencia del sector de Muruhuta de la Red 13 del Departamento de La Paz.
- Mujeres gestantes que se rehusaron en realizar la encuesta.
- Mujeres gestantes que tuvieron sólo partos hospitalarios.

6.5. Operacionalización de Variables

CUADRO N° 2: Operacionalización de Variables

Variables	Tipo de Variable	Indicador	Técnica de Recolección de Datos	Instrumentos de Medición
Edad	Cuantitativa discreta	Menos de 20 años 21 - 25 26 - 30 Más de 30 años	Documentación SOAPS	Cuestionario
Estado Civil	Nominal Polinómica	Soltera Casada Concubina/conviviente Divorciada/ separada	Documentación	Cuestionario
Distancia de acceso al centro de salud	Cuantitativa discreta	Menos de 15 min. De 15 a 40 min. Más de 40 min.	Encuesta	Investigador
Número de hijos	Cuantitativa discreta	Un hijo Dos hijos Tres hijos Más de tres hijos	Documentación Historia clínica perinatal	Cuestionario
Antecedentes de aborto	Cuantitativa discreta	Uno Dos Más de tres Ninguno	Documentación Historia clínica perinatal	Cuestionario
Control prenatal	Cuantitativa discreta	1 a 2 controles 3 a 4 controles Más de 5 controles Ninguno	Documentación Historia clínica perinatal	Cuestionario
Disposición final de la placenta	Nominal Polinómica	Lo guarda Lo entierra Lo bota No sabe	Encuesta	Cuestionario
Conocimiento de riesgos y complicaciones del parto	Nominal dicotómica	Si No	Encuesta	Cuestionario

Lugar del último parto	Nominal Polinómica	Domicilio Posta Centro de Salud Hospital	Encuesta	Cuestionario
Personal que atendió el parto	Nominal Polinómica	Médico Enfermero (a) Partera Familia Otro	Encuesta	Cuestionario
Percepción de maltrato y discriminación	Nominal dicotómica	Si No	Encuesta	Cuestionario
Grado de instrucción	Nominal Polinómica	Primaria sin concluir Primaria concluida Secundaria Superior Ninguno	Documentación	Cuestionario
Ocupación	Nominal Polinómica	Labores de casa Comerciante Agricultura Profesional Otros	Encuesta	Investigador
Consumo de mates durante el parto	Nominal dicotómica	Si No	Encuesta	Cuestionario
Importancia de la compañía de la pareja	Nominal dicotómica	Si No	Encuesta	Cuestionario
Pudor	Nominal dicotómica	Si No	Encuesta	Cuestionario
Influencia de familiares o personas cercanas	Nominal dicotómica	Si No	Encuesta	Cuestionario
Falta de información	Nominal dicotómica	Si No	Encuesta	Cuestionario

Fuente: Elaboración propia, 2020

6.6. Técnicas e Instrumentos

Las técnicas e instrumentos fueron la revisión de los datos registrados en el Sistema Nacional de Información, SNIS, registro de atención SOAPS, carnet perinatal para obtener mayor información sobre las variables de estudio.

6.6.1. Método

Se utilizó los métodos directos e indirectos siendo la fuente de recolección de información primaria mediante la aplicación de las preguntas tipo encuesta a través de la visita domiciliaria y la entrevista durante su control prenatal.

a) Fuentes primarias. Para la recolección de información individualizada y datos las técnicas que se utilizaron fueron:

La observación. - A través de la observación directa (Ver en ANEXO N°).

La encuesta. - Con la realización de las encuestas se planteó las preguntas relacionadas con las características socioculturales que influyen en la decisión de un parto domiciliario.

b) Fuentes secundarias: Este tipo de técnica permitió recolectar información de revistas, libros e internet para la búsqueda de información referencial, en la cual se enfoca la información más importante, confiable y la más actualizada para la estructuración del tema de investigación.

La documentación. - Revisión de las historias clínicas, los registros del SOAPS (Software de atención primaria de salud), SNIS (Sistema de información en Salud), con datos de los partos anuales. Se aplicó métodos teóricos para la revisión y sustentación bibliográfica.

El instrumento. - Para la recolección de la información se aplicó una encuesta anónima elaborada con 15 preguntas previamente estructuradas, abiertas y cerradas con un lenguaje claro y sencillo de acuerdo a las variables estudiadas con tiempo límite de 20 min, que permitió obtener opiniones y criterios sobre las variables de estudio, enmarcadas en los objetivos del estudio.

La validez de constructo se respalda porque se empleó un lenguaje sencillo en la elaboración de las preguntas, realizándose una prueba piloto de aplicación de las encuestas, posteriormente se realizó un ajuste. En el estudio realizado se solicitó el carnet de identidad para la variable edad, se solicitó el carnet de la mujer gestante CLAP para la variable paridad.

La estrategia. - Como estrategia se realizó revisión de historias clínicas y cuadernos de registro para determinar la inasistencia al parto institucional, también se realizó visitas familiares a las madres que concluyeron sus partos en sus domicilios.

Los materiales. - Los materiales utilizados fueron, cuadernillo, historia clínica perinatal, cámara fotográfica, computadora e impresora.

Los recursos. - Fueron bolígrafos, papel bon, impresiones.

Aspectos éticos. - Los principios éticos para la realización del presente trabajo implican el consentimiento informado previo de las mujeres gestantes manteniendo el anonimato para la participación en la investigación.

Esta investigación se realizó con la revisión de la documentación dentro de los parámetros de confidencialidad, respetando el derecho humano de la persona.

VII. RESULTADOS

7.1. Resultados de los objetivos específicos.

7.1.1. Caracterizar demográficamente a las mujeres gestantes (edad, estado civil, distancia de acceso al centro de salud) con parto domiciliario.

CUADRO N° 3: Características demográficas de las gestantes con parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Características Demográficas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Grupo de Edades		
21 a 25 años	10	55,56 %
< 20 años	4	22,22 %
Estado civil		
Concubina	10	55,56 %
Soltera	5	27,78 %
Distancia de acceso al Centro de Salud		
De 15 min a 30 min	8	44,44 %
De 30 min a 1 hora	5	27,78 %

Fuente. Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

De acuerdo a la edad agrupados por quinquenios se puede evidenciar que del total de las mujeres gestantes que tuvieron su parto en su domicilio 10 Madres de las 18 tienen entre 21 a 25 años, seguido de las madres menores de 20 años que son 4.

