

# UNIVERSIDAD MAYOR DE "SAN ANDRÉS"

FACULTAD DE MEDICINA-ENFERMERIA - NUTRICION TECNOLOGIA  
MÉDICA

**UNIDAD DE POST - GRADO**



*"FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INCIDEN EN  
LA BAJA ASISTENCIA DE ATENCION DE PARTO  
INSTITUCIONAL EN EL CENTRO DE  
SALUD DE SAPAHAQUI"  
ENERO A JUNIO 2006*

PRPUESTA PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN  
INTERCULTURALIDAD Y SALUD

POSTULANTE : Lic. ROMULO OSCO QUISPE  
TUTOR : Dr. JOSE ZAMBRANA

LA PAZ – BOLIVIA  
2006

## **AGRADECIMIENTOS**

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

## **DEDICATORIA**

*Con amor incondicional a mi esposa, Luisa  
y mis hijos Rocío y Rudy.*

# ÍNDICE

<b>I INTRODUCCION.....</b>	<b>8</b>
<b>II MARCO TEORICO.....</b>	<b>10</b>
2.2 Parto institucional.....	10
2.3 Percepciones culturales sobre salud enfermedad.....	10
2.3.1 Medicina occidental.....	10
2.3.1.1 Parto.....	12
2.3.1.2 Etapas de parto.....	13
2.3.2 Parto en la cosmovisión andina.....	15
<b>III REVISION A BIBLIOGRAFICA.....</b>	<b>37</b>
<b>IV JUSTIFICACION.....</b>	<b>39</b>
<b>V DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....</b>	<b>41</b>
5.1 Planteamiento del problema.....	41
5.2 Hipótesis de estudio.....	42
5.3 objetivo general.....	42
5.4 Objetivos específicos.....	42
5.5 Diseño o tipo de estudio.....	43
5.6. Universo de la investigación.....	43
5.7 Población.....	43
5.8 Muestra.....	44
5.9 Lugar.....	44
<b>VI METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACION.....</b>	<b>44</b>
6.1 Criterios de inclusión.....	45
6.2 Criterios de exclusión.....	45
6.3 Técnicas.....	45
6.4 Variables.....	47
<b>VII RESULTADOS Y ANALISIS.....</b>	<b>48</b>

7.1	Introducción.....	48
7.2	Aspectos generales de las entrevistadas.....	49
7.3	Signos y síntomas del parto.....	50
7.4	Problemas durante el parto.....	52
7.5	Uso de medicina tradicional durante el parto.....	54
7.6	Atención de parto.....	55
7.7	Miedo.....	57
7.8	Comunicación entre el personal de salud y las usuarias.....	58
7.9	Preferencia de parto domiciliario por las mujeres .....	59
7.10	Acceso a servicios de Salud.....	60
7.11	Conocimiento del SUMI.....	63
<b>VIII</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>64</b>
<b>IX</b>	<b>PROYECTO DE INTERVENCION.....</b>	<b>69</b>
	Objetivo general de intervención.....	65
	Objetivos específicos de intervención.....	66
	Resultados esperados.....	69
<b>X</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>79</b>
<b>XI</b>	<b>CRONOGRAMA DE INVESTIGACION.....</b>	<b>81</b>
<b>XII</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>82</b>

## RESUMEN

**PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:** ¿Cuales serán los factores socio culturales que inciden en la baja asistencia a la atención de parto institucional en el centro de Salud Sapahaqui, red salud nº 13, sedes la paz, enero a junio del 2006?

### **OBJETIVOS:**

**De investigación.** Determinar los factores socio cultural que inciden en la baja asistencia de la atención de parto institucional en el Centro de Salud Sapahaqui, Red Nº 13, enero a junio 2006

**De intervención.** Establecer estrategias de comunicación entre el personal de salud, la comunidad y las autoridades en torno a la salud y los problemas durante el parto, adecuadas a sus propias percepciones de la región a través de un proceso de información y promoción de los servicios de parto, que permita mejorar el acceso al servicio de salud y tener coberturas optimas de parto institucional en la localidad de Sapahaqui.

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

**LUGAR:** El estudio se realizó en área de influencia del Centro de salud Sapahaqui, de la provincia Loayza del departamento de la Paz

### **POBLACIÓN:**

Las poblaciones en estudio son las mujeres de comunidades de Sapahaqui, poblaciones con la siguiente característica:

Sapahaqui, comunidad con una población de 5184 habitantes, situada a 77 kilómetros de la ciudad de La paz, Sede de Gobierno.

**INTERVENCIÓN:** En el presente trabajo se tomo en cuenta a las mujeres e la localidad de Sapahaqui, que cumplan los criterios de inclusión, el tipo de muestra que se utilizó en la presente investigación es aleatoria simple probabilística. El método utilizado fue **SAP** sucesión aleatorizada de pacientes.

