

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA – ENFERMERIA – NUTRICIÓN – TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST – GRADO



“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”

TESIS PARA OBTENER ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

POSTULANTE:
DR. PEDRO MAMANI MAMANI

TUTOR:
DR. DEMS JOSÉ ZAMBRANA TORRICO

LA PAZ – BOLIVIA
2006

AGRADECIMIENTOS

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

DEDICATORIA

*A mi hija Helen, mi familia, a mis
padres por ser parte de mi formación y
soportar las horas avanzada de trabajo.*

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	VIII
I INTRODUCCIÓN	1
II MARCO TEÓRICO	3
II.1 MARCO CONCEPTUAL.....	3
II.1.1 FACTOR	3
II.1.2 CULTURA	3
II.1.3 CONTROL PRE – NATAL	3
II.1.4 PARTO.....	4
II.1.5 PARTO INSTITUCIONAL.....	4
II.1.6 PARTO DOMICILIARIO	5
II.1.7 COMPLICACIONES DEL PARTO	5
II.1.8 OPERACIÓN CESÁREA.....	6
II.1.9 MATERNIDAD SEGURA.....	6
II.1.10 CONSULTA PUERPERIO	6
II.1.11 PERSONAL CALIFICADO	6
II.1.12 MORTALIDAD MATERNA	7
II.1.13 ATENCIÓN CALIFICADA.....	7
II.2 CHARAZANI: LA ZONA DE ESTUDIO	8
II.2.1 SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CHARAZANI	9
II.2.2 MEDIOS DE COMUNICACIÓN	10
II.2.3 PRÁCTICAS AGROPECUARIAS	10
II.2.4 OCUPACIÓN HUMANA	11
II.2.5 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ORGANIZACIÓN	12
II.2.6 ACTIVIDADES ECONÓMICAS Y USO DE RECURSOS NATURALES	13
II.2.7 TURISMO.....	14
III REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	15

IV JUSTIFICACIÓN	17
V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	18
V.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
V.2 OBJETIVO GENERAL.....	18
V.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
V.4 TIPO DE ESTUDIO.....	19
V.5 TAMAÑO DE MUESTRA	20
V.6 POBLACIÓN Y LUGAR	20
V.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	21
V.7.1 CONFIDENCIALIDAD	21
V.7.2 BENEFICIO O NO MALEFICENCIA.....	21
V.7.3 JUSTICIA	21
VI MÉTODO.....	22
VI.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	22
VI.2 TIPO DE MUESTREO	22
VI.3 TÉCNICAS	22
VI.4 FORMULACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DEDUCTIVAS.....	24
VII RESULTADOS.....	25
VII.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ENTREVISTADAS	26
VII.2 FACTORES QUE CONDICIONAN LA PREFERENCIA POR EL PARTO DOMICILIARIO	28
VII.2.1 ASPECTOS SOCIO – CULTURALES	29
VII.2.1.1 SUBESTIMACIÓN DE LOS RIESGOS DEL PARTO	32
VII.2.1.2 PUDOR, VERGÜENZA	33
VII.2.1.3 RECHAZO A LA CESÁREA Y A LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS.....	33
VII.2.1.4 SATISFACCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO	34
VII.2.1.5 INFLUENCIA DE FAMILIARES Y PERSONAS CERCANAS	35
VII.2.1.6 IDIOMA	36
VII.2.2 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	36

VII.2.2.1	PERCEPCIÓN DE FALTA DE CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PERSONAL	38
VII.2.2.2	PERCEPCIÓN DEL MAL TRATO Y DISCRIMINACIÓN	38
VII.2.2.3	FALTA DE INFORMACIÓN Y PROMOCIÓN DE PARTO EN SERVICIO.....	38
VII.2.2.4	FALTA DE CONTINUIDAD DEL PERSONAL	39
VII.2.3	ACCESO AL CENTRO DE SALUD	39
VII.2.3.1	ACCESO GEOGRÁFICO AL CENTRO DE SALUD	40
VII.2.3.2	FALTA DE AUXILIO OPORTUNO.....	41
VII.2.3.3	HORARIO INADECUADO DE ATENCIÓN	41
VII.2.4	FACTORES ECONÓMICOS	42
VII.3	OBSERVACIÓN DE INSTALACIONES	42
VIII	DISCUSIÓN	44
IX	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	48
IX.1	CONCLUSIONES.....	48
IX.2	RECOMENDACIONES	50
X	PROYECTO DE INTERVENCIÓN	52
XI	BIBLIOGRAFÍA	I
ANEXO A:	GUÍA DE ENTREVISTAS A MADRES	III
ANEXO B:	GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD DE SERVICIO DE ATENCIÓN DE PARTO	VII
ANEXO C:	GUÍA DE DISCUSIÓN DE GRUPO FOCAL CON MUJERES EN GENERAL	X
ANEXO D:	GUÍA DE OBSERVACIÓN GENERAL DEL SERVICIO DE SALUD.....	XIII
ANEXO E:	MATRIZ DE PRIORIZACIÓN	XVII
ANEXO F:	CRONOGRAMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	XVIII
ANEXO G:	MAPA DE LA PROVINCIA BAUTISTA SAAVEDRA.....	XIX

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. INDICADORES SOCIODEMOGRAFICOS.	8
TABLA 2. LA RED DE SERVICIOS DE SALUD NO. 2 “APOLOBAMBA”	9
TABLA 3. POBLACIÓN POR GRUPO ETAREO DEL MUNICIPIO DE CHARAZANI	9
TABLA 4. SEGMENTO DE POBLACIÓN INCLUIDA EN LA MUESTRA	20
TABLA 5. DEFINICIÓN CATEGORÍAS DEDUCTIVAS.....	24
TABLA 6. FORMULACIÓN DE CATEGORÍAS INDUCTIVAS: ASPECTOS SOCIO – CULTURALES	29
TABLA 7. FORMULACIÓN DE CATEGORÍAS INDUCTIVAS: CALIDAD DE SERVICIO	36
TABLA 8. FORMULACIÓN DE CATEGORÍAS INDUCTIVAS: FACTORES DE ACCESO AL SERVICIO	39
TABLA 9. FORMULACIÓN DE CATEGORÍAS INDUCTIVAS: FACTORES ECONÓMICOS	42

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	26
GRÁFICO 2. CASOS DE PARTO DOMICILIARIO E INSTITUCIONAL.....	27
GRÁFICO 3. FACTORES CONDICIONANTES PRINCIPALES PARA LA PREFERENCIA DE PARTO EN CASA.....	28

RESUMEN

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cuáles son los 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?

OBJETIVOS:

- a) **De investigación.** Determinar cuáles son los 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.
- b) **De intervención.** Desarrollar lineamientos definidos en un Plan de Intervención que permitan incrementar la preferencia de las madres, por el parto en Servicio en el área de influencia del centro de salud Charazani.

TIPO DE ESTUDIO: Se realizó una investigación cualitativa prospectiva. Se aplicó entrevistas a profundidad para una comprensión amplia, integral y contextualizada del tema de estudio.

LUGAR: Área de influencia del Centro de Salud Charazani de la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz.

POBLACIÓN: 26 madres del municipio de Charazani, con parto domiciliario e institucional en los últimos dos años y 4 personales de salud del Centro de Salud Charazani.

INTERVENCIÓN: Se seleccionaron 26 madres y 4 personas del servicio de salud por muestreo intencionado no probabilística, a las que se entrevistó con interrogantes sobre factores que condicionan su preferencia por el parto en casa. También se aplicó la técnica de la observación estructurada para obtener evidencia real y natural sobre las prácticas y comportamientos en relación al servicio de atención de parto.

Los datos se analizaron con la ayuda del software de análisis cualitativo MAXQDA2, para categorizar, codificar y organizar los datos.

RESULTADOS: Los hallazgos dan cuenta de que los factores que condicionan la preferencia de la madre por el parto domiciliario son: la subestimación de los riesgos del parto; pudor y vergüenza; rechazo a la cesárea y procedimientos médicos; satisfacción del parto en casa; influencia de familiares y personas cercanas; idioma; percepción de falta de capacidad resolutive del personal; percepción del mal trato y discriminación; falta de información y promoción; continuidad de personal; acceso geográfico al centro de salud; falta de auxilio oportuno; horario inadecuado y en poca medida la percepción de costo de servicio. Se evidenció que las condiciones de infraestructura y equipamiento no influyen en gran medida en la elección de la casa como lugar de parto.

CONCLUSIONES: Los resultados demuestran que existen factores culturales, de calidad de servicios, de acceso geográfico y económico que condicionan la preferencia de las madres del municipio de Charazani por el parto en domicilio. Se pudo evidenciar que la falta de información adecuada acerca del parto y sus complicaciones generan percepciones y actitudes negativas en torno a la atención del parto en el Centro de Salud de Charazani.

I INTRODUCCIÓN

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.

La pobreza del país y sus características pluriculturales y multiétnicas son condicionantes que ahondan el problema de la mortalidad materno infantil en las áreas rurales e indígenas. Desde el estado se ha propuesto e implementado políticas y estrategias dirigidas a reducir la mortalidad materna infantil como el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, Seguro Básico de Salud y actualmente el SUMI¹, sin embargo, no se avanzó mucho. En 1994 la tasa de mortalidad materna era de 390 por cada 100.000 nacidos vivos, a inicios del año 2003 la tasa de mortalidad materna era de 249 por cada 100.000 nacidos vivos (ENDSA, 2003)². Cada 2 minutos una mujer queda embarazada, encontrándose en un riesgo de muerte por causas obstétricas de 1 en 45 mujeres comparado con 1 en 8.700 de Suiza (CMS, 2000)³.

La mayoría de esas muertes ocurre antes que las mujeres cumplan 30 años y el 70 por ciento de estos decesos sucede en La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y Potosí sobre todo en los municipios rurales. El 53% de las muertes maternas ocurre en domicilio y el 37% de las mujeres fallece en establecimientos de salud (PNSSR, 2005)⁴.

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

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

³ Comité por una Maternidad Segura. La Paz – Bolivia. 2000.

⁴ Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR). 2005.

En la sección municipal Charazani de la Provincia Bautista Saavedra, de acuerdo a la UDAPE⁵ la tasa de cobertura de partos atendidos institucionalmente es de solo 22.3%, lo que representa una alta tasa de inasistencia al Centro de Salud para atenderse el parto.

De acuerdo a la OPS⁶, existe una fuerte asociación entre la mortalidad materna y la atención institucional del parto. En algunos países de la Región, como Guatemala y Honduras, más del 50 % de los partos son atendidos en casa por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa, sin recibir atención alguna en una institución de salud.

A nivel internacional se estima que dos de los factores más relacionados con la mortalidad materna son el lugar del parto y las decisiones de la parturienta y su familia sobre dónde recurrir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio. Se estima también que hay menos riesgo tanto para la madre, como para el recién nacido con un parto institucional que con uno domiciliario.

En este sentido, el propósito del este trabajo de investigación fue determinar los factores que condicionan la preferencia de las mujeres por el parto domiciliario en el área de influencia del Centro de Salud Charazani de la provincia Bautista Saavedra, y luego proponer una Estrategia de Intervención para incidir en la preferencia por el parto institucional.

⁵ Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Educación y Ministerio de Salud y Deportes.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. Maternidad Saludable. Bogotá – Colombia, 1998.

II MARCO TEÓRICO

II.1 MARCO CONCEPTUAL

II.1.1 FACTOR

En La terminología científica, se llama factor a todo elemento, causa o concausa que, unidos a otras, participa en el desarrollo o la constitución de un fenómeno, o contribuye a causar un efecto. Agente, causa o circunstancia que influye para producir una situación o resultados determinados. Es la causa, determinante o condición necesaria de un acontecimiento o cambio⁷.

II.1.2 CULTURA

La cultura se concibe como estilo de ser, de hacer y de pensar y como un conjunto de obras institucionales. La cultura comprende el conjunto de rasgos que caracterizan los modos de vida, y se manifiesta a través de una serie de objetos y modos de actuar y de pensar que son creados y transmitidos por los hombres y mujeres como resultado de sus interacciones recíprocas y de sus relaciones con la naturaleza a través del trabajo⁸.

II.1.3 CONTROL PRE – NATAL

El control prenatal es la visita periódica y sistemática de la embarazada al servicio de salud para⁹:

- Vigilar la Evolución del proceso de gestación;
- Prevenir factores de riesgo

⁷ Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Términos Pedagógicos. Edit. Magisterio del Rio de la Plata. 2da. Ed. ,1999, Buenos Aires, Argentina. Pág. 139.

⁸ Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Términos Pedagógicos. Edit. Magisterio del Rio de la Plata. 2da. Ed. ,1999, Buenos Aires, Argentina. Pág. 71.

⁹ MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL – UNIDAD NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS. *Atención a la Mujer y al Recién nacido en Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales de Distrito*. Norma Boliviana De Salud Nb-Msps-02-2000, Pag. 43, Noviembre 2000, La Paz – Bolivia.

- Detectar y tratar oportuna y adecuadamente las complicaciones que podrían presentarse durante la etapa del embarazo;
- Referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponda;
- Entregar contenidos educativos (orientación) y
- Lograr un parto en las mejores condiciones de salud de la madre y su hijo.

II.1.4 PARTO

El parto, también llamado nacimiento o dar a luz, es la culminación del embarazo, la salida de un niño del útero materno.

Según la Norma Boliviana de Salud¹⁰ el parto es la expulsión del feto (mayor a 400 gramos) por vía vaginal después de cumplidas las 20 semanas de gestación. El parto puede ser de bajo riesgo y espontáneo:

- Es **de bajo riesgo** cuando el embarazo ha tenido una evolución normal y ha alcanzado 37 a 41 semanas de gestación, y donde no se han detectado factores intercurrentes que puedan alterar su acontecimiento normal o fisiológico.
- Es **espontáneo** cuando en su iniciación no han intervenido agentes externos.
- Es **provocado o inducido** cuando en su iniciación han intervenido agentes externos.

II.1.5 PARTO INSTITUCIONAL

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

¹⁰Ibidem, Pag. 57.

II.1.6 PARTO DOMICILIARIO

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

II.1.7 COMPLICACIONES DEL PARTO

Las complicaciones del parto son dificultades que entorpecen el normal desarrollo del proceso de parto que 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 sintética intravenosa. Cuando estas medidas son ineficaces, es necesario practicar una cesárea.
- 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.
- 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, vacuum o cesárea.
- La **fiebre puerperal** ha sido en el pasado una causa importante de muerte materna, debido a la deficiente asepsia durante el parto.

II.1.8 OPERACIÓN CESÁREA

Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina, con un embarazo mayor de 37 semanas¹¹.

El riesgo asociado a la cesárea en comparación con el parto vaginal es 4 veces mayor para la madre y 5 veces para el neonato.

La cesárea puede ser:

- **Efectiva:** Cirugía programada por antecedentes de la paciente relatados en su Historia Clínica.
- **De emergencia:** Por complicaciones maternas o fetales durante el trabajo de parto.
- **Previa:** En paciente con antecedentes de una cesárea anterior.

II.1.9 MATERNIDAD SEGURA

La maternidad segura es un componente esencial de la salud reproductiva, y la organización Safe Motherhood la define como la capacidad de una mujer para tener un embarazo y parto seguro y saludable.