Esto nos refleja que la mayoría de las mujeres gestantes son muy jóvenes. Se concluye que las mujeres son madres a muy temprana edad, ya que 4 mujeres con parto domiciliario eran menores de 20 años.

Según su estado civil, más de la mitad vive en concubinato o unión libre 10 de las 18; seguido de las madres solteras que son 5. De las mujeres con parto domiciliario en éste estudio, el estado civil está conformado en su gran mayoría por madres en concubinato y solteras.

Para la distancia de acceso al centro de salud se toma en cuenta la tardanza en minutos a pie desde sus domicilios. Se tiene 8 mujeres gestantes que tienen sus domicilios a una distancia de 15 a 30 minutos, 5 demoran entre 30 minutos a 1 hora en llegar hasta el centro de salud.

Todas las mujeres gestantes se dirigen al centro de salud a pie, ya que no existe mucha afluencia de transporte de automóviles, además que acuden preferentemente por la tarde casi ya de noche, luego de concluir sus labores de casa o trabajos en el campo, que es el momento en que tienen más tiempo.

Puede ser éste un motivo para que no acudan a todos sus controles prenatales y finalmente opten por tener su parto en su propio domicilio. Algunas refieren que sus partos domiciliarios se deben a la lejanía y distancia de acceso de sus viviendas hasta el establecimiento de salud.

7.1.2. Describir las características obstétricas (número de hijos, antecedentes de aborto, control prenatal, disposición final de la placenta, conocimiento de riesgos y complicaciones del parto).

CUADRO N° 4: Características obstétricas de las gestantes con parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Características Obstétricas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Número de hijos		
Sólo uno	6	33,33 %
Dos	5	27,78 %
Antecedentes de aborto		
Ninguno	13	72,22 %
Uno	3	16,67 %
Control Prenatal		
Ninguno	8	44,45 %
Uno o dos	4	22,22 %
Tres o cuatro	4	22,22%
Qué hace con la placenta		
Lo entierra	12	66,67 %
Conoce los riesgos y complicaciones del parto		
No	13	72,22 %
Un poco	4	22,22 %

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

Del total de las Mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, 6 tienen un solo hijo este dato corresponde a las jóvenes madres que se encuentran en etapa de estudio y que no cuentan con el apoyo de sus parejas, para 5 de ellas es su segundo hijo. Con estos datos se puede concluir que más de la mitad de las mujeres gestantes tienen uno o dos hijos, y unas cuantas tienen más de tres hijos, puede deberse a que la mayoría de las mujeres son de edad joven.

En cuanto a los datos de antecedentes de aborto de las mujeres gestantes, fueron difíciles de obtener, ya que es información delicada y difícil de conversar para las mujeres de éste Municipio, sólo tres mujeres indicaron que sufrieron un aborto, y 13 de las mujeres gestantes indican que no tuvieron ningún aborto. Se concluye que más de la mitad de las mujeres gestantes nunca presentaron ningún tipo de aborto, de acuerdo a sus respuestas proporcionadas, pero estos datos no los podemos confirmar.

Del total de las 18 Mujeres gestantes, 4 acudieron a uno o dos controles prenatales, otras 4 completaron entre tres y cuatro controles prenatales, lo que resalta es que 8 no se realizaron ningún control prenatal. Podemos concluir que casi la mitad de las mujeres gestantes no acudieron a ninguno de sus controles prenatales.

Se observa que 12 de las mujeres gestantes según sus creencias indican que la placenta lo entierran en el patio de sus casas una vez lavadas para que su hijo no se vaya de la casa. Se concluye que casi todas las Mujeres gestantes tienen tradiciones con respecto a la disposición de la placenta, y la mayoría prefiere enterrarla.

En cuanto al conocimiento de riesgos y complicaciones del parto en las Mujeres gestantes podemos observar que 13 de ellas no conocen los riesgos y complicaciones del parto, desconocen las señales de peligro (dolor de cabeza, sangrados, hinchazón de pies, salida de líquidos, o sangre, dolor abdominal), solo una refiere conocer las señales de peligro que pueden traer complicaciones durante el trabajo de parto y el puerperio, y 4 creen saber un poco.

7.1.3. Identificar aspectos del parto (lugar de último parto, personal que atendió el parto, percepción de maltrato y discriminación, presentó complicaciones durante o después del parto).

CUADRO N° 5: Aspectos del parto de las gestantes con parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Aspectos del parto	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Lugar de último parto		
Domicilio	8	44,44 %
Ninguno	6	33,33 %
Personal que atendió el parto		
Enfermero (a)	7	38,89 %
Partera	5	27,78 %
Percepción de maltrato y discriminación		
Nada	13	72,22 %
Poco	5	27,78 %
Presentó complicaciones durante o después del parto		
No	16	88,89 %
Si	2	11,11 %

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

Se consulta a las mujeres gestantes sobre donde fue su último parto, 8 refieren que su último parto lo tuvieron en su domicilio, y para 6 de las mujeres gestantes éste fue su primer parto en domicilio.

Se concluye que casi la mitad de las mujeres gestantes tuvo su último parto igualmente en su domicilio, seguido de las mujeres que fue su primer parto.

En cuanto al personal que las atendió 7 indican que quien las atendió fue una enfermera, otras 5 solicitaron tener su parto con partera, debido al consejo e influencia de algún familiar.

Cabe recalcar que todas fueron atendidas por alguien, ya sea personal médico u otro, y ninguna tuvo un parto sola.

En cuanto a la percepción de maltrato y discriminación, 13 mujeres gestantes indicaron que no percibieron en ningún momento discriminación y mucho menos maltrato por parte del personal del centro de salud, pero 5 de las mujeres refieren que, si sintieron un poco de maltrato, lo bueno es que ninguna indica que percibió mucho maltrato o discriminación.

Se concluye que no existen datos de percepción de maltrato de o discriminación por parte del personal de salud hacia las mujeres gestantes, que acuden a consulta, ya que más de la mitad indica que no, y el restante refiere que, si percibió un poco de maltrato o discriminación, en su parto anterior o en sus controles prenatales.

De las 18 mujeres gestantes, 16 refieren que no presentaron ninguna complicación durante o después del parto, sólo 2 presentaron las complicaciones después del parto.