### **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 Sapahaqui 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 Sapahaqui.

# I INTRODUCCION

“La mortalidad materna, una de las más elevadas del continente alcanza a 230 por 100.000 nacidos vivos; siendo principalmente relacionada con problemas evitables en el embarazo, parto y puerperio. Según estimaciones de la OMS, a nivel mundial el 13% de las muertes maternas son el resultado de complicaciones del aborto. Existe una estrecha correspondencia entre las muertes maternas y la presencia y calidad de los servicios de salud durante el embarazo parto y puerperio; así como también, una relación entre la muerte materna y la decisión de la mujer de concurrir al servicio”<sup>1</sup>.

Las mujeres a menudo tiene dificultades sobre el control para tomar sus decisiones, ya que los roles de genero socialmente construidos le asignan un papel de subordinación respecto al varón de la familia. Muchas mujeres esperan la decisión de la pareja para concurrir al control prenatal y de puerperio. Por otra parte en áreas rurales, para trasladarse a un servicio suelen tener dificultades por razones de acceso a sistema de transporte regular y a razones sociales, económicas, religiosas, etc.

La mayoría de las muertes maternas “pueden ocurrir durante el parto (50%) sobre todo en los casos que no llegan a ser atendidos por personal capacitado, siendo las causas directas principales: las hemorragias, las infecciones y la toxemia gravídica. La importancia real del aborto como causa de muerte materna se desconoce, aun cuando existen reportes oficiales que señalan a las complicaciones del aborto como responsables del 27-35% del total de muertes maternas registradas. El subregistro actual impide conocer con certeza la importancia relativa del aborto como causa de

---

<sup>1</sup> OPS/OMS; “Servicios de salud con enfoque de género”; Pág.15

muerte materna. A ello se debe agregar, como causas subyacentes, la desnutrición y la anemia”<sup>2</sup> .

Bajo este contexto de esta dramática realidad dolorosa que atraviesa Bolivia, actualmente se desarrollan políticas, planes y programas dirigidos a disminuir los índices de mortalidad de la población, priorizando a los sectores mas vulnerables como la mujer y el niño Entre estos programas podemos mencionar al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) constituyéndose como el pilar fundamental de dichas políticas en las ultimas gestiones; sin embargo pese a las consultas y demás servicios gratuitos el acceso a estos servicios no es tan efectivo.

En el ámbito del acceso a los servicios existen obstáculos que pueden ser geográficos, económicos, sociales, culturales y también de organización de servicios, cuando actitudes negativas o creencias desfavorables de la población, en especial de la femenina afectan en su decisión de asistencia al servicio esto ocurre generalmente en poblaciones rurales donde los factores culturales inciden en gran manera en la toma de decisiones sobre la salud.

Bajo esta introducción podemos decir que el propósito de esta investigación pretende ser como punto de partida para posteriores investigaciones, aportar al análisis de la salud de la mujer con referencia a la atención de parto institucional a partir de factores socioculturales que condicionan las bajas coberturas de atención.

Esta investigación se realizó en el Centro de salud de Sapahaqui y sus comunidades del municipio del mismo nombre de la provincia Loayza del departamento de La Paz, en el sector salud corresponden a la red de Salud N° 13 dependiente del Servicio departamental de salud La Paz.

---

## II MARCO TEORICO

### 2.1 PARTO INSTITUCIONAL

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

Los partos domiciliarios pueden ser atendidos por personal de salud, en cuyo caso se consideran partos institucionales, o por una partera capacitada en cuyo caso no entra en la construcción del indicador de partos institucionales.

La salud como entidad cultural hoy pasa necesariamente por la solidaridad comunitaria que se pregona en las políticas sectoriales bajo el lema “SALUD PARA TODOS”

“La cultura representa la forma de interpretación de la realidad de un grupo humano que define una manera de pensamiento, organización, patrones de comportamiento y de concepciones de vida expresadas en las costumbres y formas de vida. Así también existe una forma cultural de interpretar el proceso salud-enfermedad”<sup>3</sup>

El proceso salud- enfermedad en la cultura indígena tiene una dimensión holística donde el cuerpo, el alma, lo psicológico, lo social e incluso la naturaleza desarrollan una armonía entre todos los elementos que le rodean, el rompimiento de esta armonía es la que produce la enfermedad.

### 2.2 Percepciones culturales sobre salud enfermedad

Casi siempre en los espacios de reflexión sobre el proceso de salud enfermedad desde la perspectiva cultural se llega a posiciones polarizadas entre los partidarios

---

<sup>3</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES; “Estrategia de salud 2005-2009;pág.35-36

de la medicina occidental científica y los de la medicina tradicional (andino – amazónica). Antes de señalar los puntos centrales de cada concepción, es importante tomar en cuenta las posibilidades de desarrollo que históricamente han tenido ambas. Mientras la propuesta occidental es fue y es fomentada en su desarrollo, la tradicional es marginada y en algunos casos estigmatizada.