II.1.10 CONSULTA PUERPERIO

Conjunto de actividades que se proporcionan a la madre para controlar el proceso fisiológico después del parto, que permitan acciones de prevención y tratamiento oportuno¹².

II.1.11 PERSONAL CALIFICADO

El término personal o proveedor calificado se refiere exclusivamente a aquellas personas con destrezas en atención profesional del parto (por ejemplo, médicos,

¹¹ Ibidem. Pág. 267

¹² MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES – PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. *Protocolos Seguro Universal Materno Infantil*. Pág. 4, Bolivia, 2004.

parteras profesionales, enfermeros) que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas necesarias para brindar cuidados competentes durante el embarazo y el parto (GTIRRMM, 2003)¹³.

II.1.12 MORTALIDAD MATERNA

De acuerdo con la definición de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (Citado por GTIRRMM, 2003)¹⁴, una muerte materna es *“la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo y/o su desarrollo, pero no a causas accidentales o incidentales”*.

Las causas de la mortalidad materna en los últimos años han tendido a descender. Esto se relaciona con un mejoramiento general de los recursos puestos al servicio de la salud materna. Las causas más frecuentes de mortalidad materna son: hemorragia y shock, Infección, toxemia y aborto.

II.1.13 ATENCIÓN CALIFICADA

“La atención calificada se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud o el hospital. Para que esto ocurra, el proveedor debe tener las destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. Esto incluye un marco de políticas y normas, suministros adecuados, equipamiento e infraestructura además de un eficiente y efectivo sistema de comunicación, y de referencia y transporte”¹⁵.

¹³ GRUPO DE TRABAJO INTERAGENCIAL REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA (GTIRRMM). *Atención Calificada del Parto en América Latina y el Caribe*. Informe 2004, Pág. 4, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 2003.

¹⁴ Idem, Pág 2.

¹⁵ Family Care International. *La atención calificada durante el parto*. Un cuaderno informativo. Nueva York: FCI: 2003.

Según la Organización Mundial de la Salud: Un establecimiento de salud que ofrece mala atención no sólo es peligroso, sino que además hace más difícil que se incremente el acceso a y el uso de atención calificada, puesto que las malas experiencias fundamentan expectativas negativas. Es de suma importancia que los servicios de salud tomen en cuenta las costumbres y creencias de las poblaciones locales, para que la comunidad perciba el servicio positivamente y acuda a buscar atención.

II.2 CHARAZANI: LA ZONA DE ESTUDIO

Charazani, también conocida como “Villa Juan J. Perez”, está ubicada al noroeste de la ciudad de La Paz y se encuentra en la provincia Bautista Saavedra. Se encuentra a 3200 msnm. La temperatura oscila entre 10° a 20° C. Charazani está caracterizado por tener tres pisos ecológicos que son: Altiplano, valle, trópico.

De acuerdo al censo de Población y Vivienda de 1992 hecha por el INE, Charazani tenía una población de 1657 habitantes, sin embargo, datos actuales (2003) provistas por el INE reportan una población total en el municipio de 9262 habitantes. La densidad poblacional es de 2,7 Hbts/Km².

Charazani es la capital de la provincia Bautista Saavedra y como centro económico de esta, posee la mayor cobertura de servicios. Cuenta con los servicios de energía eléctrica, generado por “Pelton” red de agua por cañería no potabilizada, centro de salud, alojamientos y colegio secundario.

Tabla 1. Indicadores sociodemograficos.

MUNICIPIOS	NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS	INDICE DE DESAROLLO HUMANO	MORTALIDAD INFANTIL	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	ANALFABETISMO	DENSIDAD POBLACIONAL
CHARAZANI	98,10	0,318	91X1000	7,2	55,84	3,32

FUENTE: Red Apolobamba.

II.2.1 SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CHARAZANI

La Red de servicios de salud comprende a 7 establecimientos de Salud de atención primaria en salud con infraestructura inadecuada, de distribución de ambientes y espacio insuficiente, el equipamiento en los Establecimientos de Salud es insuficiente, necesita ser mejor equipado.

De acuerdo al modelo de gestión cuenta con un centro de salud de primer nivel. Los Centros de Salud requieren ser equipado en lo referente a laboratorio, equipamiento odontológico, medios logísticos, por presentar población dispersa. Pese a las dificultades de accesibilidad a los puestos de salud por los accidentes geográficos de la región.

El Municipio de Charazani forma parte de la Red Apolobamba que comprende los siguientes municipios:

Tabla 2. La Red de Servicios de Salud No. 2 “Apolobamba”

MUNICIPIOS	HOSPITAL	CENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD
APOLO	1	1	4
PELECHUCO	0	2	3
CHARAZANI	0	3	4
CURVA	0	1	1
CHUMA	0	3	4
AYATA	0	1	4
AUCAPATA	0	1	5
TOTAL... 38 E.S.	1	12	25

Tabla 3. Población por grupo etareo del municipio de Charazani

MUNICIPIO DE CHARAZANI												
Establecimientos	<1a	1 año	2 a 4 a	5 a 14 a	15 a 59 a	60 a más	Total	Pob. EMB.	Pob. PARTO	15 a 49 (MEF)	< 2 años	< 5 años
C.S. Charazani	73	51	175	458	786	189	1732	70	62	318	124	298
C.S. Amarete	155	108	370	972	1668	401	3675	148	132	674	263	633
C.S. Chullina	42	29	100	262	449	108	990	40	36	182	71	171
P.S. Cotapampa	61	43	147	385	661	159	1456	59	52	267	104	251
P.S. Caata	52	36	125	328	562	135	1238	50	44	227	89	213
P.S. Florida	32	22	76	198	340	82	750	30	27	138	54	129
TOTAL CHARAZANI	415	288	992	2604	4466	1075	9841	397	353	1806	704	1695

FUENTE: RED DE SALUD APOLOBAMBA

II.2.2 MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Las carreteras troncales son de asfalto aproximadamente 100 Km. Posteriormente hasta llegar a Charazani es de tierra en regular estado. La distancia aproximada de la ciudad de La Paz hasta Charazani es de 287 Km. En época de lluvias es intransitable, principalmente en lugares como Charazani - Apolo. Las rutas vecinales son de tierra de regular a mal estado, sobre todo derrumbes que afectan la transitabilidad vehicular y peatonal.

Respecto a los medios de comunicación, se escuchan emisoras de radio como: Radio Fides, San Gabriel y Panamericana; también se recibe señal televisiva del canal 2 (Unitel) mediante una repetidora. Se cuenta con una línea ENTEL que es usada por la población para la comunicación con el cual se beneficia a un 40 % de las dos provincias, del Norte Paceño. Bautista Saavedra y Prov. Franz Tamayo.

II.2.3 PRÁCTICAS AGROPECUARIAS

Las actividades agropecuarias de los valles de Charazani presentan distintas modalidades y conducen a impactos diferentes según su ubicación, distinguiéndose dos principales ámbitos: Las tierras altas y los valles.

En las tierras altas y los valles, la quema es la práctica tradicional para la renovación de los pastizales, la limpieza de los terrenos y la fertilización de los suelos. Se inscribe en las costumbres locales y su uso es generalizado, siendo su motivo a veces únicamente evitar el acercamiento de zorros y otros animales dañinos o bien, una distracción para los niños.

El mayor problema asociado con esta práctica, que alcanza su máxima intensidad entre los meses de junio y agosto, son los fenómenos erosivos producidos cuando se la realiza en zonas de fuertes pendientes. Conduce también frecuentemente a la pérdida de la cobertura vegetal vecina a los terrenos que se suelen limpiar, generando ocasionalmente incendios descontrolados que pueden destruir la vegetación de cerros enteros.

Para aliviar los efectos de las sequías que se presentan en cada temporada seca (junio a septiembre), los ganaderos contemplan la construcción de nuevos pozos y canales de riego, desviando el curso de algunos arroyos o aprovechando el agua de las lagunas (con una bomba fotovoltaica), pero el potencial de riego de la zona ya está explotado en gran medida y al mejorar temporalmente la situación se teme que sólo resultaría en el aumento del número de cabezas de animales y la agudización del problema en el futuro.

En las tierras bajas, el asentamiento de nuevas familias de colonos, prácticamente todas originarias del Altiplano (como se indicó anteriormente, muchos provienen de la meseta occidental), resulta en un complejo mosaico de desmontes para fines agrícolas, en terrenos generalmente muy inclinados y por la mayoría no aptos para esta actividad. Esta situación afecta en particular los frágiles bosques nublados de Carijana, donde grupos de habitantes de Amarete y otras comunidades tienen la intención de asentarse desde hace muchos años, volviendo cada año a plantear sus demandas a la administración del área.

II.2.4 OCUPACIÓN HUMANA

Los restos arqueológicos descubiertos en la zona indican la presencia de asentamientos humanos desde tiempos preincaicos (posiblemente de la cultura Tiwanaku). Los tres primeros siglos de la colonia se caracterizaron por una desestructuración y un importante despoblamiento de la zona, agudizada por la llegada de hacendados criollos y extranjeros en el siglo XIX y el remate forzado de tierras comunitarias a partir de 1866.

La distribución actual de los asentamientos humanos es dispersa a lo largo de los principales valles interiores, contándose además con una importante población dedicada a la ganadería de camélidos en la meseta alta.

La casi totalidad de los habitantes de esta zona es de origen quechua y aymara, siendo la región el lugar de origen de la cultura Kallawayá (en las zonas de Curva, Charazani, Chari y Chajaya), con sus reconocidas prácticas de medicina tradicional.

En el centro medicinal de Chari se prescriben productos como la Vilaya contra la toz, el Tapayo para curar problemas de vista, el Ocorore para la vista y los riñones, la Tola contra los resfríos y el Chuchuco, un poderoso anti-inflamatorio. Pero al igual que en muchas otras partes estos conocimientos se pierden año tras año y amenazan de caer en olvido completo si no se da un rápido impulso a su diseminación.

II.2.5 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y ORGANIZACIÓN

La mayoría de las comunidades presentan fuertes deficiencias en infraestructura y servicios básicos: sólo Charazani cuenta con electricidad, la atención médica es muy limitada por las dificultades de comunicación y la falta de insumos, los indicadores de educación se encuentran por debajo del nivel nacional y la infraestructura sanitaria es extremadamente precaria (aunque se notan mejoras con la reciente conformación de la Red de Salud Apolobamba, integrada por postas sanitarios en Amarete, Charazani y Pelechuco).

Con un índice de desarrollo humano entre los más bajos del altiplano boliviano, el valle de Pelechuco presenta una clara postergación con relación a las comunidades de las tierras altas y del valle de Charazani, principalmente atribuida a su aislamiento

La forma de tenencia de la tierra en las tierras altas es comunitaria. Después de la Reforma Agraria de 1953, las comunidades asentadas en haciendas, las comunidades originarias (sin patrón) e inclusive algunas indígenas, se organizaron en sindicatos agrarios agrupados en subcentrales y centrales sindicales. Las centrales corresponden por lo general a la división política en cantones y se agrupan en la Federación Provincial, las federaciones provinciales en departamentales y estas últimas en una Confederación Nacional, por tanto se hallaban afiliadas

sindicalmente a la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB).

La promulgación de la Ley de Participación Popular y de la Ley de Descentralización Administrativa en 1994 han conducido a un profundo proceso de reorganización de la comunidad originaria, reconstituyéndose en ayllus y markas. En las zonas del Valle de Charazani la intensificación de la agricultura y la minifundización está conduciendo a un fuerte flujo migratorio, que algunos ya han empezado a calificar de “vaciamiento rural”.

II.2.6 ACTIVIDADES ECONÓMICAS Y USO DE RECURSOS NATURALES

La economía de los valles está basada en una agricultura de autoconsumo en terrazas, con ganadería de vacunos y ovinos en pequeña escala, complementada por la migración temporal de muchos pobladores hacia las ciudades y los centros mineros. En el valle de Charazani la producción agrícola ha alcanzado un alto nivel técnico-organizativo, destacando los cultivos siguientes: i) entre 2.800 y 3.600 msnm: ají, frutales, yuca, maíz, trigo y arvejas; ii) entre 3.600 y 4.000 msnm: tubérculos, cebada y haba.

Entre las actividades “transversales”, es decir practicadas en las varias sub-regiones del área, cabe destacar la minería aurífera y la piscicultura.

Si bien los recursos mineros del área son múltiples (oro, arsenopirita, y en menor medida plata, plomo, zinc, estaño y calizas), la actividad minera se centra en la actualidad casi exclusivamente en la explotación aurífera. Actividad de larga data (desde la época precolombina) principalmente ubicada en las cabeceras de valles, la minería de oro adquirió gran importancia con el cierre de las minas estatales en 1985, cuando miles de obreros perdieron su trabajo y se encontraron sin alternativas de reinserción en el mundo laboral. Realizada exclusivamente en pequeña escala y mayormente en minas subterráneas, se practica a nivel de comunidad (lavaderos

comunales) o bajo el sistema de cooperativas, con maquinaria y socios mayormente externos a las comunidades.

II.2.7 TURISMO

La situación turística de la región de los valles donde se encuentra Charazani se puede definir en los siguientes términos: es el lugar que todos quieren conocer y donde nadie se atreve a viajar.

La belleza paisajística del área es incomparable, conformada principalmente por los imponentes nevados y glaciares como el Akamani o el Katantika, las numerosas lagunas de origen glacial y las poblaciones de vicuñas silvestres y rebaños de camélidos domésticos en extensos pastizales sin construcción de alambrados. Para los turistas en búsqueda de sensaciones fuertes existen innumerables rutas de ascenso para andinismo, así como ríos torrentosos aptos para el rafting. Y para las personas atraídas por experiencias más contemplativas existen caminos precolombinos habilitados o en proceso de habilitación y numerosos sitios arqueológicos (sistemas de riego preincaicos) e históricos (edificios coloniales). Asimismo, la región es asiento de la cultura Kallawaya, con su medicina tradicional de renombre. En esta zona (Curva, Charazani, Chullina, Chari y Chajaya) se hallan varios baños termales.

III REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se han hecho varios estudios sobre los factores que condicionan un parto seguro, resultados de Bulatao y Ross (BULATAO, R. & ROSS, J., 2001) en su estudio “Do Health Services Reduce Maternal Mortality?”, muestran como principales factores en la reducción de la mortalidad materna, la situación económica y el acceso a los servicios de salud materna.

La investigación realizada por MotherCare Matters (MOTHERCARE Matters, 2000) la aceptación de servicios de salud son situaciones importantes que determinan el éxito del parto. Los factores asociados a la elección del parto en casa, según esta investigación, serían la tradición o costumbre, el costo, y respeto por costumbres locales.

Al respecto Koblinsky (KOBILNSKY, 2000) menciona que no se debe olvidar el contexto socioeconómico, el cual influye e interactúa con las barreras para el uso de la atención calificada a nivel familiar y de la comunidad.

Según se establece en un estudio sobre la “Maternidad en Mujeres Indígenas Quechuas”¹⁶. Uno de los factores que limita el acceso a la atención materna en Bolivia es la incomunicación y subestimación del personal de los servicios de salud respecto de las prácticas culturales tradicionales de la atención de la maternidad.