7.2. Resultados del objetivo general.

7.2.1. Determinar las características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario en las mujeres gestantes del Centro de Salud de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.

CUADRO N° 6: Características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario, en las mujeres que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Características Socioculturales	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Grado de instrucción		
Primaria sin concluir	1	5,56 %
Primaria concluida	4	22,22 %
Secundaria	13	72,22 %
Superior	0	0,00 %
Ninguno	0	0,00 %
Ocupación		
Labores de casa	10	55,56 %
Agricultura	4	22,22 %
Comerciante	2	11,11 %
Otros	2	11,11 %
Profesional	0	0,00 %
Consumo de mates		
Si	11	61,11 %

No	7	38,89 %
Importancia de la compañía de la pareja		
Si	15	83,33 %
No	3	16,67 %
Pudor		
Si	14	77,78 %
No	4	22,22 %
Influencia de familiares		
Si influyen	15	83,33 %
No influyen	3	16,67 %
Falta de información		
Muy informado	8	44,45 %
Poco informado	6	33,33 %
No está informado	4	22,22 %
Conoce los riesgos y complicaciones del parto		
No	13	72,22 %
Un poco	4	22,22 %
Si	1	5,56 %

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

En cuanto a las características socioculturales que pueden influir en las mujeres gestantes en su decisión de tener un parto domiciliario:

Del total de las Mujeres gestantes que concluyeron su parto en sus domicilios, se evidenció que sólo una madre ingresó a la escuela, pero tiene la primaria sin concluir, 4 de las entrevistadas cursaron la primaria como nivel de educación

general, seguido de las Mamás que alcanzaron el nivel secundario que son un total de 13, y ninguna logró alcanzar el nivel superior.

Se concluye que más de la mitad de las gestantes logró alcanzar el nivel secundario, y que la mayoría son muy jóvenes incluso menores de 20 años, pues no alcanzaron el nivel superior.

También detallamos la ocupación de las Mujeres gestantes, se puede observar que 10 del total de las Mujeres gestantes que concluyeron su parto en sus domicilios se dedicaban a las labores de casa, 4 realizaban sus actividades de agricultura, 2 son comerciantes y las 2 Madres restantes indican que tienen otras actividades de ayuda en sus casas.

Con estos datos se llega a la conclusión de que la mayoría de las Mujeres gestantes cumplen labores de casa, y las demás realizan trabajos en el campo. No se tiene ninguna gestante con algún trabajo profesional.

De acuerdo al Nivel de educación ninguna tiene estudios superiores, pero un 72.22% llegó al nivel secundario.

Del total de las mujeres un 55.56% cumplen labores de casa, ya que siempre están en casa, se sienten más seguras en su propio hogar para traer al mundo a sus niños, y por otro lado el resto se dedica al comercio, la agricultura u otro, estas pueden ser razones por las cuales el 44.44% no pudo asistir a ninguno de sus controles prenatales.

En cuanto al consumo de mates durante el parto, lo consume el 61,11% de las gestantes (generalmente son líquidos calientes a base de infusiones de manzanilla, mate de coca y en algunas situaciones mate de orégano, los mismos son preparados por los mismos familiares quienes se encargan de su atención), quienes tienen creencias distintas junto a sus familiares, sobre servir estos mates mientras la mujer está en parto, cosa que no sucedería en un centro de salud, el personal no se encargaría de dar estos mates, por protocolos de salud.

En cuanto a la compañía de la pareja durante el parto, un 83.33% de las gestantes cree que su presencia es importante, ya que crean mejores lazos familiares entre padre, madre e hijo, y ayuda mucho a la mujer a sobrellevar de mejor manera su parto, por lo que éste puede ser un gran motivo de la elección de un parto domiciliario, ya que ahí no existen reglas de restricción de entrada de familiares, en cambio por normas de salud esto no está permitido en los centros de salud, aunque cabe recalcar que se va trabajando en nuevas normas sobre partos humanizados, en el que se permite el ingreso de un familiar a elección por parte de la gestante.

Del total de las encuestas realizadas el 77.78% de las Madres refieren tener sus partos en domicilio por el pudor y vergüenza y el cambio de un ambiente de su contexto social y cultural a una sala de atención en el establecimiento de Salud.

El 83.33% refieren que deciden tener sus partos en domicilio por la influencia de los familiares o las personas más cercanas, y el 55.56% indican que se debe a la falta de información.

En la mayoría de éstas mujeres quienes las influyen más son sus suegras o abuelas. Y las demás que deciden por sí solas si tendrán un parto en el centro de salud o en su domicilio, refieren que deseaban tener un parto en el hospital, ya que conocían de los riesgos de un parto domiciliario, pero por motivos de que no pudieron transportarse al Centro de Salud, su última opción fue tener su parto en su domicilio.

Otros datos importantes son el conocimiento sobre los riesgos y complicaciones del parto domiciliario, en el que un 72.22% no tiene conocimiento sobre estos datos, y un 22.22% refiere tener un poco de conocimiento, estos son grandes factores que influyen a la toma de decisión de un parto domiciliario, ya que éstas mujeres no conocen las complicaciones que puedan presentar si no son atendidas en un centro de salud.

VIII. DISCUSIÓN

El parto domiciliario es considerado como una problemática de Salud Pública, en muchos otros países se viene trabajando arduamente para lograr institucionalizar el Parto, según la Organización Mundial de la Salud existe una relación entre la mortalidad Materna y los partos domiciliarios, muchas gestantes fallecieron en sus domicilios sin ninguna atención por personal capacitado, debido a que las gestantes deciden tener un parto domiciliario.

De 558 partos registrados 49 (8,7%) fueron partos domiciliarios, donde la edad promedio fue de $25,3 \pm 6,4$ años; en el análisis multivariado encontró que: no tener ningún control prenatal [OR=12,2; IC95% 4,6-64,9]; tener antecedente de parto domiciliario [OR=4,5; IC95% 1,01-20,5]; vivir a una distancia > de 90 minutos [OR=3,2; IC95% 1,08-10,2]; y tener una captación tardía de a gestante, ser factores de riesgo para tener un parto domiciliario (50).