## 2.3 Medicina Occidental

“Los orígenes de la medicina occidental se remontan a cultura babilónica, hebrea, la helénica que luego se enriquece con la árabe, llegando a Europa vía de la península Ibérica. Es allí donde “judíos, moros y cristianos” consolidan los principios básicos de la medicina científica; luego los franceses quienes fundamentan la diferencia entre el pensamiento empírico y el científico; para los médicos académicos, la enfermedad es causada por agentes identificables que desequilibran el completo estado de bienestar bio-psico-social”<sup>4</sup>

De todo lo vertido anteriormente podemos mencionar que la medicina occidental no es producto de una cultura ni de un pueblo determinado, sino es el producto de un largo proceso histórico, la suma de los conocimientos que con fidelidad fueron recogidos por el intelecto de la humanidad, constituyen los conocimientos científicos a los que acceden todos los pueblos, independientemente de sus culturas.

Los profesionales en salud tienen su base en la ciencia occidental valorada como la medicina avanzada y compleja a la vanguardia de los adelantos tecnológicos que es producto de la modernización “la ciencia moderna occidental es un hecho histórico social y cultural no se trata de un producto objetivo y neutral hoy dominante y hegemónico en el mundo”<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> CRESPO, German: “Salud y Cultura” Artículo pág 2

<sup>5</sup> LAURELL, Cristina; “La salud enfermedad como proceso social”;pág. 234-235

Sin embargo la medicina occidental a individualizado el parto (es decir donde solo la mujer asiste) ha especializado su atención (solo puede atender el médico y el personal de salud), ha generado modalidades y espacios específicos para su atención (hospitales, centros de atención especializado). Su infraestructura esta compuesta por ambientes que dividen el acceso para ciertas especialidades o atenciones

### 2.3.1 Parto

La atención de parto” es un conjunto de actividades que proporciona el personal de salud en el periodo del trabajo de parto, tendientes a lograr una excelente atención materna y un recién nacido sano”<sup>6</sup>

**El parto** “ es el episodio obstétrico por el cual el producto de la fecundación recorre las vías naturales y sale al exterior cuando es viable, de no ser así se llama aborto o sea el parto es el proceso fisiológico mediante el cual, el feto es expulsado hacia el exterior, impulsado por las contracciones uterinas, la fuerza del músculo uterino hace que pase por el canal del parto (Vagina), contra la resistencia de los tejidos blandos, músculos y la pelvis materno, hasta llegar al orificio vaginal por ultimo salir al exterior donde manifiesta el primer signo de vida”<sup>7</sup> ó “parto es la expulsión del feto (Mayor a 500 gramos) por vía vaginal, después de cumplidas las 20 semanas de gestación”. (NBS-MSPS-2000, PAG157), según esta norma el parto puede considerarse:

- 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.

---

<sup>8</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL “Guías técnicas del Seguro Básico de Salud”; Pág. 71

<sup>7</sup> MEDINA 49

### 2.3.2 En el parto se considera cuatro etapas:

**Primera etapa o periodo dilatación.**- Va desde el inicio del parto hasta que la dilatación del cuello uterino se completa (10cm) habitualmente se conoce como trabajo de parto. Dados los problemas para determinar con exactitud el inicio del parto se acepta que este se ha indicado cuando la embarazada presenta dos o mas contracciones dolorosas en 10 minutos. De mas de 30 segundos de duración por un periodo mínimo de una hora y que se acompaña de un cuello uterino centrado, con algún grado de borramiento y por lo menos 1 cm. de dilatación al examen vaginal. Es la parte mas prolongada del parto y tiene una duración de 12 a 18 horas para las primigestas y de 6 a 8 horas para las multíparas. Durante este periodo se produce la dilatación progresiva del cuello uterino y el descenso de la presentación fetal.

Actualmente esta etapa se divide en dos fases.

- **La primera es la fase latente** este es un periodo preparatorio para el parto, se caracteriza con una contracción cada 5 minutos, con una duración de 25 a 35 segundos, con una intensidad moderada, es decir de 2 contracciones en 10 minutos, comienza con las contracciones regulares hasta que el cuello empieza a dilatarse mas rápidamente, arbitrariamente se considera que ha concluido esta fase cuando la dilatación cervical es mayor a 4 cm.
  
- **La segunda es la fase activa.**- que comprende desde los 4 cm. Hasta la dilatación se completa, una contracción se produce cada 3 minutos, con una duración de 60 segundos, 3 contracciones en 10 minutos, el

cambio de la dilatación en esta fase debe ser mas o menos de 1 a 2 cm. o mas por hora transcurrido de trabajo de parto en las primíparas y de 1 a 5cm. en las múltiparas.