El trabajo ejecutado por la organización no gubernamental Causananchispaj, con apoyo técnico y financiero de OPS/OMS y de Population Concern, identifica como un aspecto importante para la mortalidad materno infantil en los municipios de Caiza D y Cotagaita del departamento de Potosí, el desconocimiento y la no valoración por

¹⁶ Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj – Population Concern. *Caso de diez ayllus de los municipios de Caiza “D” y Cotagaita del departamento de Potosí. La Paz: CDCCPC, 2003.*

parte del servicio de salud de las prácticas tradicionales de atención de la maternidad que realizan las parteras de la comunidad en la población campesina e indígena.

A parte del trabajo mencionado no se conocen trabajos recientes que hayan indagado sobre los factores culturales condicionantes de la preferencia de las mujeres por el parto domiciliario en la región de Charazani.

IV JUSTIFICACIÓN

Bolivia se caracteriza por tener una de las más altas tasas de mortalidad materna de América Latina, después de República Dominicana y Nicaragua provocadas en muchos casos por condiciones de inequidad social, injusta distribución económica y discriminación cultural. Por lo tanto, es importante conocer aspectos, como el que se estudia, que puedan ayudar a resolver los problemas relacionados a la salud materna. En ese sentido, la presente investigación tiene el propósito de indagar, describir y analizar los factores condicionantes de la preferencia del parto domiciliario que rodean al problema de la morbi-mortalidad materna.

En este contexto, el desafío principal de este trabajo consiste, por una parte, en conocer las razones que tienen las mujeres por preferir el parto domiciliario, la importancia y utilidad de la presente investigación radica en que ayuda a comprender mejor la problemática de la mortalidad materno – infantil en las áreas rurales. El trabajo aporta conocimientos acerca de la situación materna en las comunidades rurales indígenas y propone iniciativas para afrontar el problema de las altas tasas de mortalidad materna generados por la baja demanda de los centros de salud de las mujeres gestantes.

Con seguridad los resultados de este trabajo contribuirán, de manera significativa, para proponer estrategias para mejorar la situación de la maternidad en Bolivia, ya que al conocer los factores de la baja asistencia de población a los centros de salud, se podrá estudiar alternativas para superar el obstáculo y reducir la mortalidad materna en las poblaciones indígenas y originarias.

Como producto del trabajo se tiene un Plan de Intervención, que presenta las estrategias diseñadas para incrementar el acceso de las mujeres en estado de parto al Centro de Salud y de esta manera contribuir a reducir las tasas de morbi-mortalidad materno infantil, según los objetivos trazados en el Plan Estratégico de Salud del Ministerio de Salud, partiendo de los resultados de la investigación.

V DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

V.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El estudio pretende responder a la pregunta planteada a continuación:

¿Cuáles son los 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?

V.2 OBJETIVO GENERAL

Para responder a la anterior pregunta el objetivo principal de esta investigación fue:

- a) **De investigación.** Determinar cuáles son los 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.
- b) **De intervención.** Desarrollar lineamientos definidos en un Plan de Intervención que permitan incrementar la preferencia de las madres, por el parto en Servicio en el área de influencia del centro de salud Charazani.

V.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) De investigación:

- Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los prestadores de servicios de salud respecto al parto domiciliario.
- Identificar las concepciones, actitudes y prácticas de las mujeres respecto al parto domiciliario.
- Describir las características generales, funcionamiento administrativo, ambiente, recursos y servicios que ofrecen los servicios de salud de la región.

b) De intervención:

- Identificar estrategias que permitan reflexionar a las madres sobre la importancia de atenderse el parto en el centro de salud.

- Identificar las necesidades de información, educación y comunicación para motivar, el acceso de las mujeres en estado de parto al centro de salud.
- Proponer un Plan de Intervención para mejorar el acceso del parto a los centros de salud.

V.4 TIPO DE ESTUDIO

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

De las opciones que se tiene dentro de la metodología cualitativa, se tomó las siguientes tres técnicas:

- (1) entrevista individual semi-estructurada,
- (2) observación directa estructurada y
- (3) grupo focal.

Con las entrevistas individuales de profundidad se estableció un contacto directo con la población y compartir experiencias y evitar que los entrevistados estén influenciados por la dinámica de grupo. Se aplicó entrevista a profundidad para una comprensión amplia, integral y contextualizada del tema de estudio; buscaremos ubicar la problemática de la accesibilidad dentro del contexto social de la región y no aisladamente realizando preguntas relevantes según el desarrollo de la entrevista.

Se aplicó guías semi-estructuradas con un grupo focal para describir y analizar una situación dada desde el punto de vista de los propios actores. Esta visión se contrasta con los análisis e interpretaciones que se hace sobre el tema de investigación. Todo el proceso se apoya también con la observación directa del contexto externo e interno del Centro de Salud.

El estudio se basó en un diseño de investigación flexible. Inicialmente se seleccionó las técnicas y preguntas de investigación, luego se hizo las modificaciones necesarias en el transcurso de la recolección de datos.

V.5 TAMAÑO DE MUESTRA

Para asegurar la utilidad de la información producida, el estudio se basó en una muestra seleccionada intencionalmente de mujeres madres habitantes de cinco comunidades del municipio de Charazani que son usuarios del Centro de Salud de Charazani en la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz.

Se seleccionó personas que pudieran brindar una mayor información sobre las preguntas de la investigación.

En el siguiente cuadro se presenta una descripción de los segmentos de población que se incluyó en la muestra.

Tabla 4. Segmento de población incluida en la muestra

TIPO DE INFORMANTE / TIPO DE ENTREVISTA	Individual a profundidad	Grupo Focal	Observación Consulta
Proveedores de servicio de salud	4	0	1
Madres que han utilizado el servicio de salud al menos una vez o mujeres que hayan tenido al menos un parto domiciliario.	20	1(6part.)	

V.6 POBLACIÓN Y LUGAR

La población seleccionada intencionalmente, comprende las madres que habitan en aquellas comunidades que son parte del área de influencia del servicio de salud Charazani.

Entonces, el lugar objeto de estudio determinado para esta investigación viene a ser Charazani que es la Capital del Municipio Juan José Pérez de la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz. El estudio se llevó a cabo del 8 al 26 de agosto del 2006.

Es necesario recordar que en esta región se encuentra un asentamiento muy importante de la medicina tradicional Kallawaya, declarado Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad por la UNESCO el año 2003.

V.7 ASPECTOS ÉTICOS

Durante la investigación y sobre todo en la realización de las entrevistas se tendrá el debido cuidado de brindar:

V.7.1 CONFIDENCIALIDAD

Se tomó en cuenta la confidencialidad de los datos y de las opiniones resultantes de la aplicación de la entrevista profunda. Se explicó a los entrevistados que los datos proporcionados por ellos, no serán utilizados para definir su perfil personal o desempeño de funciones y que sólo serán orientados a conseguir los objetivos del proyecto. No se publicaron sus nombres en el estudio, ni los apuntes de entrevista. Sin embargo, esta documentación de respaldo, estará disponible como referencia a los resultados del proyecto.

V.7.2 BENEFICIO O NO MALEFICENCIA

No se espera que la entrevista profunda cause algún tipo de daño a los entrevistados. En todo caso, como se afirmó en el anterior acápite, se mantuvo la confidencialidad de las fuentes.

V.7.3 JUSTICIA

La investigación o el resultado de la misma, no puede dañar de ningún modo a los grupos involucrados. Al contrario, se espera que los resultados sean utilizados para mejorar las coberturas de acceso de la población a los servicios de salud, con inclusión social.

VI MÉTODO

VI.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Para el estudio se incluyó solamente a:

- Miembros del personal de salud que atienden en el centro de salud Charazani. Aquellos que hayan atendido por lo menos un parto en el mismo centro.
- Segmento de la población femenina usuaria clasificado en los siguientes sub-grupos.
 - Madres que tuvieron su parto domiciliario. Se considerará a madres que hayan tenido por lo menos un parto domiciliario en los últimos dos años.
 - Madres que tuvieron su parto en el centro de salud. Se considerarán las mujeres que hayan acudido al Centro de Salud al menos una vez en los últimos dos años.

VI.2 TIPO DE MUESTREO

La estrategia que se utilizó en el estudio para el muestreo es el muestreo intencionado no probabilística. Se seleccionó de manera intencionada a madres que cumplían con los criterios antes expuestos.

VI.3 TÉCNICAS

Debido a que en la metodología cualitativa no hay medidas exactas de confiabilidad y de validez interna, al utilizar las tres técnicas de recolección de datos mencionadas anteriormente, la entrevista, grupos focales y observación ayudó a validar los datos y evitar sesgos.

Se utilizó la técnica de entrevista por ser la más indicada para obtener información extensa e individualizada con relativa rapidez. La entrevista ayudó a determinar lo que piensan, conocen, creen, perciben y hacen los(as) entrevistados(as) respecto a la atención del servicio de parto en el centro de salud.

La entrevista y grupo focal combinó preguntas acerca de experiencias, opiniones, conocimientos y percepciones. En forma complementaria se realizó una observación a los ambientes del Centro de Salud y las características socio – geográficas de la población.

Por tratarse de un muestreo intencional, la selección de los entrevistados de cada grupo definido anteriormente, se realizó de manera cuidadosa.

- Para cada entrevista se elaboró una guía de preguntas mínimas estudiando previamente la intención de la entrevista y la investigación, solicitando del mismo la máxima franqueza posible.
- Se seleccionó a los potencialmente entrevistados “intencionalmente”, tomando en cuenta su participación y actuación en el problema.
- Se empleó una grabadora para registrar la entrevista, solicitándole el consentimiento al entrevistado o entrevistada e indicándole que la entrevista solo tiene el propósito de facilitar la investigación y que no será utilizada con otros fines. Cuando el entrevistado se negó a que se lo grave se realizó una transcripción lo más detallada posible de la entrevista. Adicionalmente, se solicitó la colaboración de otra persona para tomar apuntes.
- Para la preparación de la entrevista, se consultó bibliografía sobre los detalles de cómo debe ser realizada para garantizar el éxito de la misma.

La observación directa estructurada se utilizó para obtener evidencia real y natural sobre las prácticas y comportamientos en relación al servicio de salud de atención de parto.

La técnica de observación ayudó a determinar lo que las personas realmente hacen y ayudó a evaluar el trato (elemento afectivo) y el contenido (elemento técnico) de la interacción entre el personal de salud y las pacientes. Las observaciones se complementaron con la entrevista al personal observado y con la revisión documental en estos servicios (estadísticas, normas).

La técnica de grupo focal se empleó para complementar y confirmar los hallazgos sobre conocimientos, percepciones y actitudes por medio de la entrevista.

La revisión documental se hizo para complementar la información obtenida sobre usuarios, registros y estadísticas.

VI.4 FORMULACIÓN DE LAS CATEGORÍAS DEDUCTIVAS

De acuerdo a Castro y Salinas (Castro y Salinas, 2004:pag. 79) existen una serie de factores que inciden en el acceso a los servicios: geográficos, económicos, culturales y relacionados con la calidad de atención. Para centrar el análisis se tomaron en cuenta dichos factores como categorías deductivas que constituyen la base para el desarrollo de las siguientes fases.

Tabla 5. Definición categorías deductivas

CATEGORÍAS DEDUCTIVAS	CONCEPTUALIZACIÓN
Aspectos culturales	Creencias y costumbres que son adquiridos por la influencia del medio social.
Percepción de la Calidad del servicio	Imagen que se forma la usuraría de la calidad de atención en el centro de salud.
Acceso Geográfico al Centro de Salud Factores económicos	Referidos a las condiciones del terreno que inciden en la movilización de las personas al Centro de Salud. Disponibilidad de recursos para cubrir el costo de servicio.

VII RESULTADOS

Una vez hechas las entrevistas y la observación, para el manejo de los datos cualitativos, se llevó a cabo dos fases a saber:

FASE 1:

Categorización inductiva. Que consiste en la simplificación o selección de información para hacerla más abarcable y manejable. Constituyen procedimientos racionales que habitualmente consisten en la categorización y codificación; identificando y diferenciando unidades de significado. La categorización, herramienta más importante del análisis cualitativo, consistió en clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico con significado. El establecimiento de categorías resultó un procedimiento inductivo, a medida que se examinaban los datos, y deductivo, habiendo establecido a priori el sistema de categorías sobre el que se va a codificar siguiendo un criterio mixto entre ambos.

En el estudio, con el fin de facilitar el análisis cualitativo al momento de categorizar, codificar y organizar los datos se hizo uso del software MAXQDA2, una herramienta de análisis cualitativo de texto. MAXQDA2 es un programa creado para científicos que en un momento determinado necesitan un sistema eficaz que facilite el análisis de los datos.

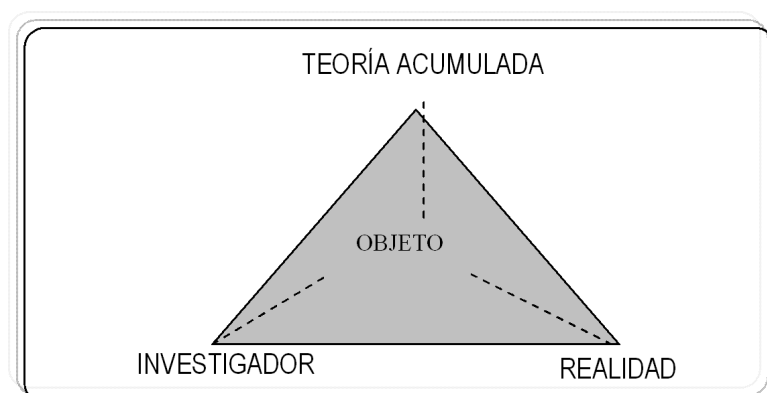
MAXQDA2 facilitó en el análisis de las transcripciones de entrevistas abiertas en profundidad, observaciones y debates de grupo.

FASE 2:

Análisis e interpretación de los datos cualitativos. Luego de en realizar el proceso de lectura, codificación y categorización de las respuestas se inició el proceso de análisis de las respuestas de las mujeres y el personal de salud a las preguntas de la entrevista. Aquí se hizo un examen analítico de la información y se interpretó las respuestas de las mujeres y el personal de salud a las preguntas

hechas. Se tomó los relatos hechos por las mujeres y el personal de salud en cada una de las preguntas de la entrevista para extraer textualmente aquellas proposiciones útiles como datos para la investigación. La interpretación se hizo tomando en cuenta la relación del vértice de la realidad (constituida por la descripción) con el vértice teórico y el vértice del observador-investigador. Este procedimiento recibe el nombre de triangulación interpretativa.