De las 33 mujeres encuestadas, se encontró que el rango de edad de las participantes estuvo comprendido entre 18 y 45 años, con una media de $30,64 \pm 6,93$ años; respecto al estado civil, se encontró que el 97% de las participantes son Convivientes y con relación al Grado de Instrucción, se evidenció que el 12,1% era analfabeta mientras que el 6,1% tenía secundaria completa. El 84,8% de las participantes afirmó tener antecedentes de parto domiciliario. El promedio de partos domiciliarios fue $1,48 \pm 0,6$ partos. Asimismo, el 93,9% afirmó haber acudido a los controles Pre Natales en el Puesto de Salud, sin embargo, sólo el 30,4% tuvo 6 o más controles Pre Natales. Respecto a la atención del parto, un 87,9% fueron atendidos por partera y 12,1% por familiar. Se identificó que los dos principales motivos por los cuales las pobladoras del Centro Poblado Kerguer decidieron elegir el parto domiciliario fueron. Un 63,6% fue por tradición y un 36,4% por la distancia desde su domicilio hasta el puesto de salud. La distancia cultural entre profesional de salud y usuarias del servicio, genera una brecha que interfiere con la comunicación real de los involucrados, impidiendo se construyan

relaciones de confianza, para reducir la morbilidad materna y favorecer el parto institucional (51).

Teniendo en cuenta los datos que se obtuvieron en esta investigación encontramos que las Madres son jóvenes entre 20 a 25 años y menores de 20 años, que corresponde a los embarazos no deseados en adolescentes, El grado de instrucción de las Madres entrevistadas alcanzaron un mayor porcentaje al nivel secundario que aún se encuentran en etapa de estudio, en estos casos el riesgo de tener una complicación durante el parto domiciliario es mayor.

Estos resultados no difieren de los mencionados por otros autores de estudios nacionales similares que comparten la misma cultura acerca de los factores que limitan al acceso de las mujeres gestantes a los servicios de salud.

Las mujeres tienen confianza en las parteras tradicionales, están cercanas y son de la misma cultura; la familia y los líderes comunitarios presionan a la mujer para su atención por esta agente tradicional (2).

Realizando un análisis podemos verificar que las Madres gestantes jóvenes no fueron conscientes del riesgo y el peligro además de ser influenciadas por los familiares basadas en experiencias personales estos resultados se relacionan con otros estudios realizados donde se presentaron menores de 25 años que decidieron concluir su gestación con el parto domiciliario por sentirse más cómodas y que contaban con la ayuda de la pareja y de la madre.

Tal como se vio en estudios realizados en el Perú, en el centro poblado de Kerguer, existen investigaciones donde se analizan la relación de los factores sociodemográficos y socioculturales relacionados al parto domiciliario. Donde un 63.6% fueron por factores culturales y un 36.4 % por la distancia.

Se concluye, que las características sociodemográficas del parto domiciliario fueron el bajo nivel socioeconómico y el bajo nivel de instrucción. Los principales motivos de la elección de parto domiciliario fueron por tradición y por distancia. La mayoría de los partos fueron atendidos por parteras (51).

En los resultados encontrados el principal motivo por el que las participantes eligieron el parto domiciliario, fue por el factor cultural pudor, vergüenza y cambio de ambiente en un 50 %, las madres gestantes refieren tener antecedentes de partos domiciliarios. Las actitudes de apoyo, protección y atención en el momento del parto son valorados por las mujeres como momentos llenos de satisfacción y alegría, en cambio, la falta de apoyo, la soledad, la sensación de abandono, el aislamiento de sus seres queridos y el maltrato psicológico, son factores que no contribuyen a que la gestante elija el parto institucional, ya que la mujer pasa de ser el centro de los cuidados y atenciones del núcleo familiar, que la valora en ese momento como excepcional, a ser atendida como “una más” en un espacio ajeno a su vida cotidiana y donde el parto es un hecho rutinario, muchas veces la decisión la realizan los familiares basados en sus experiencias personales.

Estos resultados se relacionan con estudios similares revisados, (15) donde se identificó que el motivo por el cual las gestantes prefieren el parto domiciliario son influidas por el familiar, por las experiencias vividas durante el proceso de parto donde las actitudes de apoyo y protección en el momento del parto llenan de satisfacción y alegría a la gestante por lo contrario el aislamiento, la soledad son factores que repercuten en la decisión de la elección en el momento del parto.

Otro motivo que se encontró con mayor frecuencia para la elección del lugar del Parto fue la distancia que existe desde el lugar de sus viviendas, la distancia de las comunidades en el sector de Muruhuta hasta el centro de salud de primer nivel en un 38,8 %, además de la falta de transporte coincidiendo con estudios realizados en la población de Warisata en la región altiplánica del área rural del Departamento de La Paz, donde las dificultades encontradas de accesibilidad de algunas mujeres fue las distancias largas hasta el establecimiento de salud y la falta de transporte continuó desde las comunidades haciendo difícil el acceso.

IX. CONCLUSIONES

Se determinó las características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario en las mujeres gestantes del Centro de Salud de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020.

Tomado en cuenta las características socioculturales de las mujeres gestantes pertenecientes al Centro de Salud de Muruhuta de la red 13 del departamento de La Paz, se evidencia que más de la mitad corresponde a mujeres gestantes adolescentes y menores de 25 años, por lo que, se concluye que las mujeres son madres a muy temprana edad; con estado civil en su gran mayoría en concubinato y casadas; más de la mitad de las gestantes logró alcanzar el nivel secundario, y ya que la mayoría son muy jóvenes incluso menores de 20 años, pues no alcanzaron el nivel superior; siendo estudiantes sin ocupación con actividades de ayuda en sus hogares por situaciones de mantener oculto el embarazo, en estos casos el lugar de preferencia para el parto fue domiciliario y el riesgo de tener una complicación fue mayor.

Ya que la casi la mitad de las mujeres gestantes se encuentran a más de media hora del centro de salud, puede ser éste un motivo para que no acudan a todos sus controles prenatales y finalmente opten por tener su parto en su propio domicilio. Algunas refieren que sus partos domiciliarios se deben a la lejanía y distancia de acceso de sus viviendas hasta el establecimiento de salud. Por lo que casi la mitad de las mujeres gestantes no acudieron a ninguno de sus controles prenatales, sólo dos mamás asistieron a todos sus controles prenatales.