**Segunda etapa o periodo expulsivo.-** Se extiende desde que la dilatación se completa hasta que el feto es completamente expulsado de la vulva. En esta etapa es fundamental la cooperación de la madre, ya que a la contracción uterina deben sumarse los pujos maternos. Es de una duración aproximadamente 15 a 20 minutos en la múltiparas y de 30 a 45 minutos en la prime gesta, en general se considera como tempo de duración normal del periodo expulsivo desde 5 minutos hasta una hora.

**Tercera etapa el alumbramiento.-**comprende el periodo desde el nacimiento del bebé hasta la completa expulsión de la placenta y las membranas fuera del cuerpo de la madre tiempo considerado como normal los primeros 10 a 30 minutos.

**Cuarta etapa Expulsión de la placenta.-** Es el proceso después de la expulsión de la placenta hasta que el útero se contrae efectivamente, para prevenir la hemorragia post parto es el periodo llamado puerperio, donde se produce la estabilización fisiológica de los órganos de la reproducción interna de la madre sobre todo el útero (involución uterina), este periodo dura 40 días o 6 semanas.

En el proceso de parto en el establecimiento de Salud no participa el esposo ni su entorno familiar. El personal formal de salud es visto étnicamente distante y ajeno a ellas, muchas veces no hablan el idioma ancestral (aymará o quechua) ni se identifican culturalmente con las mujeres campesinas.

Otro aspecto importante que se toma en cuenta en el parto “es la inducción y/o conducción de trabajo de parto, esto se realiza cuando hay ausencia de movimiento fetales y aumento del tono uterino. Y cuando el nacimiento no es posible, por vía

vaginal se procede a la cesárea, que es un procedimiento quirúrgico que tienen por objeto facilitar el nacimiento del feto”<sup>8</sup>

## **2.4.- PARTO EN LA COSMOVISIÓN ANDINA.**

“La medicina tradicional nace y se desarrolla de los procesos históricos de la humanidad y de la vulnerabilidad de ésta ante los sucesos naturales. En sus inicios el ser humano busca la posibilidad de superar sus dolencias acudiendo a los recursos naturales del entorno sumados a los aspectos subjetivos como atributos místicos y religioso del hombre con lo sobrenatural. La curación se puede generar con intervención mágica a través de plantas medicinales que actúan en realidad como catalizadores psicotrópicos, bajo cuya acción transitoria se mejora la percepción de la propia conciencia, la subconciencia y el inconsciente”<sup>9</sup>

La manifestación cultural originaria (andino-amazónica) en el campo del cuidado de la salud constituye una de las más valiosas expresiones de la resistencia férrea del espíritu de los pueblos. El espíritu de la medicina tradicional está en principio de la unidad vital del hombre con las divinidades, la naturaleza y la comunidad. Este entendimiento resalta que el intercambio del metabolismo de los humanos con la naturaleza se da a través de experiencias directas, de manera que es fácil y accesible el reconocimiento de los elementos potenciales como los deterioradores de la vida y la salud.

En Bolivia la medicina tradicional es una alternativa importante para parte de la población de nuestro país y más que todo en las zonas rurales donde las comunidades prefieren su propio sistema de salud.

### **Durante el parto**

---

<sup>8</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL; Ob cit pág. 75

En las culturas andinas “el parto se considera a través de un sistema conceptual que equivale a una cosmovisión de la relación **entre el cielo y la tierra**, fertilidad, vida y producción. Las culturas andinas contemporáneas utilizan complejos sistemas astronómicos para predecir la llegada de las lluvias así como otros momentos vitales en el ciclo agrícola, una característica fundamental de esta astronomía es la figura de la llama negra que aparece en la Vía Láctea antes del comienzo de las lluvias. Sus aguas natales caen sobre la tierra como la lluvia que genera los cultivos, y mientras que su sangre natal hace que los rebaños en la producción humana de tejidos. Asimismo, el agua pluvial natal se seca formando la sal que se encuentra en las inmensas llanuras del altiplano boliviano, que es de gran relevancia para la existencia humana y las primeras relaciones comerciales”<sup>10</sup>.

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

## LA ETNOFISIOLOGÍA DEL PARTO

---

<sup>9</sup> CRESPO, German ; ob cit, pág 4

<sup>10</sup> ILCA; “el sistema tradicional de atención en el parto”

**Los dos nacimientos: el bebé y la placenta.-** En el pensamiento aymará el parto se entiende como dos nacimientos el del bebé y el de la placenta. A veces son considerados como dos seres que duermen juntos en el interior del cuerpo de la madre. De la misma manera que el bebé debe despertarse para poder nacer, lo mismo le ocurre a la placenta, a la que a veces se le denomina “madre” o “abuela” del bebé y otras veces es su ajayu, un tipo de alma. Después de su nacimiento, la placenta se entierra con ritos que sugieren un velorio y un funeral. Al acercarse a la madre parturienta al momento de dar a luz al bebé, su respiración cobra importancia. El aire no debería escapársele por la boca ya que esto haría perdiere su fuerza. En general se dice que las mujeres tienen “dos orificios” por los cuales se expira el aire y se pierde energía, mientras que la creencia de que los hombres sólo tienen un orificio se utiliza para sostener que las mujeres son mas débiles que los hombres.