Gráfico 1. Interpretación de la información



FUENTE: (TEZANOS, 1998)¹⁷

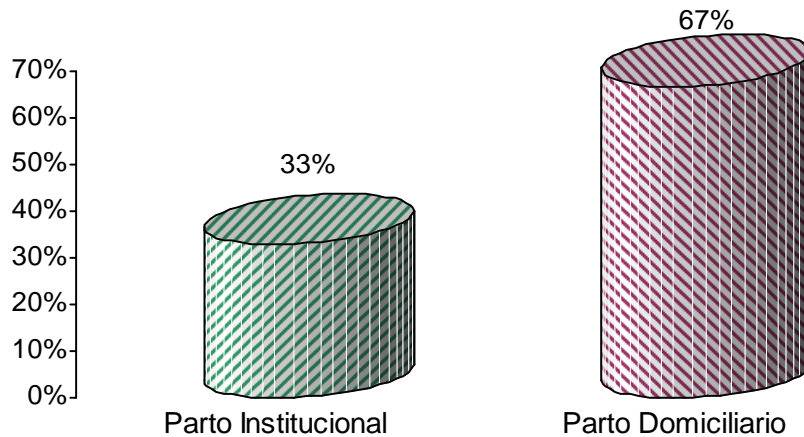
VII.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ENTREVISTADAS

Se entrevistaron 20 mujeres entre los 18 y 45 años de edad. La edad media de las mujeres fue de 32 años. La media de hijos nacidos vivos fue de 4. Cerca el 30% de las mujeres entrevistadas no hablaban el idioma español.

El parto domiciliario presenta el mayor porcentaje de casos que el parto institucional (Gráfico 2). A su vez, en el caso del parto institucional 33% de las mujeres acudieron al centro de salud o fue visitado por un médico.

¹⁷ TEZANOS, Araceli de, "Una Etnografía de la Etnografía". Colecciones Antohropos, Santa Fe de Bogotá, 1998.

Gráfico 2. Casos de Parto Domiciliario e institucional



El motivo principal por el cual las mujeres acudieron al centro de salud fue por la percepción de posibles complicaciones del parto.

El 70% de los partos domiciliarios fueron atendidos por esposos y familiares, el 20% por parteras y el resto de los partos ocurrió mientras la mujer se encontraba sola, en estos casos las mujeres se vieron obligadas a permanecer sola durante el periodo de la expulsión fetal siendo auxiliada posteriormente por algún familiar o persona cercana.

El 27% de las mujeres afirmaron que asistirían al servicio de salud para atenderse el parto la siguiente vez, el otro 53% optará por el parto domiciliario y el tercer grupo asegura que asistiría al centro de salud solamente si se presentara alguna complicación, en el caso en que no optarían por el parto domiciliario.

El 46 % de las entrevistadas asistieron a control prenatal en los servicios de salud. El 33% hizo su control prenatal con alguna partera, familiar o persona cercana que conocía del tema. El resto no hizo controles prenatales.

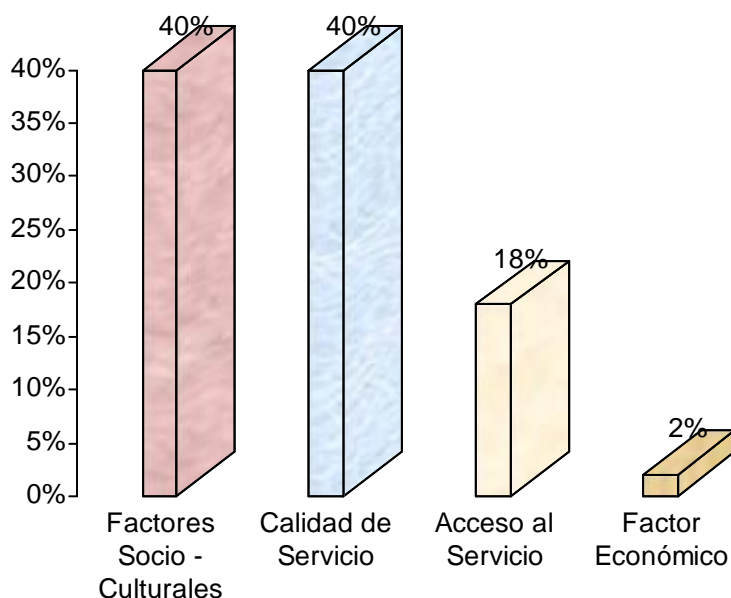
Las mujeres mostraron una valoración importante hacia el control prenatal para estar seguras de tener un parto normal, aunque luego opten por el parto en casa.

VII.2 FACTORES QUE CONDICIONAN LA PREFERENCIA POR EL PARTO DOMICILIARIO

A continuación se describen y analizan las percepciones y experiencias de las mujeres y el personal de salud de la población de Charazani de la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz en relación a los factores que condicionan la preferencia del parto domiciliario. De este conjunto de grupos de entrevistados se hizo un análisis con el fin de determinar los factores condicionantes de la elección del parto domiciliario como el sistema de atención de parto.

Los factores condicionantes de la preferencia del parto domiciliario se clasificaron en cuatro grupos de acuerdo al criterio que mencionan Castro y Salinas: los factores socio-culturales aparecen como el factor condicionante principal para la preferencia por el parto en casa con 40%, luego observamos el factor de la calidad de servicio con un 40%, la accesibilidad o distancia al hospital o centro de salud condiciona en 18%, y el factor económico que no tiene mayor significancia con un 2% como se puede observar en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Factores condicionantes principales para la preferencia de parto en casa



VII.2.1 ASPECTOS SOCIO – CULTURALES

La configuración de las categorías inductivas para la categoría deductiva Aspectos Socioculturales se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 6. Formulación de Categorías inductivas: Aspectos Socio – Culturales

CATEGORIAS INDUCTIVAS	PROPOSICIONES
Subestimación de los Riesgos del Parto	<i>(...) tampoco se internarme en el hospital porque no se enfermarme por eso cuando me enfermo tampoco voy al hospital. [MUJER ENTREVISTADA M3]</i>
	<i>Anterior así mi cuñada tenía y así le han dicho. Tienes que ir a Escoma primer hijito era con cesárea vas a tener no vas a poder tener le han dicho y no hemos ido al hospital cuando le ha agarrado el dolor y nada, ha tenido normal. Con la partera ha tenido nomás, ha tenido normal. [MUJER ENTREVISTADA M4]</i>
	<i>Porque no teníamos parto fuerte por eso siempre vamos al hospital lo que hay un dolor o cualquier cosita para eso nomás. [MUJER ENTREVISTADA M9]</i>
	<i>(...) porque mucho trabajaba yo también creo que se ha hinchado, por eso e ido al hospital y e tenido en hospital. [MUJER ENTREVISTADA M12]</i>
	<i>Generalmente van al hospital cuando piensan que tienen algún problema. [PERSONAL ENTREVISTADO P1]</i>
	<i>(...), porque me puesto mal. Antes que me ha levantar el parto me ha bajado harta sangre, harto me ha bajado, como agua, por eso me ido al hospital Sino en aquí así no mas hubiera tenido. [MUJER ENTREVISTADA M14]</i>
	<i>Por complicaciones fue al hospital. Se me ha complicado, por eso e ido al hospital y ahí he tenido – dicen. [PERSONAL ENTREVISTADO P4]</i>
	<i>(...) normal nomás, parto normal sin dolores y no pensaba tenerlo ese día ni esa noche, de un de repente nomás. Mi mama nunca se enfermado en el hospital, ha tenido siete hijos y de ahí pues me ha dicho hay que hacer pujotes y la wawa sacar y ya, y eso he hecho. [MUJER ENTREVISTADA M15]</i>
	<i>La siguiente vez en la casa nomás si es normal, si no es normal en el hospital. [MUJER ENTREVISTADA M20]</i>
	<i>(...) siempre han sabido tener desde mis abuelos en casa nomás, porque es mejor. [MUJER ENTREVISTADA M14]</i>

CATEGORÍAS INDUCTIVAS	PROPOSICIONES
Pudor, Vergüenza	(...) les tienen miedo a los doctores, quitarse la ropa en frente de ellos (...) [PERSONAL ENTREVISTADO P1]
	(...) eso no le puedo decir, solo tengo miedo por eso no voy. [MUJER ENTREVISTADA M2]
	(...) no me gusta ir siempre al hospital, no se ir siempre al hospital tengo miedo, vergüenza será, que será [MUJER ENTREVISTADA M4]
	Tienen miedo sobre todo a los hombres, por eso, hay veces preguntas si les va atender el doctor o la doctora. [PERSONAL ENTREVISTADO P3]
	(...) a veces tienen temor a los hombres, dicen que este aquí la enfermera o la auxiliar. [PERSONAL ENTREVISTADO P2]
	Feo estiran la pata dicen eso me han indicado, por eso nunca se ir. [MUJER ENTREVISTADA M7]
Rechazo a la Cesárea y Procedimientos médicos	Hay veces Escoma no mas mandan. Necesita cesárea, llevaremos a Escoma dicen y hay no mas mandan, de ese modo a mi no me gusta ir al hospital, porque me pueden mandar a Escoma. [MUJER ENTREVISTADA M1]
	(...) en el otro píldoras e inyección pondrán a eso tengo miedo. [MUJER ENTREVISTADA M7]
	No quería ir al hospital le he rogado tienes que tienes que ir (...) dice que le sacan sangre, le cortan, le vacunan a eso le tienen miedo. [MUJER ENTREVISTADA M8]
	(...) mi hija me ha llevado cuando en la barriga había estado en mal posición, y me ha dicho puedes tener con cesárea urgente vas a tener con cesárea porque esta en mal posición y cuando la cabecita se había clavado aquí, entonces no podía que hacer y me he hecho frotar y normal no mas también e tenido en mi casa. [MUJER ENTREVISTADA M10]
	Muchas veces tienen miedo a ser trasferidos a Escoma donde hacen cesárea cuando hay complicaciones. Algunas veces han venido aquí al centro y cuando se les dice que se necesita hacer una cesárea vuelven a su casa en busca de parteras. [PERSONAL ENTREVISTADO P3]
	(...) también dicen que tienen un poco de temor. Según los libros dicen como debe ser el parto, tienen miedo a practicar eso ellos quieren a su modo, por eso sería bueno implantar aquí el parto humanizado (...) que la señora elija la posición, el ambiente. [PERSONAL ENTREVISTADO P4]

CATEGORÍAS INDUCTIVAS	PROPOSICIONES
Satisfacción del Parto en Casa	<i>En la casa con mates así toman también En el otro ya no dejan tomar ni mate (...) medio frío y otra clase es. [MUJER ENTREVISTADA M2]</i>
	<i>Hay también yerbas con eso me saben ayudar en el parto, en el hospital hay veces no dejan tomar nada dicen. En mi casa cuando me siento mal les digo a mis familiares y me frotan y después estoy bien [MUJER ENTREVISTADA M6]</i>
	<i>Mucho riñen dicen también, no hay caso ni hablar dicen, a los familiares no le dejan entrar y le botan dicen, entonces por hay me riñen, por eso no quiero ir al Centro. En mi casa todos están, me tapan con ropa y mates me dan. [MUJER ENTREVISTADA M11]</i>
	<i>Era un caballero, fuimos a traerla también con ambulancia y llegó al hospital, estaba en trabajo de parto, estábamos en la sala de partos, el esposo también, creo que nunca ha visto el parto en hospital el se ha entrado a la sala de partos entonces perjudicaba ahí, se metía al medio decía que no la destapen que le va entrar frío que se va a enfermar (...) yo le he traído aquí afuera, eso creo que no les ha gustado. [PERSONAL ENTREVISTADO P4]</i>
Influencia de Familiares y Personas Cercanas	<i>Dos veces fuimos con ambulancia entonces se han juntado señoras de la comunidad y no querían que les traigamos al hospital. [PERSONAL ENTREVISTADO P1]</i>
	<i>Anterior así mi cuñada me ha dicho, (...) tratan mal en el centro en tu casa mejor tenlo (...).[MUJER ENTREVISTADA M13]</i>
	<i>Mi mama nunca se enfermado en el hospital, ha tenido siete hijos y de ahí pues me ha dicho hay que hacer pujotes y la wawa sacar y ya, y eso he hecho. [MUJER ENTREVISTADA M16]</i>
	<i>Mi esposo no quería (...) no quiero que te hurguen me ha dicho. [MUJER ENTREVISTADA M19]</i>
Idioma	<i>Tienen miedo a los doctores yo creo, algunos no saben también hablar castellano puro quechuistas, son por eso no van. Algunos de los doctores no saben quechua nove por eso debe ser, tendrán miedo pues, parto fuerte es pues. [MUJER ENTREVISTADA M5]</i>
	<i>Muchas mujeres, especialmente las que se encuentran más allá del pueblo, no hablan el castellano, solo entienden el quechua. Eso también influye en el acceso al servicio. [PERSONAL ENTREVISTADO P2]</i>

VII.2.1.1 SUBESTIMACIÓN DE LOS RIESGOS DEL PARTO

El mayor porcentaje de proposiciones corresponde a las opiniones de las mujeres que declaran la necesidad de la atención en el Centro de Salud solamente cuando se tenga algún tipo de complicaciones. Se pudo observar que cuando se tiene certeza con respecto a la existencia de problemas durante el embarazo, el parto no debe ser atendido en casa sino en el Centro de Salud. Por el contrario si no se tiene problemas durante el embarazo y se tiene certeza de que no habrá complicaciones en el parto, entonces, no se acude al servicio de salud.

Las mujeres hablaron de los posibles problemas que se pueden presentar:

*“puede estar a un lado”,
“la huahua podía estar en la barriga muerto”,
“el bebé puede estar en mal posición”,
“la wawa puede nacer por mano o por pie”,
” la placenta puede regresar”,
“puede sangrar mucho y después morir” ...*

Identificaron riesgos en el niño, en la mamá ó en ambos. Al mismo tiempo, las mujeres no aceptan la idea de tener un parto por cesárea y su confianza se dirige hacia la partera. Algunas mujeres correrían cualquier riesgo con el fin de evitar ser trasladada al Hospital de Escoma (donde se transfieren a las mujeres que presentan complicaciones para que se les practique la operación cesárea).

Estas mujeres plantearon que el parto en casa se puede dar si las condiciones de salud son buenas, sino se perciben complicaciones, si todo indica que es un parto normal y si la persona se siente tener buena salud. En algún caso la mujer manifiesta seguir el ejemplo de la madre que nunca necesitó el servicio de salud para tener un parto exitoso. En muchos casos no se considera que el embarazo requiera cuidado especial, por lo que las mujeres no se dan cuenta de los signos de peligro durante el embarazo. Aún cuando sienten dolores o sufren, puede que se les haya enseñado que esto es inevitable y por ello no acuden en busca de atención médica.

También están las mujeres, muy pocas, quienes piensan que es mejor el parto en el hospital argumentando el beneficio de la posibilidad de atender las complicaciones que se presenten y la existencia de medicamentos que pueden calmar el dolor y ayudar en el parto. En otras mujeres los síntomas del trabajo de parto pasaron desapercibidos ó los familiares subvaloraron las apreciaciones de ellas con respecto a lo que sentían.

Se pudo percibir que las entrevistadas consideraban el parto domiciliario como algo muy común y normal, practicado de generación en generación hasta en el mismo caso de una complicación.

VII.2.1.2 PUDOR, VERGÜENZA

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

Es importante mencionar que hubo casos en que la tendencia entre las mujeres fue a preferir la atención obstétrica proporcionada por personal de salud del mismo género, ya que muchas tienen vergüenza a ser atendidas por un médico hombre, con quién encuentran difícil hablar sobre los detalles íntimos de sus vidas o sus relaciones sexuales.