El parto domiciliario genera experiencias positivas vividas durante el proceso del trabajo de parto, las actitudes de apoyo, protección y atención en el momento del parto por la pareja o los familiares son recordadas como eventos llenas de satisfacción, por lo contrario en un ambiente donde se restringe el acceso de los familiares la sensación de abandono, de falta de apoyo, son sucesos que son

discriminativos, el aislamiento de sus seres queridos o el maltrato psicológico debido a la sensibilidad, susceptibilidad y vulnerabilidad repercuten en un próximo parto con preferencia domiciliario.

Las mujeres gestantes que participaron del estudio mediante encuestas desconocen las señales de peligro durante el embarazo y por ende los riesgos y complicaciones en relación al parto domiciliario, por lo tanto, esta situación conlleva al riesgo de incremento de la mortalidad materna y neonatal.

Entre las principales características socioculturales que conlleva a las gestantes al parto domiciliario fueron el aspecto cultural, pudor, vergüenza el cambio de ambiente a uno desconocido de su entorno familiar, la atención brindada por sus familiares es mayor en el área rural donde recurren al consumo de mates.

En la mayoría de éstas mujeres quienes las influyen más son sus suegras o abuelas. Y las demás que deciden por sí solas si tendrán un parto en el centro de salud o en su domicilio, refieren que deseaban tener un parto en el hospital, ya que conocían de los riesgos de un parto domiciliario, pero por motivos de que no pudieron transportarse al Centro de Salud, su última opción fue tener su parto en su domicilio.

Por último, se concluye que no existen datos de percepción de maltrato de y/o discriminación por parte del personal de salud hacia las mujeres gestantes, que acuden a consulta, ya que más de la mitad indica que no, y el restante refiere que, si percibió un poco de maltrato o discriminación, en su parto anterior o en sus controles prenatales.

X. RECOMENDACIONES

Para resolver el problema de partos domiciliarios y prevenir la mortalidad materna, se requiere la participación del personal de Salud del Centro de Salud de Muruhuta, autoridades del Municipio, y población del lugar.

Recomendaciones a corto plazo:

Realizar un plan de visitas domiciliarias de seguimiento por el personal de salud para promover la atención del parto institucional con interculturalidad de los servicios de salud para mejorar la calidad y la calidez de atención materna y neonatal logrando incrementar las coberturas del parto institucional.

Recomendaciones a mediano plazo:

Realizar gestiones para que el personal de salud especialmente el profesional Médico acceda a capacitaciones periódicas de temas relacionados sobre salud intercultural, calidad de atención y así poder promocionar de manera adecuada los diferentes programas de atención a la mujer gestante.

Incentivar al Personal de salud a buscar estrategias que le permitan un acercamiento a las embarazadas en especial del área de influencia del Sector de Muruhuta que aún no se han vinculado con el parto institucional y control prenatal, tomando en cuenta sus prácticas culturales, en las familias y comunidades que muchas de ellas no son conocidas por el personal de salud. La concepción y práctica sobre el embarazo, parto, post parto, varían según la cultura y tienen incidencia en la decisión de culminar sus partos en el Domicilio.

Recomendaciones a largo plazo:

Se sugiere promover estrategias que acorten la brecha entre las mujeres gestantes y el personal de salud, se debe acercar al proceso fisiológico para lograr la captación oportuna de las gestantes.

Formular estrategias orientadas a sensibilizar a las mujeres embarazadas mediante las actividades de promoción de los servicios de salud de primer nivel sobre la importancia de los controles prenatales y la atención del parto institucional intercultural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes M. Factores socioculturales que condicionan la preferencia de las madres por el parto domiciliario en la localidad de warisata del municipio achacachi. - PDF Descargar libre [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/80203421-Factores-socioculturales-que-condicionan-la-preferencia-de-las-madres-por-el-parto-domiciliario-en-la-localidad-de-warisata-del-municipio-achacachi.html>
2. Estrada BK. Santiago KJ. Factores condicionantes en la atención de partos domiciliarios en la Microred Chanchamayo – Junín – 2017 [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/904/1/TESIS.pdf>
3. Borda C. Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá D.C.pdf [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/904/1/TESIS.pdf>
4. Silva RJ. Estrategias de intervención en la implantación de un sistema de vigilancia activa de la mujer gestante en la red de Salud Corea del municipio de El Alto [Internet]. [citado 19 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/20817/TE-1332.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud Materna - OPS/OMS [Internet]. [citado 17 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
6. Sistema Nacional de información en Salud. Informe Anual. La Paz: Centro de Salud de Muruhuta, La Paz. 2017.
7. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional del sistema de vigilancia epidemiológica de Mortalidad Materna La Paz -Bolivia; 2014. 2014.
8. Alvarez-Rebeca.pdf [Internet]. [citado 16 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrkd/2017/09/02/Alvarez-Rebeca.pdf>
9. Martínez L, Gabriela M, Sánchez DMV, Patricio Á. “Factores asociados con la elección del parto tradicionalmente humanizado en madres embarazadas de la parroquia Quisapincha”. :139.

10. Paz L. Dra. MÓNICA REYES V. Dra. CARMEN CORNEJO. Parto domiciliario:112.
11. Martínez Mollá, Teresa M. Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio [Internet]. 2018. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46250/1/tesis_martinez_molla.pdf
12. Historia del parto: De las comadronas y parteras a los [Internet]. Natalben. [citado 2 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.natalben.com/parto/que-es-parto-natural>
13. Damas LB, Machado RS, Hernández RD, Pérez AS. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. 16 de enero de 2019 [citado 2 de abril de 2022];44(3). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/226>
14. Manejo del trabajo de parto normal - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 2 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/trabajo-de-parto-y-parto-normales/manejo-del-trabajo-de-parto-normal>
15. Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstet Gynecol. octubre de 2016;128(4):e155-64.
16. Cabrera JAC. Manual Obstetricia y Ginecología. [Internet]. Octava Edición ed. Chile. 2017 [citado 14 de marzo de 2022]. Disponible en: https://udape.gob.bo/portales_html/dossierweb2020/htms/CAP07/c070405.htm
17. Artal R. Evaluación de la paciente obstétrica - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica>
18. Inducción del trabajo de parto - Mayo Clinic [Internet]. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/labor-induction/about/pac-20385141>