Se cree que el primer parto es más difícil debido a que la mujer “no sabe”. Los próximos son más fáciles, pero a partir del sexto hacia delante aumenta las dificultades.

## La atención durante el nacimiento del bebe

La atención durante el parto obedece a tres principios: debe proporcionar “fuerza ” a la mujer; todo debe transcurrir de manera silenciosa y calmada para no “asustarla”; y, por último, se la debe mantener en estado consciente y no dejar que se duerma o se “desmayer”.

Cuando los dolores del parto empiezan, se calienta una habitación, normalmente la cocina de la casa, poniendo el fogón ollas de agua, y a veces quemando incienso plantas aromáticas. Por lo general, los familiares preparan las hierbas medicinales para la mujer, y ella bebe media o una taza entera de este mate caliente. A menudo el marido le da un masaje a la mujer y cuando el bebé esté apunto de nacer la

sostiene “para darle fuerza”; puede también realizarle un manteo, si es que el bebé se encuentra “pegado” o viene en mala posición. Algunos hombres ayudan a sus mujeres ajustándoles la faja, un cinturón ancho tejido, más arriba del abdomen para “prevenir que la wawa no retorne hacia arriba” y “para que el aire no escape” hacia arriba; aunque esta práctica no es frecuente durante el nacimiento del bebé propiamente dicho y muchas mujeres prefieren desajustarse toda su ropa alrededor del abdomen. Para que la mujer no pierda el conocimiento un familiar le apoya la cabeza.

Es importante tener en cuenta que durante el parto los familiares presentes se encuentran bajo las órdenes de la propia mujer, decir, están allí para hacer lo que ella quiera, y su estado mental es de importancia primordial. Esto hace que si ella desea quedarse a solas durante el parto, la dejen sola. Los familiares mascan hojas de coca en señal de carácter sagrado de su participación, y la propia mujer reza constantemente a las santas del parto y a los espíritus protectores locales.

## La atención especializada

A menudo se da el caso que la partera es una mujer con experiencia que pertenece al grupo familiar de la mujer, pero a veces se llama a una partera de fuera de la familia. Esta hablará con la mujer preguntándole cuándo empezaron sus dolores, aunque las parteras están rotundamente en contra de la noción que haya una duración “normal” del parto, y reconocen que para cada mujer los dolores y la duración del parto son distintos. Luego la partera verá que tipo de hierbas se encuentran disponibles, y a veces envía al marido a casas vecinas a la búsqueda de una hierba particular. Para saber como avanza el parto, la partera le toma el pulso a la mujer, le mira y le palpa la barriga por fuera para determinar el grado de descenso del bebé. También escucha con su oreja en la barriga de la mujer con el mismo fin.

Al igual que al personal hospitalario, a las parteras no les agrada ser llamadas a partos sin haber visto antes a la mujer durante el embarazo, o en esos casos en los que el parto se encuentra en un estado ya avanzado de dificultad. Esto se debe a

que las parteras son del parecer que antes de atender el parto es importante conocer la historia reproductiva individual de cada mujer, además de sus características en términos de cuerpo, matriz y parto para así poder evaluar qué tipo de tratamiento de hierbas darle.

Asimismo, las parteras tradicionales están muy en contra de la práctica de meter la mano dentro de la vagina de la mujer durante el parto, la cual ellas son conscientes que es practicada por los médicos en el sistema institucional. Según el parecer de las parteras, ésta es una práctica peligrosa, y la mano es un “veneno”, pero además reconocen el derecho de la mujer a que se le respete su intimidad sexual, y por lo tanto no le levantan la falda o la enagua para ver el bebé. Sin embargo, algunas parteras narran historias sobre otras parteras que sí han “metido la mano dentro” en casos de malparto o de placenta retenida, y siempre se da una descripción detallada de la higiene que esta práctica requiere. Se enfatiza la naturaleza extraordinaria de esta práctica, y no se ha sugerido nunca que la inserción de la mano se realizara de manera rutinaria.