VII.2.1.3 RECHAZO A LA CESÁREA Y A LOS PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Uno de los factores determinantes y a otros procedimientos médicos de rutina. En el primer caso, el más latente, tiene que ver con el miedo a los procedimientos médicos tales como la cesárea y la episiotomía. Ambas experiencias se hace difícil de asimilar por las mujeres.

“A Escoma no mas mandan Tengo miedo (...)”

Se presentaron varios casos de mujeres que optaron por buscar a una partera ante la decisión médica de practicarles cesárea. La práctica de cesárea implica para las mujeres algo negativo y es evitado aún con el riesgo que esto representa, es así que prefirieron la atención de la partera manifestando haber tenido a sus bebés sin problemas.

Algunas mujeres acudieron al hospital, y una vez examinadas se les detectaron complicaciones por lo que su traslado al hospital de Escoma era inminente. Según los relatos, las mujeres sienten mucho temor al parto con cesárea, es así que, prefieren correr el riesgo y recurrir a una partera. Algunas de ellas sienten que la decisión médica de una cesárea es exagerada, aún más cuando conocen experiencias de mujeres que tuvieron un parto exitoso a pesar de la indicación médica de una cesárea. Esto manifiesta la desconfianza de las parturientas en los médicos sobreponiendo a ellos la efectividad de las parteras. A ello se suma las experiencias negativas vividas por ellas mismas o por otras mujeres quienes ya vivieron una experiencia de esa naturaleza.

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

VII.2.1.4 SATISFACCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO

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

Se percibió una alta satisfacción de las mujeres durante el trabajo de parto y parto cuando fue en domicilio, dicha satisfacción la asociaron a la buena atención, buen trato, presencia y apoyo del esposo y familiares y ayuda de la partera.

El acompañamiento por familiares durante el proceso es muy importante en la vida de la madre. Las mujeres parecen percibir un ambiente de rigidez en el servicio de salud. Las actitudes de apoyo y atención son los que son valorados por las mujeres y lo recuerdan en forma gratificante. Por otro lado, el simple hecho de estar frente a personas extrañas a su entorno familiar y aislado de su familia, en esas circunstancias, las mujeres experimentan una sensación de falta de apoyo y atención que el personal de salud no siempre les brinda.

En muchos casos las mujeres recibieron remedios caseros consistentes en mates y fricciones para acelerar el parto y reducir el dolor, para el cual manifestaron su efectividad inclinando la balanza a favor del parto domiciliario.

VII.2.1.5 INFLUENCIA DE FAMILIARES Y PERSONAS CERCANAS

La influencia de familiares u otras personas cercanas a la mujer llega a ser un factor importante en la elección que hagan las mujeres del lugar del parto. En muchos casos las mujeres se dejan influenciar por las experiencias de otras mujeres quienes ya han pasado por la misma situación.

Estas influencias, que en su mayoría son apreciaciones negativas del servicio de salud, condicionan el acceso al Centro de Salud. Otro tipo de influencias indirectas tienen que ver con los consejos que dan las madres o familiares muy cercanos para ser autónomos a la hora del parto.

Según los comentarios escuchados, la percepción negativa de las mujeres en torno a los hospitales y a los médicos se ha manifestado desde tiempo atrás y se transmite de generación en generación.

En otros casos es el esposo o gente del lugar, quienes evitan directamente el traslado de la paciente al servicio de salud aduciendo maltrato.

Algunos esposos se oponen a que sus mujeres vayan a los centros médicos porque no desean que los médicos descubran la desnudez de su esposa.

VII.2.1.6 IDIOMA

Una de las barreras propias de las poblaciones rurales es el idioma. Las mujeres de la población del área que corresponde a las comunidades fuera del pueblo en su mayoría hablan el quechua entendiendo poco o nada del español, este obstáculo condiciona la atención institucional del parto al limitar la comunicación médico – paciente.

Además, el lenguaje que emplea el profesional de salud, muchas veces resulta poco comprensible para las usuarias, dado que el profesional de salud emplea términos médicos que son poco comunes en el lenguaje habitual, esta situación empeora cuando se brinda la atención de salud a usuarias de las áreas fuera del pueblo donde el idioma habitual es el quechua. Estas diferencias constituyen barreras culturales que serán difíciles de superar. Cabe destacar que la barrera del idioma juega un papel importante en la relación de asimetría entre el personal y la usuaria.

Según los comentarios escuchados en las entrevistadas, la percepción negativa de las mujeres en torno a los hospitales y a los médicos es más profunda cuando no comparten el mismo idioma. Dentro del personal de salud, el portero es el único que habla y entiende el idioma quechua.

VII.2.2 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La configuración de las categorías inductivas para la categoría deductiva Calidad de Servicio se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 7. Formulación de Categorías inductivas: Calidad de Servicio

CATEGORÍAS INDUCTIVAS	PROPOSICIONES
Percepción de Falta de Capacidad Resolutiva del Personal	<i>A mi no me gusta ir al hospital, hay veces me da miedo, por hay no me atienden bien. [MUJER ENTREVISTADA M5]</i>
	<i>Algunos doctores aprendices no más también vienen. [MUJER ENTREVISTADA M11]</i>
	<i>Como dicen los doctores puede estar a un lado tienes que ir a</i>

CATEGORÍAS INDUCTIVAS	PROPOSICIONES
	<i>Escoma con cesárea vas a tener. Hay veces como para creer hay veces como para no creer. [MUJER ENTREVISTADA 17]</i>
	<i>Tengo miedo Por hay no saben y mal me van a atender. [MUJER ENTREVISTADA M17]</i>
	<i>Tengo miedo también a los doctores. No atienden también bien dicen por eso no voy. [MUJER ENTREVISTADA M18]</i>
	<i>(...) otras veces quieren que este presente el doctor, porque a veces tienen más confianza en un varón, piensan que un varón sabe más que una mujer. [PERSONAL ENTREVISTADO P3]</i>
Percepción del Mal Trato y Discriminación	<i>Algunos dicen que no hacen caso y se riñen nomás. [MUJER ENTREVISTADA M3]</i>
	<i>No iría tampoco, en mi casa no mas tendría, es que una señora me ha dicho que no se atienden bien. [MUJER ENTREVISTADA M6]</i>
	<i>Yo también converso a señoras de comunidad y mas que todo se refieren al trato que reciben, dicen que Reciben mal trato. [PERSONAL ENTREVISTADO P4]</i>
	<i>Una vez dijo la señora que había recibido maltratos porque no le había cumplido lo que el doctor había dicho, me parece que el doctor había indicado que le va colocar suerito que le va ayudar para que el parto sea más fácil, y aquí dice que no le ha puesto el suero, que la había prometido a la señora. [PERSONAL ENTREVISTADO P4]</i>
Falta de Información y promoción.	<i>Puede haber un curso y podemos entender mas, yo no se ir al hospital y no se como será. [MUJER ENTREVISTADA M4]</i>
	<i>Los motivos es que hay veces la capacitación falta, mas que todo sobre el parto y lo que puede pasar. [MUJER ENTREVISTADA M16]</i>
	<i>(...) Si podría hacer mucho, en el control prenatal. Hay veces por el factor tiempo nos olvidamos de la orientación. Parece que pasa en todo lado. [PERSONAL ENTREVISTADO P1]</i>
	<i>No se hace incentivos, en otros lugares se hacía, había un paquete para el recién nacido ropitas y pañales. [PERSONAL ENTREVISTADO P3]</i>
Continuidad de personal	<i>Cuando se ir una vez estaba un doctor y el era bueno, ahora están otros y no se como serán no quisiera ir (...) estaba acostumbrado al otro doctor. [MUJER ENTREVISTADA M17]</i>
	<i>Si puede estar el mismo doctor podemos ir, hay veces cambia, uno y otro vienen (...) si puede ser uno nomás podemos conocerle y no podemos tener miedo. [MUJER ENTREVISTADA M20]</i>

VII.2.2.1 PERCEPCIÓN DE FALTA DE CAPACIDAD RESOLUTIVA DEL PERSONAL

La percepción negativa de los servicios de salud fue un factor importante para optar por el parto en casa. Se evidenció una clara inconformidad respecto a la capacidad del personal de resolver problemas de dolencias. Muchas mujeres arguyen la inasistencia al centro de salud la deficiente atención por parte del personal. La desconfianza es inminente sobre todo cuando son atendidos por el enfermero, el auxiliar o los practicantes dudando de la capacidad resolutive de los mismos.

Por todo ello, muchas mujeres prefieren dar a luz en sus casas, atendidas por familiares o por parteras empíricas en quienes depositan su confianza y someterse a procedimientos quizás más arriesgados desde el punto de vista médico, pero a la vez más comprensibles y cálidos.

VII.2.2.2 PERCEPCIÓN DEL MAL TRATO Y DISCRIMINACIÓN

En el ámbito de las relaciones interpersonales entre usuarias y personal de salud, el maltrato verbal, la desatención, no valoración de la opinión de la usuaria provoca una manifestación de inconformidad respecto a la atención. Varias de estas percepciones se basaron en experiencias previas negativas vividas en los hospitales, así como de experiencias de otras madres o rumores. Las mujeres afirman que es muy difícil establecer un a comunicación sincera con el personal de salud. En estas condiciones, la gestante, lejos de encontrar el ambiente cálido de la casa, la presencia de familiares, y la presencia constante de la partera durante la atención del parto, la gestante se enfrenta a un modelo institucionalizado del parto con escasa valoración humana.

VII.2.2.3 FALTA DE INFORMACIÓN Y PROMOCIÓN DE PARTO EN SERVICIO.

Otro factor, no menos importante, es la falta de información respecto al parto y las complicaciones. En muchos casos las mujeres tienen conocimiento de casos y tipos de complicaciones que podrían presentarse durante el embarazo y el parto. La fuente de esa información fueron experiencias de otras mujeres, sin embargo, carecen de

una información completa sobre el parto y sus complicaciones lo que influye en la subestimación del riesgo del parto.

También, se pudo observar la falta de formas de motivación para mejorar el acceso de las mujeres al Centro de Salud. Se conoce por experiencias de algún personal que en otros servicios de salud se promueve el acceso de las mujeres al centro a través de premios.

VII.2.2.4 FALTA DE CONTINUIDAD DEL PERSONAL

Muchas de estas mujeres asistieron al servicio de salud alguna vez, sin embargo, la rotación de personal es otro factor no menos importante en la preferencia del parto domiciliario. El sentimiento que parece experimentar las mujeres es similar a una sensación de “abandono” dado que al iniciar su consulta con otro personal se enfrenta a un ambiente desconocido. En este sentido, el cambio frecuente del personal que tiene a su cargo la atención del prenatal y parto y el poco tiempo que permanece en el trabajo de seguimiento provoca la deserción del servicio de salud.

La motivación para asistir está centrada principalmente en la personalidad cálida y amable del médico que en algún momento influyó positivamente en las pacientes, luego, al asistir al servicio en la siguiente ocasión y encontrarse con alguien diferente provoca susceptibilidades respecto al nuevo médico.

VII.2.3 ACCESO AL CENTRO DE SALUD

La configuración de las categorías inductivas para la categoría deductiva Acceso al Servicio se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 8. Formulación de Categorías inductivas: Factores de Acceso al Servicio

CATEGORÍAS INDUCTIVAS	PROPOSICIONES
Acceso Geográfico al Centro de Salud	<i>Venir a lejos también es problema. [MUJER ENTREVISTADA M9]</i>
	<i>La siguiente vez depende. Si puede estar el hospital cerca puedo ir pues. [MUJER ENTREVISTADA M13]</i>
	<i>Tenia que ir ahora después con el dolor ya no he podido en mi casa</i>

CATEGORÍAS INDUCTIVAS	PROPOSICIONES
	<i>no mas lo he tenido. [MUJER ENTREVISTADA M16]</i>
	<i>Hay muchos controles prenatales, pero por la distancia no vienen. [PERSONAL ENTREVISTADO P2]</i>
Falta de Auxilio oportuno	<i>(...) cuando a mi segundo bebe mi esposo ha salido a las seis de la tarde y yo lo he tenido a las siete, solita nomás entre las cuatro paredes. [MUJER ENTREVISTADA M3]</i>
	<i>Igual he escuchado casos en que han tenido solas, por eso preguntamos si tiene familiares (...) El problema es que viajan continuamente, van a yungas o a otros lados. [PERSONAL ENTREVISTADO P1]</i>
Horario Inadecuado	<i>Enfermedad en cualquier momento es pues media noche nos pesca. [MUJER ENTREVISTADA M1]</i>
	<i>He ido, no es que no, he hecho control prenatal he hecho siete veces, no se tenia miedo esa tarde noche también era estábamos comiendo pan y el dolor pues me ha empezado a las dos de la mañana lo he tenido en la casa no mas también. [MUJER ENTREVISTADA M11]</i>
	<i>(...) talvez por el horario en que levanta los dolores, hay veces en la amanecida en las noches. [PERSONAL ENTREVISTADO P4]</i>

VII.2.3.1 ACCESO GEOGRÁFICO AL CENTRO DE SALUD

Una característica de la población de Charazani es la distancia entre los domicilios y los centros de salud, la falta de caminos y principalmente el terreno sumamente accidentado, se convierten en factores determinantes para disminuir el acceso del población al servicio de salud. La mala condición de los caminos hace que a las mujeres les resulte extremadamente difícil acceder a las instalaciones del centro de salud. En estas condiciones caminar constituye el principal medio de transporte. Por eso, las mujeres en trabajo de parto difícilmente podrían trasladarse al servicio de salud.

Dado que todo embarazo está expuesto a riesgo y tomando en cuenta que es una emergencia obstétrica, el traslado de la parturienta al servicio requiere de un medio de transporte seguro y rápido, sin embargo, con los aspectos mencionados se dificulta en gran manera el transporte de la parturienta al servicio. El solo hecho de

comunicar al servicio de salud ya es una dificultad por ser una población caracterizado por su relieve montañosos que dificulta y demora el transito de las personas, además, se carece de servicios de comunicación.

VII.2.3.2 FALTA DE AUXILIO OPORTUNO

A las pésimas condiciones de los caminos se suma la falta de apoyo y soledad de las mujeres en el inicio de los dolores del parto y el parto. La ausencia de familiares o personas cercanas que puedan auxiliar a la parturienta ligado a deficientes condiciones de los caminos provocan en algunos casos que la mujer se encuentre sola y de a luz en completa soledad. La falta de información respecto a la fecha estimada del parto aumenta esta posibilidad.

Una de las razones principales por la cual la mujer suele encontrarse sola es el frecuente viaje del esposo.

Como en muchas otras regiones del área rural boliviana, está región es una zona de alta pobreza caracterizado por un terreno montañoso no apto para el cultivo, por ello muchas veces el esposo abandona a su familia para internarse kilómetros más adentro, hacia los Yungas, donde trabaja y se provee de recursos.

VII.2.3.3 HORARIO INADECUADO DE ATENCIÓN

Otro aspecto que mencionan las mujeres es el inicio de los dolores de parto en horarios nocturnos. La falta de iluminación y terrenos accidentados hace muy difícil el traslado de la madre al centro en horarios nocturnos sobre todo de los lugares más alejados.

Los alrededores de Charazani están caracterizados por las bajas temperaturas y con la presencia casi permanente de neblina, esto provoca que en las noches sea muy difícil el transito debido a la falta de visibilidad. Más la distancia y las pésimas condiciones de los caminos incide desfavorablemente en el traslado de la parturienta al Centro de Salud o del personal a los domicilios.