19. La deambulaci3n durante la primera y segunda fase del trabajo de parto y su repercusi3n en la duraci3n del mismo - Revista Electr3nica de Portales Medicos.com [Internet]. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/deambulacion-durante-primera-segunda-fase-trabajo-de-parto/>
20. Manzur DJL. Fern3ndez C. Pautas de intervenci3n en abortos no punibles. Buenos Aires. 129.
21. Cuidados en el parto normal: una gu3a pr3ctica [Internet]. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0063.pdf>
22. Trabajo de parto prolongado - Ginecolog3a y obstetricia [Internet]. Manual MSD versi3n para profesionales. [citado 3 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/trabajo-de-parto-prolongado>
23. Mondragon Sanchez, Sandra Elizabeth. Edad Cronol3ca y edad mental. 2018.
24. Secretaria de educaci3n Jalisco. Coordinaci3n de Planeaci3n y Evaluaci3n Educativa. Direcci3n de Estadística. [Internet]. 2017. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ls4ZILM1_roJ:sig.jalisco.gob.mx/Estadistica/Conceptos/Conceptos.htm+&cd=7&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt.
25. Diccionario ABC. Defini3n del estado civil. [Internet]. 2017. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ql1REUg_DXcJ:www.definicionabc.com/derecho/estado-civil.php+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt
26. Langer, Ana. Embarazo no deseado. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:XUWLiy4mg3YJ:www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf+&cd=12&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt>
27. Real Academia Espa3ola. Defiini3n de procedencia. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=procedencia>

28. Sáenz de Tejada S. ¿Dónde las mujeres quieren? Desiciones sobre el lugar del parto en comunidades indígenas de Guatemala. 2017.
29. Ortiz López, Sergio I. Factores que influyen en la baja cobertura del parto institucional. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.google.com.gt/search?q=Factores+que+influyen+en+la+baja+cobertura+del+parto+institucional+santa+catarina+lxtaguac%C3%A1n+Solol%C3%A1+Guatemala+septiembre+2014&oq=Factores+que+influyen+en+la+baja+cobertura+del+parto+institucional+santa+catarina>
30. Martinez Mollá, Teresa M. Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio [Internet]. 2018. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/46250/1/tesis_martinez_molla.pdf
31. Vera Valderrama C. La educación en Guatemala. [Internet]. 2018. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AVMVUfb4v9gJ:mazariego slam.blogspot.es/1210624740/+&cd=10&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt>
32. Centro de Investigación Epidemiológica en Salud Sexual y Reproductiva, Organización Mundial de la Salud/Oficina Panamericana de la Salud (OMS/OPS), Ministerio de Salud Pública, Guatemala. Dónde dar a luz. [En línea] 2012. [Citado el: 7 de Marzo de 2015.] [Internet]. Disponible en: <http://www.ciesar.org.gt/es/archivo/saludMaterna/participacionComadronaProfesional/Donde%20Dar%20a%20Luz.%20La%20decision%20de%20la%20mujer%20sobre%20lugar%20de%20parto.pdf.978-9929-40-272-0>
33. Alianga Chavez JK, Cruz Toledo BF. Nivel de satisfacción de gestantes atendidas y atención prenatal del hospital regional de Cajamarca 2016. [Internet]. 2017. Disponible en: <http://croxiv.org/8.-%20Nivel%20de%20Satisfacion%20de%20Gestantes%20Atendidas%20Y%20Atenci%C3%B3n%20Prenatal.pdf>
34. Pelaes Mosquera LA. Perez Puilgarín BE. Ingreso tardío de gestantes al programa de control prenatal en la E:S:E Hospital Tobías de Uramita-2018. [Internet]. 2019. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TGBXespsVV0J:b>

digital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/432/1/Ingreso_tardio_g
estantes_progr ma_control_prenatal.pdf+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=gt

35. Alfaro Noe, Prado Carlos, Orozco P. María Luisa. El Control Prenatal Inadecuado como factor de riesgo de muerte fetal tardía. [Internet]. 1995. Disponible en: <http://www.imbiomed.com.mx/1/PDF/Pr52-02.pdf>
36. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. Visitas domiciliarias (Pre-natal y Post-natal). [Internet]. 2020. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:emgd69MKesgJ:www.encyclopedia-infantes.com/Pages/PDF/visitas_domiciliarias.pdf+&cd=9&hl=es419&ct=clnk&gl=gt
37. Ministerio de salud, del Perú. Directiva sanitaria de evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud. [Internet]. 2019. Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/01/RM853-2012%20-%20DIRECTIVA%20DE%20EVALUACION%20DE%20FON%20V.02.pdf
38. Roosta G. M, editor. Salud materna en contextos de interculturalidad: estudio de los pueblos aymara, ayoreode, chiquitano, guaraní, quechua y yuqui. Primera edición. La Paz, Bolivia: CIDES-UMSA; 2013. 353 p. (Colección 30 aniversario).
39. Diálogo intercultural para el mejoramiento de la calidad de atención materna y neonatal desde el primer nivel de atención del área de salud pública no. 4 del Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=316-dialogo-intercultural-para-el-mejoramiento-de-la-calidad-de-atencion-materna-y-neonatal-desde-el-primer-nivel-de-atencion-del-area-de-salud-publica-no-4-del-ministerio-de-salud-publica&category_slug=documentos-de-noticias&Itemid=219&lang=en
40. Mónica Reyes V. Factores socioculturales que condicionan la preferencia de las madres por el parto domiciliario en la localidad de Warisata del municipio Achacachi. - PDF Descargar libre [Internet]. [citado 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://docplayer.es/80203421-Factores-socioculturales-que->

condicionan-la-preferencia-de-las-madres-por-el-parto-domiciliario-en-la-localidad-de-warisata-del-municipio-achacachi.html

41. Constitución [Internet]. [citado 4 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
42. Medina I A, Mayca P J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Rev Peru Med Exp Salud Publica. enero de 2006;23(1):22-32.
43. Zambrana Torrico J. Factores que condicionan la preferencia de la madre por el parto domiciliario en el área de influencia del centro de salud Charazani de la provincia Bautista Saavedra. :88.
44. Sánchez-Redondo MD, Cernada M, Boix H, Espinosa Fernández MG, González-Pacheco N, Martín A, et al. Parto domiciliario: un fenómeno creciente con potenciales riesgos. An Pediatría. 1 de octubre de 2020;93(4):266.e1-266.e6.
45. Evaluación de la paciente obstétrica - Ginecología y obstetricia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/abordaje-de-la-mujer-embarazada-y-atenci%C3%B3n-prenatal/evaluaci%C3%B3n-de-la-paciente-obst%C3%A9trica>
46. Inducción del trabajo de parto - Mayo Clinic [Internet]. [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/labor-induction/about/pac-20385141>
47. Paz - Factores culturales que impiden la asistencia al parto. pdf [Internet]. [citado 5 de abril de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/24129/TE-528.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
48. Plan de Desarrollo Municipal Sapahaqui [Internet]. [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: http://vpc.planificacion.gob.bo/uploads/PDM_S/02_LA%20PAZ/020902%20-%20Sapahaqui.pdf