## **PARTOS DIFÍCILES**

Las parteras dicen haber manejado con éxito casos de presentaciones de nalga o de mano. En una presentación de nalga, las parteras se refieren al peligro de que la cabeza se quede trancada, y por consiguiente de la necesidad de dejar nacer al bebé “lentamente, poco a poco”, para lo que se debe dar un masaje despacio de lado a lado, sin frotar fuerte. En el caso de una presentación de mano o de hombro, una vez más, las parteras pueden en general manejarlas satisfactoriamente mediante la realización de un masaje suave “en ambos lados”. Primero palpan el cuerpo de la mujer parturienta para esclarecer la posición exacta de la cabeza del bebé, y luego colocan a la parturienta de lado con la pierna levantada al lado donde está la cabeza del bebé, después balancean suavemente a la mujer en una tela, mientras aprietan un poco del lado de la cabeza para hacer que la mano vuelva a entrar. De esta manera el bebé vuelve hacia arriba, y, al cabo de un rato, empiezan

de nuevo las contracciones del parto y nace el bebé. En el caso que esta mujer había presenciado, el bebe nació al cabo de una hora de realizarse este procedimiento.

Las parteras también demuestran seguridad en el manejo d casos en los que el cordón se halla envuelto alrededor del cuello del bebé, situación que se sospecha cuando el parto se desenvuelve lentamente. Ellas hablan de desenvolver el cordón cuando aparezca la cabeza, o sino cuando el bebé haya nacido, tomando especial precaución en no tirar de la placenta. A menudo estas prácticas se acompañan del rito de desenvolvimiento de un caito encima del estómago de la mujer para deshacer así la causa del problema.

## **LAS CREENCIAS SOBRE LA PLACENTA Y EL ÚTERO.**

En aymará como en quechua parece ser que siempre se reconoce la diferencia entre la placenta y el útero, particularmente mientras la placenta todavía dentro del cuerpo. no obstante existen términos distintos para la diferentes partes de la placenta que se distinguen la membrana (*jakaña*) del área mas densa de sangre (*it'apu*). El desprendimiento de la parte sangrienta se relaciona con la liberación del líquido amniótico. De acuerdo con la terminología celeste, el *it'apu* represente otra área de la Vía Láctea donde se encuentra el bebé llama, unido por el cordón placentario a su madre la llama negra. Cuando el *it'apu* cae hacia el horizonte, las aguas de la madre llama se sueltan y así es como empieza la estación de lluvias.

## **ETNOFISIOLOGIA DE LA PLACENTA RETENIDA Y LA HEMORRAGIA.**

Estas convicciones acerca de la placenta se relaciona por lo general con el miedo de que la placenta no nazca, el cual en el ámbito cultural se describe como peligro de que la placenta "vuelva a subirse" dentro del cuerpo en vez de descender hacia abajo a veces este miedo es descrito como el peligro de que la placenta salte y cause la muerte de la madre.

Al hablar sobre la placenta retenida se invoca frecuentemente otra explicación todavía, de carácter más fisiológico: se dice que el problema es causado por la acción del sol en la espalda de la mujer, especialmente en el caso de la mujer que haya tejido demasiado durante su embarazo. Es costumbre de las mujeres andinas tejer en un telar estacado al suelo en posición horizontal. Para ello se sienta en el suelo sobre las piernas, inclinándose enormemente hacia delante desde la cintura y las caderas, estirando los brazos para poder alcanzar la urdimbre que les queda mas lejos. Dado que el tejer es una actividad que requiere de unos largos periodos de concentración, una mujer solamente puede tejer si ha terminado sus tareas matutinas de la casa para poder contar luego con una larga tarde de trabajo. Esto significa que la mujer está sentada en esta misma posición durante horas y horas, con el sol de medio día azotándole la espalda. La posición también se considera peligrosa por que puede aplastar al bebé, causándole una posición incorrecta y un nacimiento difícil. Sobre todo a esta posición se la menciona como causa de que la placenta se retenga explicación que se cree queda confirmada en la practica, por el aspecto “quemado” de la placenta que nace después de una larga espera y que indica el lugar en el que se a quedado a la espalda de la mujer debido por a la acción del sol.

Las creencias culturales no consideran la **hemorragia** como un temor tan explícito. Esto es debido quizás a que el pensamiento etnofisiológico asociado al flujo de la sangre con un estado de buena salud. El flujo de sangre después del parto es considerado de especial importancia y beneficio por su efecto limpiador de los insalubres grumos de sangre seca que hayan podido quedar en el útero

Cuadro N° 1

**COMPARACIÓN ENTRE LA MEDICINA OCCIDENTAL  
Y LA MEDICINA TRADICIONAL**

<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>MEDICINA TRADICIONAL</b>	<b>MEDICINA OCCIDENTAL</b>
Temperatura de la sala	Ambiente caliente	Ambiente frío
Ventilación	Sin corrientes de aire	Ventilado
Acompañante	Esposo, suegra, madre o partera	Medico- enfermera
Vestimenta	Diaria, abrigada	Bata ligera
Preparación	ninguna	tricotomia
Posición en el trabajo de parto	vertical	horizontal
Movimiento en el trabajo de parto	caminando	ninguno
Inductores	Mates, frotaciones, pujantes	Occitocina
Posición en el parto	De cuclillas	Ginecológica
Corte del cordón	Cuchillo, cerámica	Metal
Disposición de la placenta	Entierra o queman o se lo guardan	Botan a la basura
Lugar de parto	Domicilio, cocina o lugar caliente	Centro de Salud, Hospital
Material que se utiliza en el parto para ligare cordón umbilical	Caíto, orín	Tijeras de metal, pinzas coger, hilo estéril especial