VII.2.4 FACTORES ECONÓMICOS

La configuración de las categorías inductivas para la categoría deductiva Factor Económico se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 9. Formulación de Categorías inductivas: Factores Económicos

CATEGORÍAS INDUCTIVAS	PROPOSICIONES
Percepción de Costo de Servicio	<i>Hay veces por causa del estado económico no acuden también. Como la consulta general se paga piensan que la atención de parto también se paga. [PERSONAL ENTREVISTADO P2]</i>
	<i>Como cuesta plata por eso no voy al hospital, hay veces no se tiene también plata (...) no sabía que no se pagaba. [MUJER ENTREVISTADA M18]</i>

Alguna mujer manifestó la falta de recursos económicos, estableciendo relación directa entre la atención general, que si tiene costo, y la atención de parto. La mujer no tenía conocimiento de los beneficios que otorga el SUMI. Son pocas mujeres las que expresaron no tener conocimiento respecto al SUMI, estas mujeres comparten la característica de vivir en lugares algo distantes del pueblo y no entender muy bien el lenguaje castellano.

VII.3 OBSERVACIÓN DE INSTALACIONES

Respecto a las instalaciones se pudo observar que existen ambientes bien equipados para la atención de parto. El Centro de Salud cuenta con: una amplia sala de recepción o sala de espera, una sala de parto con el equipo medico necesario y con salas de reposo post atención.

Se pudo observar que cada uno de los locales del servicio de salud, son adecuados en aspectos como: tamaño, ventilación, iluminación, decoración y limpieza. El personal de salud realiza los mejores esfuerzos para mantener impecable las condiciones higiénicas del centro, es así que recipientes especiales para el manejo de desechos no biológicos e infecciosos.

Por otro lado, se cuenta con servicios básicos como ser: agua, electricidad, teléfono y transporte. La población de Charazani cuenta con un generador de electricidad propio que provee de energía eléctrica a toda la comunidad incluyendo el centro de salud las 24 horas del día.

La red de servicios de salud Apolobamba, del cual es parte Charazani, recientemente hace un año aproximadamente adquirió una ambulancia lo que facilitó en gran manera el traslado del personal de salud y de enfermos a/de sitios alejados.

En general, la infraestructura es adecuada, los ambientes y espacio suficientes. Donde se tiene dificultades es en el equipamiento del establecimientos de salud, es necesario que sea mejor equipado ya que se requieren principalmente equipos médicos quirúrgicos de cirugía menor, de curación mediana y material de enfermería.

Los centros de salud requieren ser equipado en lo referente a laboratorio, equipamiento odontológico y medios logísticos por presentar población dispersa. Pese a las dificultades de accesibilidad a los hogares alejados, principalmente por presentar accidentes geográficos de la región el personal de salud que desempeña funciones en este centro se ve comprometido con sus funciones a la población.

VIII DISCUSIÓN

Este estudio se llevó con el propósito de determinar los diversos factores que influyen en la preferencia domiciliaria como lugar de parto, lo cual genera preocupación por el riesgo que corre la salud materna, debido a que el parto domiciliario puede presentar problemas asociados con la ocurrencia de muerte materna. Por lo tanto, se requieren estrategias integrales que logren intervenir sobre los factores implicados en la ocurrencia de los partos domiciliarios.

Los principales factores asociados con el lugar de parto que aumentan la preferencia del parto domiciliario encontrados en esta investigación fueron: la subestimación de los riesgos del parto, pudor, rechazo a la cesárea y otros procedimientos médicos, satisfacción con el parto en casa, la percepción de falta de capacidad del personal, mal trato del personal de salud, falta de información e incentivos, continuidad del personal, acceso geográfico, horario de inicio de parto inadecuado, falta de auxilio y percepción de costo de servicio.

Los resultados encontrados no difieren considerablemente de los mencionados por otros autores acerca de los factores que limitan el acceso de las mujeres embarazadas y puérperas a los servicios de salud particularmente en las áreas rurales. De acuerdo a GTIRRMM (GTIRRMM, 2003) existe una correlación negativa entre pobreza y acceso a la atención calificada del parto, no solamente porque hay menos servicios de salud disponibles en las zonas pobres rurales, en comparación con las ciudades, y porque las distancias son mayores, sino porque en las zonas alejadas el personal de salud en ejercicio tiene menos calificación y recibe poca o ninguna capacitación y supervisión. En el área rural las distancias entre los domicilios y los servicios de salud, así como el maltrato a la usuaria y la falta de adecuación cultural de éstos constituyen otros impedimentos. En ciertos contextos donde la familia y la comunidad proporcionan escaso apoyo a la maternidad, el bajo empoderamiento de la mujer y el limitado acceso a los recursos familiares, impide

que ésta se movilice en búsqueda de asistencia calificada durante su embarazo, parto y posparto.

Las relaciones interpersonales entre usuarias y personal de salud la desatención y no valoración de la opinión de la usuaria provocan una manifestación de inconformidad respecto a la atención del parto. La incompreensión de las prácticas médicas a las que son sometidas las mujeres durante el parto, es sentida por las mujeres como una grave falta de calidez en el servicio y en algunos casos como maltrato. Al respecto, un estudio sobre la “Maternidad en Mujeres Indígenas Quechuas”.

El trabajo ejecutado por la organización no gubernamental Causananchispaj, identifica como un aspecto importante para la mortalidad materno infantil en los municipios de Caiza D y Cotagaita del departamento de Potosí, el desconocimiento y la no valoración por parte del servicio de salud de las prácticas tradicionales de atención de la maternidad que realizan las parteras de la comunidad en la población campesina e indígena, lo que origina la incomunicación como fenómeno socio-médico, y la incomunicación entre los actores (equipo de salud y gestantes), aspecto principal que explica las bajas coberturas en maternidad.

El parto en domicilio provee aspectos considerados positivos por las mujeres, como la presencia y apoyo emocional del esposo. Al respecto una organización no gubernamental (DIBBITS Y TERRAZAS, 2003) llevo adelante un estudio para conocer las formas de implicación de los hombres en el período del embarazo, parto y post parto y el apoyo concreto que brindan a su compañera (prácticas y conocimientos).

El estudio muestra que la visión de las familias entrevistadas es que: “todos los partos pueden ser normales”. Cuando el parto es domiciliario, el esposo participa durante los preparativos y durante el parto de acuerdo a pautas culturales generando un ambiente intercambio de afecto entre la pareja, valores humanizadores del parto.

La necesidad de incorporar en la problemática a los familiares y la comunidad surge por si misma al conocer que la mayoría de las entrevistadas se guían en la opinión de otras personas para decidir sobre el lugar del parto. Muchas veces, las mujeres reciben una fuerte influencia de los familiares y personas cercanas para formarse una imagen negativa del servicio de salud.

Esta influencia puede canalizarse para crear un entorno que favorezca la asistencia al servicio de salud. Al respecto la OPS (OPS/OMS, 2002) menciona que: “en muchas comunidades es más fácil que la madre obtenga acceso a servicios de salud específicos si recibe el apoyo de otros miembros de la familia, especialmente de su pareja o cónyuge.

El poder de decisión y la movilización de las comunidades crean un entorno propicio para aumentar la inversión intersectorial en el mejoramiento de la salud”. Sin embargo, en algunos países de Asia y África los esposos, parientes, o ancianos respetados por la comunidad son los que deciden donde dará a luz la mujer y debe otorgarle permiso para ser llevada al hospital, por ello, lo que se desea es asegurar el empoderamiento de las mujeres asegurando la posibilidad de elección (S.J. JEJEEBHOY, 1997).

Las condiciones de los caminos y la distancia hacen que las mujeres opten por el parto domiciliario. Estudios confirman que las dificultades de transporte contribuyen significativamente a la subutilización de los servicios. Las mujeres dieron a luz en casa debido a la distancia y falta de medios de transporte lo que evitó llegar al servicio de salud (G. BIEGO y colaboradores, 1995).

La subestimación de los riesgos del parto también es una condicionante para el acceso al servicio de salud. En Ghana, un estudio sobre las mujeres que fallecieron por complicaciones relacionadas con el embarazo mostró que el 64% de las mujeres había solicitado la ayuda de un herbolario, un curandero u otro proveedor tradicional antes de acudir a un servicio de salud.

Las familias mencionaron que las principales razones para no llevarla a un hospital eran el costo y la creencia de que “no estaban suficientemente enfermas” (H. Odoi-Agyarko, N. Dollimore, O.OwusuArgyei, 1993).

Las actitudes de apoyo, protección y atención en el momento del parto son valorado por las mujeres y lo recuerdan llenas de satisfacción y alegría, en cambio la falta de apoyo, la soledad, la sensación de abandono, las actitudes discriminativas, el aislamiento de sus seres queridos y el maltrato físico o psicológico, son sucesos que no se olvidan fácilmente, debido a la sensibilidad, susceptibilidad y vulnerabilidad que presenta la mujer como producto del proceso de gestación, situación que se agudiza en el momento del parto.

IX CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

IX.1 CONCLUSIONES

Los factores que incrementan la preferencia por el parto domiciliario, que a su vez, se convierten en obstáculos para la atención de parto institucional existen y podemos mencionar los siguientes:

- El bajo nivel de información de las mujeres. Lo que provoca la formación de una percepción negativa del servicio muchas veces por influencias infundadas de otras personas.
- La subestimación de los riesgos del parto. La consideración del parto como algo natural, normal es precedido por la subestimación de los riesgos. La mujer no tiene intenciones de recurrir al servicio médico mientras no tenga certeza de alguna complicación durante el embarazo.
- El idioma como una barrera cultural. En su generalidad el personal de salud conoce poco o nada del idioma originario, por otro lado, las mujeres que habitan en las laderas del pueblo tienen dificultades en la comprensión del español.
- Satisfacción del parto en casa. Las mujeres valoran las experiencias del parto en casa al considerar como positivos la tranquilidad, la confianza y la presencia de los seres queridos que se pueden encontrar en el hogar.
- Pudor, vergüenza. La atención del parto por personal masculino provoca que las mujeres sientan miedo o “vergüenza” a quitarse la ropa frente a otros hombres o personas.

- La falta de continuidad del personal. Existe una alta tasa de rotación de personal que tiene a su cargo la atención de parto. Esto provoca desconfianza y temor a lo desconocido.
- Percepción de la falta de capacidad resolutive del personal. Las mujeres y la población en algunos casos tienen una idea negativa acerca de la capacidad resolutive del personal. Por otro lado, la presencia de practicantes provoca que las mujeres no crean en la eficiencia de la atención médica.
- Percepción de maltrato y discriminación. Existe una disconformidad con la atención que brinda el personal a la mujer suscitada al parecer por la no valoración de la opinión de la usuaria.
- Continuidad de personal. Las mujeres sienten una sensación de abandono debido a la rotación del personal provocando la deserción del servicio de salud de las mismas.
- El rechazo a los procedimientos de rutina de atención de parto. Muchas mujeres temen a la operación cesárea al punto de poner en riesgo su propia vida. Muchas mujeres toman como una condición negativa a ser trasladadas al hospital más cercano (Escoma) para ser sometidos a cesárea en caso de complicaciones.
- Las dificultades de accesibilidad (distancia y terreno accidentado). Debido al paisaje montañoso y la carencia de caminos, sumado a este la falta de auxilio y el horario inadecuado del inicio de los dolores de parto, hacen del acceso al servicio de salud muy difícil.

- Percepción de costo de servicio. La falta de información acerca de los beneficios que otorga el estado a las parturientas mediante el SUMI tiene su cuota en el problema del acceso.

Estos datos reflejan las grandes diferencias existentes en el comportamiento de las mujeres con relación al parto en las poblaciones rurales.

IX.2 RECOMENDACIONES

En relación a la investigación, una limitación fue que el estudio se concentró en las comunidades cercanas al pueblo donde las mujeres ya tienen un cierto nivel de conocimiento y educación y muchas de ellas hablan con cierta facilidad el español, sin embargo, existe una población de mujeres en las áreas más alejadas al pueblo cuyo idioma predominante es el quechua y cuyas características culturales difieren en cierto grado, por lo que se recomienda complementar con un estudio que abarque esta población.

Respecto a la atención de parto en el Centro de Salud, en vista de que se encontraron varios factores que condicionan el acceso de las parturientas al servicio de salud es importante que el establecimiento inicie una serie de medidas para sensibilizar a las mujeres sobre los riesgos que corren con el parto en domicilio. Los resultados de este estudio podrían ser utilizados como línea base para iniciar este proceso. Tomando en cuenta lo mencionado se recomienda desarrollar a la brevedad posible las siguientes acciones:

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

durante el trabajo de parto y el expulsivo; devolver la placenta; evitar que la madre pase frío.

- Elaborar estrategias para el mejoramiento de la relación entre personal de salud y las usuarias, a través de la formación humana del personal de salud con un enfoque en la adecuación cultural.
- Incorporar a los líderes sociales de la comunidad como los principales nexos entre el servicio de salud y la comunidad, para lograr la captación oportuna de las parturientas; el personal de salud debe trabajar de forma articulada con las diferentes organizaciones de la comunidad (gobierno municipal, organizaciones de base, organizaciones no gubernamentales, instituciones locales, agentes comunitarios de salud, pareja y familia de la gestante) para formar una red activa que promueva la atención prenatal y la atención institucional del parto.
- Implicar a las parteras empíricas como aliadas del personal de salud.
- Implementar un mecanismo de traslado de pacientes mediante la participación social y comunitaria.
- Mayor información a las mujeres con el objetivo de promover la detección oportuna de complicaciones y riesgos en embarazadas, parturientas y recién nacidos; a la vez, generar conciencia sobre la importancia del acceso al servicio durante la maternidad y el parto para una atención segura y riesgo prevenido y controlado.

Si estas recomendaciones emanadas de este trabajo de investigación son implementadas estamos seguros que se incidiría favorablemente en la reducción de la tasa de mortalidad materna e infantil en la región.

X PROYECTO DE INTERVENCIÓN

PROYECTO PARA LA REDUCCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO EN LA POBLACIÓN DE CHARAZANI EN EL PERIODO 2007

1. ANTECEDENTES

Una vez realizada la etapa de investigación acerca de los factores que condicionan la preferencia de las mujeres por el parto domiciliario se ha identificado que existen cuatro grupos de factores que inciden en la elección del parto domiciliario: factores culturales, calidad de servicio, acceso al servicio y aspectos económicos.

Según la investigación las mujeres tienen una gran preferencia por el parto en domicilio con la asistencia de los familiares y la partera, argumentando que es lo más natural y normal. Además consideran que en el hospital sufren mal trato, el personal subestima sus prácticas culturales, no entienden su idioma, dan razones para dudar de su capacidad resolutoria. Califican como positivo el buen trato, participación del esposo o familiares, comunicación fluida y sincera, mates y fricciones para ayudar en el parto, aspectos que solo lo pueden encontrar en el hogar según ellas. A todo esto se suma las condiciones geográficas accidentadas y las grandes distancias que impide el traslado de la parturienta al servicio. En todo esto sobresale el hecho de la subestimación a los riesgos que se pueden presentar en el parto. Las mujeres consideran que mientras no haya certeza de alguna complicación no es necesario acudir al Centro de Salud. Por otro lado está el pánico y rechazo de las mujeres a la cesárea y otros procedimientos médicos que involucra dolor, tanto así que en algunos casos las mujeres, aún con la certeza de ser un embarazo con complicaciones, corren el riesgo y acuden a una partera con el fin de evitar el traslado para una cesárea.