49. Índice de estrategias de desarrollo [Internet]. [citado 6 de abril de 2022]. Disponible en: <http://autonomias.gobernacionlapaz.com/sim/municipio/pdm/sapahaqui2001-2005.pdf>
50. Mendoza-Chuctaya G, Montesinos-Segura R, Agramonte-Vilca M, Aguirre-Tenorio L, Mendoza-Chuctaya G, Montesinos-Segura R, et al. Características y Prevalencia de Partos Domiciliarios en un distrito Rural de la Sierra del Perú, 2015-2016. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2018;83(4):377-85.
51. Custodio-Marroquín JA. Características sociodemográficas del parto domiciliario en pobladoras del Centro Poblado Kerguer durante el período 2010 - 2016. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo.* 2016;164-8.
52. Carolina Tarqui M, Alejandro Barreda G. Factores asociados con la elección del Parto Domiciliario en una zona de Atención Primaria. Callao, Perú. 2021.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta

**GUÍA DE ENCUESTA A MUJERES GESTANTES DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL
C.S. DE MURUHUTA DE LA RED 13 DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ GESTIÓN 2020**

Responda las siguientes preguntas o marque con una X según corresponda:

1.- **Edad** <20 Años 21 a 25 años 26 a 30 años Más de 30 años

2.- **¿Cuál es su estado civil?**

a) Casada () b) Soltera () c) Concubina () d) Divorciada/separada ()

3.- **¿Cuál es su grado de instrucción?**

a) Primaria sin concluir ()

b) Primaria concluida ()

c) Secundario ()

d) Superior ()

e) Ninguno ()

4.- **¿Cuál es su ocupación?**

a) Labores de casa ()

b) Comerciante ()

c) Agricultura ()

d) Profesional ()

e) Otros.....

5.- **¿Cuál es la distancia entre el Centro de Salud y su domicilio?**

a) Menos de 15 minutos ()

b) De 15 a 30 minutos ()

c) De 30 minutos a 1 hora ()

d) Más de 1 hora ()

6.- ¿Cuántos Hijos tiene?

a) Solo uno () b) Dos () c) Tres () d) Más de tres ()

7.- ¿Antecedentes de aborto?

a) Uno () b) Dos () c) Más de tres () d) Ninguno ()

8.- ¿A cuántos controles prenatales acudió?

a) Uno o dos ()

b) Tres o cuatro ()

c) Más de cinco ()

d) Ninguno ()

9.- ¿Qué hace con la placenta?

a) Lo guarda ()

b) Lo entierra ()

c) Lo bota ()

d) No sabe ()

10.- ¿Conoce los riesgos del parto y sus complicaciones? a) SI () b) NO ()

¿Cuales?.....

11.- ¿Toma algún mate durante el parto? a) SI () b) NO ()

Cual.....

12.- ¿Considera que su pareja debe acompañarle durante su parto?

a) SI () b) NO ()

13.- ¿Siente pudor o vergüenza durante el parto?

a) SI () b) NO ()

14.- Tiene influencia de familiares o personas cercanas en la decisión del parto domiciliario.

a) SI influyen () b) NO influyen ()

15.- Falta de información sobre el parto domiciliario

- a) No está informada ()
- b) Está informada ()
- c) Muy informada ()

16.- ¿Dónde ha tenido su último parto?

- a) En el Centro de Salud ()
- b) En su domicilio ()
- c) Ninguno ()

17.- ¿Quién le atendió su parto en su domicilio?

- a) Médico ()
- b) Enfermero/a ()
- c) Partera ()
- d) Familia ()
- d) Sola ()

18.- Percepción de maltrato y/o discriminación

- a) Nada ()
- b) Poco ()
- c) Mucho ()

Anexo 2. Cuadros de resultados.

CUADRO N° 7: Distribución por grupos de edades de las gestantes con parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Grupos de Edades	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
< 20 años	4	22,22%
21 a 25 años	10	55,56%
26 a 30 años	3	16,67%
Más de 30 años	1	5,56%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 8: Estado Civil de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Estado civil	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Casada	2	11,11%
Soltera	5	27,78%
Concubina	10	55,56%
Divorciada/separada	1	5,56%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 9: Distancia de acceso al centro de salud para las Mujeres gestantes con parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Distancia de acceso al Centro de Salud	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Menos de 15 min	2	11,11 %
De 15 min a 30 min	8	44,44 %
De 30 min a 1 hora	5	27,78 %
Más de 1 hora	3	16,67 %
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 10: Número de hijos de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Número de hijos	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Solo uno	6	33,33%
Dos	5	27,78%
Tres	3	16,67%
Más de tres	4	22,22%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 11: Antecedentes de aborto de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Antecedentes de aborto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Uno	3	16,67 %
Dos	2	11,11 %
Más de tres	0	0%
Ninguno	13	72,22 %
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 12: Control prenatal de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Control Prenatal	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Uno o dos	4	22.22%
Tres o cuatro	4	22.22%
Más de 5	2	11.11%
Ninguno	8	44.45%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 13: Disposición final de la placenta de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Que hace con la placenta	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Lo guarda	2	11,11%
Lo entierra	12	66,67%
Lo bota	2	11,11%
No sabe	2	11,11%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 14: Conocimiento de riesgos y complicaciones sobre el parto domiciliario de las Mujeres gestantes, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Conoce los riesgos y complicaciones del parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	1	5.56 %
No	13	72,22 %
Un poco	4	22.22 %
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 15: Lugar del último parto de las mujeres gestantes, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Lugar del último parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Centro de Salud	4	22.22%
Domicilio	8	44.45%
Ninguno	6	33.33%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 16: Personal que atendió el parto domiciliario de las mujeres gestantes, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Personal que atendió el parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Médico	3	16.66%
Enfermero (a)	7	38,89%
Partera	5	27.78%
Familiar	3	16.66%
Sola	0	0%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 17: Grado de instrucción de las mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Grado de instrucción	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Primaria sin concluir	1	5,56%
Primaria concluida	4	22,22%
Secundario	13	72,22%
Superior	0	0,00%
Ninguno	0	0,00%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 18: Ocupación de las Mujeres gestantes que tuvieron parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Ocupación	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Labores de casa	10	55,56%
Comerciante	2	11,11%
Agricultura	4	22,22%
Superior	0	0,00%
Profesional	0	0,00%
Otros	2	11,11%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 19: Percepción de maltrato y discriminación durante el parto domiciliario de las mujeres gestantes, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Percepción de maltrato y discriminación	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Nada	13	72.22%
Poco	5	27.78%
Mucho	0	0%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 20: Consumo de mates por parte de las Mujeres gestantes durante su parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Consume mates durante el parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	11	61,11%
No	7	38,89%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 21: Importancia de la compañía de la pareja durante el parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Compañía de la pareja durante el parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	15	83,33%
No	3	16,67%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 22: Pudor de las Mujeres gestantes durante el parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Pudor durante el parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	14	77.78 %
No	4	22.22 %
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 23: Influencia de familiares en la decisión del parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Influencia de familiares en la decisión del parto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si influyen	15	83.33 %
No influyen	3	16.67 %
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