## ÁMBITO GEOGRÁFICO DE ESTUDIO

**Ubicación.** La segunda sección municipal de Sapahaqui se encuentra ubicada al norte de la provincia Loayza del departamento de La Paz. Presentando predominantemente de montañas y serranías de origen estructural modeladas por procesos glaciales. Es una región árida y húmeda seca, conformado por un paisaje muy accidentado hay un alto índice de degradación de suelos y cobertura vegetal.

### Latitud y altitud..

Geográficamente de acuerdo al meridiano de Greenwich y la línea del ecuador, se encuentra entre los paralelos: 16° 52' - 17° 10' latitud Sur 67° 45' – 68° 00' longitud Oeste.

### Limites.

El municipio limita con siete municipios pertenecientes a tres provincias.

- Norte: provincia Murillo (municipio Meca paca)
- Este: Provincia Loayza- municipio Cairoma (cantón Keraya) y municipio Luribay (cantón Anchallani y Luribay)
- Oeste: Provincia Aroma (municipio Calamarca)
- Sur: Cantón Caracato provincia Loayza

### Ubicación Geografía.

La capital de la sección Sapahaqui se halla situado a 77 Km. De la ciudad de La Paz y a una altura de 2600 m a nivel del mar, ingresando por la carretera La paz Oruro. Por otro lado existen varias rutas de ingreso a las comunidades y cantones del municipio entre las principales tenemos Villa Remedios – Sapahaqui, Ventilla-

Cachira, Ayo Ayo Maca Maca, Caracato, el Tholar – Urmiri y Patacamaya - Muruhuta.

El municipio de Sapahaqui políticamente y administrativamente se divide en tres cantones Sapahaqui, Caracato y Muruhuta y cuenta con 16 subcentrales y aproximadamente con 100 comunidades.

### Características demográficas.

Población. Según el último censo realizado, se determina una población de 5184 Habitantes entre hombres y mujeres que la mayoría es de bajos recursos económicos de acuerdo al sexo y grupo atareo se ha determinado lo siguiente.

La población por grupo atareo en centro de salud Sapahaqui para la gestión 2006 es de 5184 fuente SNIS- INE

Cuadro Nº 2  
RELACIONDE POBLACION SEGÚN GRUPO ETAREO  
GESTIÓN 2006.

<b>GRUPO ETAREO</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>TOTAL</b>
< de 1 Año.			142
De 1 a 4 años			561
De 5 a 14 años			1301
De 15 a 59 años			2671
De 60 y más			509
Pobl. M.E.F.		1100	1671
Nacimientos Esperados		116	116
Embarazos esperados		130	130
Partos esperados		116	116
<b>TOTAL</b>			<b>5184</b>

Fuente: SNIS 2006

**Clima.** El clima es muy variado de acuerdo a las estaciones del año, así como sucede en todo el departamento de La Paz que varía mucho en esta época del año los meses de Enero, Febrero y parte de Marzo que llueve mucho es más difícil el acceso a las comunidades por las mazamorras y derrumbes que cortan el camino, entonces son de clima templado, cálido y lluvioso.

**Flora.** Toda el área está cubierta de vegetación que se prolonga de manera arbustiva, arbórea de bosques nativos e introducidas, las tierras son fértiles y moderadamente fértiles las mismas que son muy buenas para el sembradío que dan bastante fruto que cosechar, los frutales más comunes son pera, durazno, recillo, peramota, higo, lujma, manzana, limón ciruelo arveja y en las alturas papa, oca, lechuga apio y acelga.

## Organización social

### **Formas de organización seccional, comunal e intercomunal.**

Organizaciones territoriales de base y Asociaciones Comunitarias: N° de personería jurídica, rol, representatividad, número de afiliados.

Las organizaciones campesinas en el municipio de Sapahaqui están conformados en tres niveles de organización: a nivel de comunidades de base es el sindicato agrario, a nivel de cantones la sub. central Agraria y a nivel Seccional es la Central Agraria Seccional.

Cuadro N° 3

## TIPO DE ORGANIZACIONES EXISTENTES Y RECONOCIDAS EN EL MUNICIPIO.

Nº	Organizacion	Instancia de legitimación	Instancia de consulta
1	Central Agraria seccional	Ampliado	Ampliado
2	Sub centrales Agrarias	Asamblea	Asamblea
3	Sindicato Agrario (OTBs)	Asamblea	Asamblea

Fuente: Elaboración propia en base a resultados de talleres comunales 2000.