Con todo este conjunto de factores, que se convierten en condicionantes para el acceso de las mujeres en estado de parto al Centro de Salud, se construyó una

matriz de priorización (ANEXO E) del cuál se desprendió como factor principal la falta de información y promoción de los servicios de parto.

2. OBJETIVOS DEL PROYECTO

2.1. OBJETIVO GENERAL DE INTERVENCIÓN

Sensibilizar a las mujeres del área de influencia del Centro de Salud Charazani acerca de las ventajas y la necesidad del parto institucional, a través de un proceso de información y promoción de los servicios de parto involucrando a los familiares y las parteras de manera que permita mejorar el acceso al servicio de salud incidiendo, de este modo, en la disminución de la mortalidad materna en la población de Charazani.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN

I. Capacitar recursos humanos del Centro de Salud para la asistencia humanizada con adecuación cultural.

Los resultados de la investigación señalan que el personal de salud subestima las prácticas culturales y provoca desconfianza en la población de usuarias. El personal de acuerdo a su formación da mayor importancia a la medicina científica y los procedimientos médicos subvalorando a las prácticas médico tradicionales, de esta manera provocan un clima de desconfianza entre el personal de salud y las mujeres.

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

II. Realizar actividades de Información, Educación y Comunicación a las mujeres y esposos respecto al parto, sus complicaciones y sus responsabilidades.

De la investigación también se detectó la falta de información de las mujeres respecto a la maternidad, el parto y sus complicaciones, lo que conduce inevitablemente a la subestimación de los riesgos del parto. En esta circunstancia es necesario generar conciencia en las mujeres sobre la importancia del acceso al servicio durante la maternidad y el parto para una atención segura y riesgo prevenido y controlado. También es necesario involucrar a los esposos para que asuman el control de la salud de la madre. Es por esta razón, que se plantea un proceso sistemático de información y educación con el fin de acabar con la falta de información y mal información.

III. Involucrar en la responsabilidad a los representantes sociales de la comunidad mediante talleres de capacitación y asignación de tareas.

La inclusión de los actores sociales en la problemática de la salud materna es una condición esencial para encontrar cambios estructurales en los servicios de salud. Con esto se plantea una estrategia de atención de la salud materna consensuada con la comunidad. Se pretende sensibilizar el pensamiento conservador de los habitantes de la comunidad para que comprendan las ventajas de un parto domiciliario e influyan en este sentido en las mujeres.

IV. Promover la asistencia a al servicio de salud de las parturientas mediante la entrega de premios.

En la investigación se pudo observar lo poco motivadas que se sienten las mujeres de asistir al servicio de salud. Se conoce de las experiencias en otras regiones donde la entrega de premios (pañales de bebé, ropa, leche, etc.) aumentó el acceso de las mujeres al servicio.

3. RESULTADOS ESPERADOS

3.1. RESULTADO ESPERADO I:

Personal de salud *capacitado y sensibilizado en la atención de partos con enfoque intercultural.*

ACTIVIDADES:

- Realizar un curso de capacitación al personal de salud para mejorar sus conocimientos respecto a la Cosmovisión Andina y el sistema médico tradicional.
- Realizar un curso de capacitación personal de salud para difundir información relacionada a la atención humanizada de parto con adecuación intercultural (trípticos, videos, presentaciones, etc.).
- La adaptación de las salas de parto, para una atención con pleno respeto a sus derechos y valores culturales.

3.2. RESULTADO ESPERADO II:

Que todas las mujeres en la población tengan conocimientos generales acerca del embarazo, el parto y sepan detectar precozmente los signos y síntomas de las complicaciones durante su embarazo, el parto y el periodo puerperal, y que decidan concurrir oportunamente al servicio para resolver la situación.

ACTIVIDADES:

- Realizar diálogos comunitarios en la escuela, juntas vecinales y organizaciones de mujeres acerca del parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones, la referencia al servicio y responsabilidades del esposo y los familiares.
- Difundir por los medios de comunicación social materiales audiovisuales, adecuado culturalmente a la región, sobre el parto seguro, reducción de los

riesgos del embarazo, identificación de complicaciones, la referencia al servicio y responsabilidades del esposo y los familiares.

3.3. RESULTADO ESPERADO III:

Comunidad consciente de la importancia de su participación en el cuidado de la salud materna y la toma de decisiones en los momentos necesarios para un parto seguro.

ACTIVIDADES:

- Realizar talleres de capacitación de los recursos humanos de la comunidad (autoridades del municipio, maestros, parteras y médicos tradicionales) para difundir conocimientos básicos acerca de toma de decisiones en las emergencias obstétricas y neonatales para la rápida derivación al servicio de salud.
- Asignar roles y funciones a los representantes sociales de la población en las actividades de la información.
- Realizar un taller de socialización el marco normativo legal sobre las responsabilidades y competencias de la Red Social a los representantes y personal de salud de Charazani para generar una corresponsabilidad y participación activa de la comunidad, en la problemática de la salud materna.

3.3. RESULTADO ESPERADO IV:

Mujeres motivadas por la asistencia al servicio.

ACTIVIDADES:

- Cumplimiento a la Ley 2426 SUMI, donde menciona la otorgación de alimentos durante su estadía en el servicio.
- Solicitud y gestión de materiales en alimentos y ropas para la provisión de premios a las madres a través la Gerencia de Red
- Adquisición y traslado de alimentos y ropas hacia el Centro de Salud.
- Distribución de ropa y alimentos para el recién nacido a gestantes y puérperas que se atendieron el parto en el Centro de Salud.

4. RECURSOS Y PRESUPUESTO: “PROYECTO PARA LA REDUCCIÓN DEL PARTO DOMICILIARIO EN LA POBLACIÓN DE CHARAZANI EN EL PERIODO 2006”

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)	RESPONSABLE
1. Capacitar recursos humanos del Centro de Salud para la asistencia con adecuación cultural.	1.1. Realizar un curso de capacitación al personal de salud para mejorar sus conocimientos respecto Cosmovisión Andina y el sistema médico tradicional.	- Fotocopias de documentos	Hojas	300	30	
		- Lap Top	Hora	4	120	
		- Data Display	Hora	4	200	
		- Facilitador	Hora	4	500	
		- Hojas Bond	Hojas	100	5	
		- Bolígrafos	Pieza	6	6	
		- Refrigerio	Día	1	50	
	1.2. Realizar un curso de capacitación personal de salud para difundir información relacionada a la atención de parto con adecuación intercultural (trípticos, videos, presentaciones, etc.)	- Fotocopias de documentos	Hojas	300	30	
		- Lap Top	Hora	4	120	
		- Data Display	Hora	4	200	
		- Facilitador	Hora	4	500	
		- Hojas Bond	Hojas	100	5	
		- Bolígrafos	Pieza	6	6	
		- Refrigerio	Día	1	50	
	1.3. Solicitud y gestión de un espacio físico para el funcionamiento de una Oficina Intercultural a la Gerencia de la Red.	- Pasaje terrestre	Viaje	4	100	
		- Alojamiento y alimentación	Día	2	40	
		- Teléfono	Llamada	10	50	
2. Realizar actividades de Información, Educación y Comunicación a las mujeres respecto al parto y sus complicaciones.	2.1. Realizar diálogos comunitarios en la escuela, juntas vecinales y organizaciones de mujeres acerca del parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones y la referencia al servicio.	- Impresión de Materiales educativos	Documento	400	2000	
		- Facilitador	Hora	16	1600	

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)	RESPONSABLE
	2.2. Difundir por los medios de comunicación local materiales audiovisuales, adecuado culturalmente a la región, sobre el parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones y la referencia al servicio.	- Elaboración de spot - Espacio en radio - Impresión de trípticos	Pieza Hora Lámina	1 30 50	200 2050 350	
3. Involucrar en la responsabilidad a los representantes sociales de la comunidad mediante talleres de capacitación y asignación de tareas.	3.1. Realizar un taller de capacitación de los recursos humanos de la comunidad (autoridades del municipio, maestros, parteras y médicos tradicionales) para difundir conocimientos básicos acerca de toma de decisiones en las emergencias obstétricas y neonatales para la rápida derivación al servicio de salud.	- Fotocopias de materiales - Folletos - Lap Top - Data Display - Facilitador - Hojas Bond - Bolígrafos - Refrigerio	Documento Pieza Hora Hora Hora Hojas Pieza Día	40 50 8 8 8 300 40 1	160 50 240 400 1000 15 40 200	
	3.2. Asignar roles y funciones a los representantes sociales de la población en las actividades de la información.	- Impresión de material	Hoja	200	50	
	3.3. Realizar un taller de socialización el marco normativo legal sobre las responsabilidades y competencias de la Red Social a los representantes y personal de salud de Charazani para	- Fotocopias - Lap Top - Data Display - Facilitador - Bolígrafos - Refrigerio	Hojas Hora Hora Hora Pieza Día	400 4 4 4 40 1	40 120 200 400 40 200	

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)	RESPONSABLE
	generar una corresponsabilidad y participación activa de la comunidad, en la problemática de la salud materna.					
4. Promover la asistencia a al servicio de salud de las parturientas mediante la entrega de premios.	4.1. Solicitud y gestión de materiales en alimentos y ropas para la provisión de premios a las madres a la Gerencia de la Red	- Pasaje terrestre - Alojamiento y alimentación - Teléfono	Viaje Día Llama- da	4 2 10	100 40 50	
	4.2. Recepción y traslado y traslado de alimentos y ropas hacia el Centro de Salud.	- Pasaje terrestre - Transporte	Viaje Viaje	2 1	50 650	
	4.3. Distribución de ropa y alimentos para el recién nacido a gestantes y puérperas que se atendieron el parto en el Centro de Salud.	---	---	---	---	

XI BIBLIOGRAFÍA

BULATAO, R. & ROSS, J. *Do Health Services Reduce Maternal Mortality? Evidence From Ratings Of Maternal Health Programs. Measure. Evaluation Project.* University of North Carolina. June – 2001.

CASTRO MANTILLA María Dolores y SALINAS MULDER Silvia. *Avances Y Retrocesos En Un Escenario Cambiante: Reforma En Salud, Mortalidad Materna Y Aborto En Bolivia.* Imp. Art. Graf. EL Porvenir. 1ra. Edic., La Paz – Bolivia, 2004.

DIBBITS, I. y TERRAZAS M. *Uno de Dos: El Involucramiento de los Hombres en la Atención de la Salud Perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa El Alto.* TALLER DE HISTORIA Y PARTICIPACIÓN DE LA MUJER (TAHIPAMU). Edit. Garza Azul, La Paz – Bolivia, 2003.

G. BIEGO y colaboradores, *Survey on Adult and Childhood Mortality,* Tanzania. Macro International, Calverton, Maryland, 1995.

GRUPO DE TRABAJO INTERAGENCIAL REGIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA (GTIRMM). *Atención Calificada del Parto en América Latina y el Caribe.* Informe 2004, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia , 2003.

H. ODOI-AGYARKO, N. DOLLIMORE, O.OWUSUARGYEI, *Risk Factors in Maternal Mortality: A Community-Based Study in Kassena-Nankani District.* Trabajo presentado en la Reunión Consultiva Nacional sobre Maternidad sin Riesgos, Accra, Ghana, 19 -21 de enero de 1993.

KOBLINSKY, M. et al.. *Issues In Programming For Safe Motherhood.* MotherCare Arlington, VA.: John Snow Inc. 2000.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES – PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Protocolos Seguro Universal Materno Infantil. Bolivia, 2004.

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL – UNIDAD NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS. *Atención a la Mujer y al Recién nacido en Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales de Distrito*. Norma Boliviana De Salud Nb-Msps-02-2000, Noviembre 2000, La Paz – Bolivia.

MOTHERCARE Matters. *Behavioral Dimensions Of Maternal Health & Survival*. A Quarterly Newsletter and Literature Review, Volume 9, N° 3, September 2000.

VARGAS Q., Yolanda; ALEMÁN V., Victor: *La Maternidad En Mujeres Indígenas Quechuas*. La Paz: CDCCPC, 2003, pág. 8 – 9 .

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: *Mortalidad Materna E Infantil Entre Los Pueblos Indígenas De Las Américas*. Boletín Indígena, Edic. N° 2, Mayo 2004.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Maternidad Saludable*. OPS, Bogotá – Colombia, 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Estrategia Regional para la Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas*. Washington, OPS/OMS, 2002.

S.J. JEJEEBHOY. *"Empower Women, Ensure Choices: Key to Enhancing Reproductive Health"*. Presentation at Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka, 18-23 October 1997.

ANEXO A: GUÍA DE ENTREVISTAS A MADRES

Fecha de la entrevista:

Nombre del informante:

Edad: _____ Nro. de Hijos: V _____ M _____

A. ASISTENCIA AL CENTRO DE SALUD PARA ATENDERSE EL PARTO

(INFORMANTES: MUJERES EN GENERAL)

1. ¿Ha asistido al centro de salud alguna vez para atenderse el parto?

SÍ _____
NO _____

(INFORMANTES: MUJERES QUE NUNCA SE ATENDIERON EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD Y NO LO HARÍAN)

2. (NO) ¿Estaría dispuesta a atenderse el parto en un centro de salud alguna vez?

SÍ _____
NO _____

(SÍ) ¿Por qué?

(NO) ¿Por qué dice usted que no se atendería el parto en el centro de salud? ¿Por alguna otra razón?

(SI "DEPENDE") ¿De qué depende? ¿Depende de alguna otra cosa?

3. ¿Dónde se ha atendido el parto? ¿Quién la atendió?

4. ¿Por qué razón se ha atendido el parto en ese lugar? ¿Por alguna otra razón?

(INFORMANTES: MUJERES QUE SE ATENDIERON EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD)

5. ¿Cuántas veces se ha atendido el parto en el centro de salud usted?

6. ¿Por qué razón se ha atendido el parto en el centro de salud usted? ¿Por alguna otra razón?

7. (SÍ) ¿Piensa usted volver a atenderse el parto en el centro de salud?

SÍ _____
NO _____

(SÍ) ¿Por qué?

(NO) ¿Por qué?

(SI "DEPENDE") ¿De qué depende? ¿Depende de alguna otra cosa?

B. OPINIÓN SOBRE EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE PARTO EN EL CENTRO DE SALUD

(INFORMANTES: MUJERES QUE SE ATENDIERON EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD. TODAS LAS PREGUNTAS SE REFIEREN A LA ÚLTIMA VEZ QUE SE ATENDIÓ EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD)

8. La última vez que se atendió el parto, ¿cómo le pareció el servicio de atención de parto?

EXCELENTE _____
MUY BUENO _____
BUENO _____
REGULAR _____
MALO _____

9. La última vez que se atendió el parto, ¿el personal la atendió rápidamente?

SI _____
NO _____

10. ¿Por qué dice usted eso?