CUADRO N° 24: Falta de información de las Mujeres gestantes sobre el parto domiciliario, que pertenecen al C. S. de Muruhuta en la Red 13 del Departamento de La Paz durante la gestión 2020

Falta de información	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
No está informado	4	22.22%
Poco informado	6	33.33%
Muy informado	8	44.45%
Total	18	100,00%

Fuente: Según datos recolectados en la encuesta realizada a las mujeres con parto domiciliario en el C. S. de Muruhuta, gestión 2020

Anexo 3. Imágenes del lugar de estudio

COMUNIDAD MURUHUTA MUNICIPIO DE SAPAHAQUI PROVINCIA LOAYZA DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ – GESTIÓN 2020



Fuente: Elaboración Propia, Comunidad Muruhuta, 2020

CENTRO DE SALUD MURUHUTA DE LA RED 13 DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ – GESTIÓN 2020



Fuente: Elaboración Propia, Centro De Salud Muruhuta, 2020

Anexo 4. Imágenes de respaldo

ENTREVISTA A PUERPERA CON PARTO DOMICILIARIO DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL C.S. DE MURUHUTA



Fuente: Elaboración Propia, Comunidad Muruhuta, 2020

ENTREVISTA A MADRE CON PARTO DOMICILIARIO DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL C.S. DE MURUHUTA



Fuente: Elaboración Propia, Centro De Salud Muruhuta, 2020

CONTROL PRENATAL DE MUJER GESTANTE EN EL C.S. DE MURUHUTA



Fuente: Elaboración Propia, Comunidad Muruhuta, 2020

CONTROL POST PARTO DE MADRE CON PARTO DOMICILIARIO



Fuente: Elaboración Propia, Centro De Salud Muruhuta, 2020

Anexo 5. Hoja de información a las participantes sobre la investigación.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE SOBRE LA INVESTIGACIÓN



Estimada Señora:

El propósito de este estudio es conocer las características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario en mujeres gestantes del Centro de Salud de Muruhuta en la red 13 del Departamento de La Paz - gestión 2020

Su participación es totalmente voluntaria, cualquier decisión será respetada.

El estudio consta de las siguientes etapas:

- 1.- Primero estar informado sobre el estudio a llevarse a cabo
- 2.- Se realizara una encuesta que durará aproximadamente 10 minutos
- 3.- Todas sus respuestas será confidencial y anónimo.
- 4.- Si está de acuerdo en participar en el estudio se le entregará la encuesta
- 5.- Usted puede realizar preguntas sobre cualquier duda que tenga

Este estudio no tiene ningún riesgo que pueda causarle algún temor.

El beneficio de este estudio será la contribución para conocer las características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario en mujeres gestantes del área de influencia del centro de salud de Muruhuta esto permitirá mejorar la atención en la salud materna.

Si tiene dudas o necesita realizar alguna aclaración puede hacer sus preguntas, lo importante es que usted tenga conocimiento sobre el estudio, de esta manera su decisión de participar será de manera informada y principalmente voluntaria, si usted decide no participar no habrá ninguna situación negativa hacia usted. Sin embargo le recuerdo que sus respuestas son muy importantes para este estudio, si algo de lo que le he explicado no queda claro me puede hacer preguntas en cualquier momento.

Anexo 6. Consentimiento informado para las participantes.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN



Estimada Señora:

Se está realizando un estudio sobre las características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario en mujeres gestantes del área de influencia del centro de salud de Muruhuta.

La presente investigación es conducida por la Dra. Jeaneth Mendoza Paco perteneciente al postgrado de Salud Pública de la Facultad de Medicina dependiente de la Universidad Mayor de San Andrés.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder a una encuesta que será aproximadamente 10 min, la información que se recogerá será confidencial, si tiene alguna duda sobre este estudio puede realizar sus preguntas.

Al firmar este consentimiento doy mi autorización para que se me aplique la encuesta, he sido informada, me han explicado los beneficios de esta investigación, también puedo retirarme sin ningún tipo de perjuicio, tuve la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas.

Por lo tanto acepto participar de forma voluntaria.

De antemano le agradecemos por su participación seria y responsable.

Nombre y firma del participante

Firma del investigador

Lugar y fecha

Anexo 7. Solicitud de autorización para revisión de historias clínicas de las mujeres gestantes

La Paz 23 de Marzo del 2021

Señor:

Dr. Gabino Roly Conde Chambi

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD DE MURUHUTA

RED DE SALUD 13

Presente.-

Ref.- SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DE MUJERES GESTANTES

De mi consideración:

Mediante la presente reciba un saludo cordial y los deseos de éxitos en las funciones que desempeña.

El motivo de la presente es para solicitar el permiso y/o autorización para la revisión de las historias clínicas de mujeres gestantes del área de influencia del centro de salud que acudieron a los controles prenatales y que tuvieron partos domiciliarios en la gestión 2020 para la realización de un estudio de investigación sobre las características socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario.

Sin otro motivo en particular me despido con las consideraciones más distinguidas esperando su respuesta.

Atentamente.


Dra. Jeaneth Mendoza Paco

C.I. 4760318 LP.