11. La última vez que se atendió el parto, ¿el personal la revisó cuidadosamente?

SI _____
NO _____

12. ¿Por qué dice usted eso?

13. La última vez que se atendió el parto, ¿el personal la mantenía informada sobre lo que hacían?

SI _____
NO _____

14. ¿Por qué dice usted eso?

15. La última vez que se atendió el parto, ¿recibió malos tratos del personal?

SI _____
NO _____

16. (SI) ¿Cuáles?

17. ¿Recibió usted alguna información u orientación antes de la atención de parto?

SÍ _____
NO _____

18. (SÍ) ¿Qué información recibió?

19. La última vez que se atendió el parto en el centro de salud, ¿hubo algo que a usted no le agradó?

SÍ _____
NO _____

20. (SÍ) ¿Qué fue lo que no le agradó? ¿Algo más?

21. (SÍ) ¿Por qué no le agradó...?

C. INFORMACIÓN ACERCA DEL PARTO Y SUS COMPLICACIONES

22. ¿Alguna vez ha visto o ha oído información sobre el parto y sus complicaciones?

SÍ _____
NO _____

23. (SÍ) ¿Qué se veía o que decían la información?

24. En el futuro, ¿le gustaría a informarse sobre el parto y sus complicaciones?

SÍ _____
NO _____

25. (SÍ) ¿Por qué sí?

26. (NO) Por qué no?

27. ¿Cuál sería la mejor forma de informarse sobre las complicaciones del parto?

RADIO

TELEVISIÓN

MEDIO ESCRITO:

OTRO MEDIO IMPRESO:

INTERPERSONAL:

28. Si usted tuviera que convencer a una persona para que vaya a un centro de salud, ¿qué le diría para convencerla?

29. La última vez que se atendió el parto en el centro de salud, ¿alguien le pidió que lo hiciera?

SÍ

NO

30. (SÍ) ¿Quién le pidió a usted que se atendiera el parto en el centro de salud?

ANEXO B: GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD DE SERVICIO DE ATENCIÓN DE PARTO

ENTREVISTE A UN MIEMBRO DEL PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DE PARTO (MÉDICO, ENFERMERA, AUXILIAR).

Fecha de la entrevista:

Nombre del servicio:

Nombre del informante:

A. INFORMACIÓN BÁSICA

1. ¿Hasta que nivel de estudios alcanzó?

2. ¿Qué otra capacitación ha tenido?

3. ¿Ha recibido capacitaciones sobre la atención de parto?

4. (Sí) ¿Cuáles? ¿Cuándo fue la última?

5. ¿Cuánto tiempo tiene de trabajar en este servicio de atención de parto?

AÑOS: _____ MESES: _____

B. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL SERVICIO DE ATENCIÓN DE PARTO

6. ¿Cuántas personas trabajan en este servicio de atención de parto?

Cargo	Función	Número

7. ¿Qué horario de atención tiene el servicio de parto cada día?

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

8. ¿Ofrece el servicio de salud información y orientación a las mujeres acerca del parto y sus complicaciones?

SÍ _____
NO _____

9. (SÍ) ¿Qué aspectos incluye esta información y orientación?

10. ¿Supervisa el servicio a las mujeres después del parto?

SÍ
NO

11. (SÍ) ¿En qué consiste la supervisión? ¿Cómo hace esta supervisión?

12. ¿Brinda el servicio de salud algún incentivo para que las mujeres se atiendan el parto en el centro de salud?

SÍ
NO

13. (SÍ) Cuál?

14. ¿En promedio, cuántas atenciones de parto realiza el servicio de salud por mes? ¿por año?

POR MES: EN EL CENTRO _____ EN DOMICILIO: _____
POR AÑO: EN EL CENTRO _____ EN DOMICILIO _____

C. COMUNICACIÓN

15. ¿Por qué cree usted que muchas mujeres prefieren el parto domiciliario?

16. Y las mujeres que se atienden al parto en el centro de salud, ¿por qué cree usted que lo hacen?

17. ¿Llevan a cabo ustedes algún tipo de concientización para que las mujeres se atiendan el parto en el centro de salud?

SÍ
NO

18. (NO) Por qué no?

19. (Sí) ¿Cuál?

20. (Sí) ¿A través de qué medio lo hacen?

21. (Sí) ¿Cuáles son los principales mensajes que dan?

22. Si en el futuro se quisieran dar información sobre el parto, ¿qué aconsejaría usted?

23. ¿A través de qué medios podría hacerse?

24. ¿Cuáles podrían ser los mensajes?

25. ¿Cómo se podría convencer a mayor número de mujeres a que se atiendan el parto en el centro de salud?

ANEXO C: GUÍA DE DISCUSIÓN DE GRUPO FOCAL CON MUJERES EN GENERAL

SE LLEVA A CABO UNA DISCUSIÓN DE GRUPO FOCAL CON EL PÚBLICO EN GENERAL. EL PÚBLICO EN GENERAL PUEDE INCLUIR A MUJERES QUE SE ATENDIERON O NO EN EL CENTRO DE SALUD.

Nombre del redactor:

Nombre del Facilitador:

Fecha de la reunión:

Hora de inicio: _____ Hora de terminación: _____

Número de personas participantes:

Nombre del participante	Edad	Sexo

A. ATENCIÓN DE PARTO

(PÚBLICO EN GENERAL)

- 1) ¿Han oído hablar o saben ustedes sobre el parto? ¿Qué es?
- 2) ¿Quién atiende un parto?
- 3). ¿Le puede pasar algo a la persona en el parto? ¿Qué le puede pasar?
- 4) ¿Alguno de ustedes ha tenido en su familia o con sus amistades una experiencia de parto? ¿Cómo fue esta experiencia?
- 5.¿Cuáles son sus creencias respecto al parto?

B. PARTO / ATENCIÓN DE PARTO EN EL CENTRO DE SALUD (PERSONAS QUE SE ATENDIERON EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD ALGUNA VEZ)

- 6) ¿Qué piensan ustedes sobre el parto? ¿Por qué dicen eso?

7) ¿Por qué razón se atendieron el parto en el centro de salud? ¿Cómo fue esa vez que se atendieron el parto en el centro de salud?

8) ¿Volverían a atenderse el parto en el centro de salud alguna vez? ¿Por qué sí o no?

9). Si tendrían que volver a atenderse el parto en el centro de salud, ¿preferirían hacerlo solos o acompañados? (EXPLORAR: Si fuese en compañía de alguien, ¿de quién o quiénes sería?, ¿por qué?)

10. Cuándo se atendieron el parto en el centro de salud, ¿les permitieron elegir la posición de parto?

11. ¿Qué opinión les merece la infraestructura del centro?

12. ¿Qué opinión les merece el personal de salud?

(PERSONAS QUE NO SE ATENDIERON EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD NINGUNA VEZ)

13) ¿Qué piensan ustedes sobre el parto? ¿Por qué dicen eso?

14) ¿Por qué nunca se han atendido el parto en el centro de salud?

15) ¿Alguna vez se atenderían el parto en el centro de salud ustedes? ¿Por que sí o no?

16) Si alguna vez se atendieran el parto en el centro de salud, ¿preferirían hacerlo solas o acompañadas? (EXPLORAR: Si fuese en compañía de alguien, ¿de quién o quiénes sería?)

C. CANALES DE COMUNICACIÓN

17) Alguna vez ustedes han recibido o visto información sobre el parto?

18) ¿Qué información han recibido? ¿Qué decía o qué se veía?

19) ¿Dónde han recibido o visto esa información?

20) ¿Creen que es importante recibir información sobre el parto? ¿Por qué?

21) ¿Dónde se debería dar o debería estar esa información para que más personas se enteraran del parto?

22) ¿Quién debería dar esa información?

23) ¿Qué les gustaría saber sobre el parto? ¿Algo más?

(PREGUNTAR A PERSONAS QUE SE HAYAN ATENDIDO EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD)

24) ¿Qué le dirían ustedes a las personas para convencerlas de que se atiendan el parto en el centro de salud?

(PREGUNTAR A PERSONAS QUE NO SE HAYAN ATENDIDO EN EL CENTRO DE SALUD)

25) ¿Qué las convencería para que se atiendan el parto en el centro de salud?

ANEXO D: GUÍA DE OBSERVACIÓN GENERAL DEL SERVICIO DE SALUD

OBJETIVO: El objetivo de este instrumento es recolectar información sobre el servicio de salud

OBSERVAR DETENIDAMENTE Y DESCRIBIR TODOS LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES DEL SERVICIO DE SALUD.

Número de observación:

Fecha de observación:

Hora en que inicia la observación:

Hora en que termina la observación:

Observador(a):

A. INSTALACIONES

MARQUE EL CUADRO CON UNA X CUANDO EXISTA UN ESPACIO O LOCAL ESPECIAL PARA LA ATENCIÓN DE PARTO. LUEGO, DESCRIBA DETALLADAMENTE CADA UNO DE ELLOS

1. Locales

- a. Sala de recepción o sala de espera _____
- b. sala de pre parto _____
- c. sala de atención de parto _____
- d. sala de reposo post-atención/supervisión _____

Para cada uno de los aspectos a observar en los diferentes locales del servicio de salud, en el cuadro escriba el número que mejor lo describa:

- 1. Adecuado
- 2. Regular
- 3. Inadecuado

Describa detalladamente cada uno de los aspectos, como ser: tamaño, construcción, ventilación, iluminación, decoración, limpieza, de los diferentes locales:

Aspectos a observar	Sala de recepción o sala de espera	Sala de pre parto	sala de atención de parto	sala de reposo post-atención/supervisión
Tamaño Construcción Ventilación Iluminación Decoración limpieza				

MARQUE EL CUADRO CON UNA X CUANDO EXISTA EL SERVICIO

2. Servicios básicos

- a. agua _____
- b. electricidad _____
- c. teléfono _____
- e. transporte _____

MARQUE CON UNA X CUANDO EXISTA EL ÍTEM DETERMINADO Y LUEGO DESCRIBA LA HIGIENE Y SEGURIDAD DEL SERVICIO EN TÉRMINOS GENERALES

3. Higiene y seguridad

- a. equipo desechable (agujas, tubos, guantes, etc.) _____
 - b. recipientes para desechos no biológicos _____
 - c. recipientes para desechos potencialmente infecciosos _____
-
-
-

B. INTERACCIÓN ENTRE PERSONAL DE SALUD Y PACIENTES

(LUGAR: SALA DE ESPERA)

4. ¿El personal saluda a la paciente?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

5. ¿El personal es atento con la paciente? (ej. le ofrece donde sentarse, le sonríe, etc.)

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

6. ¿Alguien del personal pide información a la paciente?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

(LUGAR: SALA DE PRE-PARTO)

7. ¿El personal saluda a la paciente?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

8. ¿El personal es atento con la paciente? (ej. le ofrece donde sentarse, le sonríe, etc.)

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

9. ¿Alguien del personal da información u orienta a la paciente sobre la situación?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

10. (SÍ) ¿La orientación incluye los siguientes puntos?

- Procedimientos involucrados durante el pre-parto _____
 - Procedimientos involucrados en el parto _____
 - Recomendaciones post-parto _____
 - Otros: _____
-

11. ¿Hace alguna pregunta la paciente?

- 1. SÍ
- 2. NO

12. (SI) ¿Le contestan la pregunta a la paciente?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____
- 3. UNAS SÍ Y OTRAS NO _____

13. ¿Alguien del personal examina a la paciente?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

14. ¿Qué registros llena el personal?

- Ficha personal de la paciente _____
- Consentimiento informado _____
- Historia clínica _____
- Examen clínico _____
- Otros: _____

15. ¿Se lleva un archivo de los registros de atención?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

C. SALA DE PARTO

16. ¿El personal es atento con la paciente?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

17. ¿El personal permite la compañía del esposo o familiares?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

18. ¿El personal permite elegir la posición de parto a la paciente?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

19. ¿Cuánto tiempo dura el parto?

D. SALA DE RECUPERACIÓN/SUPERVISIÓN

20. ¿El personal saluda a la paciente?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

21. ¿El personal es atento con la paciente? (ej. le ofrece donde sentarse, le sonrío, le pregunta cómo le fue, etc.)

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

E. OTROS

22. ¿Se da información u orienta a la paciente después del parto?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

23. ¿Se le entrega algún material educativo a la paciente?

- 1. SÍ _____
- 2. NO _____

24. ¿El personal cumple con condiciones de higiene y seguridad adecuadas?

- usa vestimenta apropiada (guardapolvos) _____
- usa ropa limpia y no rota _____
- usa agujas desechables nuevas _____
- usa otro material desechable nuevo (jeringas) _____
- se lava las manos antes de atender a la paciente _____
- no come en las instalaciones _____
- no bebe en las instalaciones _____

ANEXO E: MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

FACTORES QUE CONDICIONAN EN LA PREFERENCIA DEL PARTO DOMICILIARIO																
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	ACTIVA
A	Acceso geográfico al servicio	X	1	1	0	0	2	1	0	0	1	0	0	1	1	8
B	horario inadecuado de atención	1	X	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	7
C	Falta de Auxilio oportuno	1	1	X	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	6
D	Satisfacción del parto en casa	0	0	0	X	3	3	3	1	1	2	1	2	1	1	18
E	Pudor, Vergüenza	0	0	0	3	X	3	2	0	1	1	1	0	0	0	11
F	Falta de información y promoción del parto en servicio.	2	2	2	3	3	X	2	3	3	3	1	2	2	3	31
G	Percepción de mal trato y discriminación	1	0	0	3	2	2	X	1	2	2	1	1	1	1	17
H	Subestimación de riesgos del parto	0	0	0	1	0	3	1	X	1	3	1	1	0	0	11
I	Rechazo a la cesárea y procedimientos médicos	0	0	0	1	1	3	2	1	X	3	1	2	1	0	15
J	Influencia de familiares o personas cercanas	1	1	0	2	1	3	2	3	3	X	1	2	1	1	21
K	Idioma	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	X	1	0	1	9
L	Percepción de falta de capacidad resolutive del personal	0	0	0	2	0	2	1	1	2	2	1	X	2	1	14
M	Falta de continuidad de personal	1	1	1	1	0	2	1	0	1	1	0	2	X	1	12
N	Percepción de costo de servicio	1	1	1	1	0	3	1	0	0	1	1	1	1	X	12
	PASIVA	8	7	6	18	11	31	17	11	15	21	9	14	12	12	

VALORES	
RELACION FUERTE =	3
RELACION MEDIANA =	2
RELACION DEBIL=	1
NO TIENE RELACION=	0

DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS LA MÁS ACTIVA ES: LA FALTA DE INFORMACIÓN E INCENTIVO DE LOS SERVICIOS DE PARTO.

ANEXO F: CRONOGRAMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDADES	2006																											
	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE							
Elaboración Y presentación del perfil de tesis	■	■	■	■	■	■	■	■																				
Recolección de datos									■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Aprobación de instrumentos											■	■																
Aplicación de instrumentos											■	■	■	■	■	■	■	■	■	■								
Articulación y organización de datos																	■	■	■	■								
Categorización y codificación de datos																	■	■	■	■								
Interpretación de los resultados y discusión																	■	■	■	■								
Elaboración del Proyecto de Intervención																					■	■	■	■				
Estructuración del documento final																							■	■				
Entrega del documento final																									■	■		