Se tiene 3 cantones (Sapahaqui, Caracato y Muruhuta) Cantón Sapahaqui tiene 7 Subcentrales, Caracho 7 Subcentrales y Muruhuta 2 Subcentrales, el número de sindicatos agrarios en los tres cantones es de 100 OTBs

Organización a nivel comunidad campesina (Sindicato Agrario)

Las organizaciones de base campesina tienen su origen en la estructura organizativa del pueblo aymara que mantenía una organización social en base a organizaciones de Ayllus, cuyas autoridades eran los mallkus y jilacatas, que representaban en esa región, el Ayllu Omasuyo en el Norte, los Pacajes en el Sur. Según el estatuto orgánico de la CSUTCB, los sindicatos a nivel comunal podría organizarse con un mínimo de 25 afiliados. La conformación del sindicato es por turno y/o rotación de cargos anual, es decir, la elección de cargos se realizan en forma rotativa únicamente entre los afiliados al sindicato comunal que poseen tierras y/o sayaña que ocupa. Para la renovación de nuevas autoridades la directiva saliente, convoca a todos los afiliados al sindicato es decir, el afiliado tiene la obligación de ejercer todos los cargos en la comunidad. Los sindicatos poseen un libro de actas de la comunidad, donde registran las decisiones, resoluciones, acontecimientos y actividades mas importantes de la comunidad. La directiva del sindicato tiene la siguiente estructura.

Lo fundamental de todo esto, es que la organización a nivel comunal (Sindicato Agrario mantiene el poder comunal que es la asamblea como la instancia máxima, donde las decisiones son tomadas en consenso por la mayoría. A nivel de decisiones o asambleas, los que acuden son los jefes de familia afiliados al sindicato y son los que tienen voz y voto preferentemente personas mayores, por tanto son encargados de tomar decisiones en forma con junta.

Las asambleas generalmente se llevan acabo cada 15 o 30 días. Existen asambleas semanales con carácter extraordinarias con una activa participación de todos los miembros. Por otro lado se debe toma muy en cuenta al personal de salud, particularmente profesor de la escuela que en muchas ocasiones se convierte en autoridad de la comunidad que influye en las relaciones sociales dentro de la comunidad, todos los comunarios tiene respeto, en muchos casos toman en cuenta sus sugerencias.

Las relaciones sociales de los Sindicatos Agrarios con diferentes actores sociales en la actualidad se resumen en lo siguiente.

Las relaciones sociales en el interior de la comunidad se da en diversas formas como ser:

**a) reuniones y asambleas a nivel de la comunidad.**

Es una de las actividades más importantes en la toma de decisiones y aprobación de ordenanzas, resolución y solución de diferentes problemas territoriales e incluso familiares.

La asamblea es la decisión colectiva y la soberanía común. Las reuniones se realizan generalmente una vez al mes, sin embargo existen reuniones extraordinarias relacionadas con la comunidad, subcentral y Céntrales campesinas. De manera genral el procedimiento para realizar una reunion o asamblea genral siguen los pasos siguientes, control de asistencia, establecimiento del orden del día donde participan todos los afiliados, lectura del acta anterior y el desarrollo de los puntos anotados en el orden del día.

**b). actividades comunales.**

Es otras de las actividades de relacionamiento conocidas como acciones comunales, consistentes en las construcciones de aulas escolares, refacción y mantenimiento de caminos y otras actividades relacionados con la comunidad.

**c). Cambio y posición de autoridades.**

Se lleva cada fin de año, donde las autoridades salientes preparan con anticipación para el acto, esta actividad en la mayoría de los casos se convierte en fiesta.

Idioma una proporción de raza los pobladores de cantón Sapahaqui y sus comunidades son habla el idioma aymará y el castellano. La más empleada por los habitantes de esta región es el aymará, siendo su distribución porcentual de la siguiente manera:

**Cuadro N° 4**  
**RELACION DE IDIOMA SEGÚN SEXO**

	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>Aymara</b>	97	99
<b>Castellano</b>	90	77

FUENTE: INE 2005

Por lo que se deduce que las mujeres en menor porcentaje hablan castellano siendo mas predominante el idioma Aymara, lo que influye en el momento de elección de la persona que atenderá el parto.

**Medios de comunicación y transporte.**

La sección no cuenta con canal de televisión, solo se puede recibir señales de algunos canales nacionales y otros como del vecino país del Perú con antena parabólica

Con relación a las radioemisoras, en la población de Tacobamba funciona una emisora local en frecuencia modulada con alcance solamente al interior del municipio

Las emisoras mas escuchadas son radio san Gabriel, Panamericana, cruz del sur, Metropolitana, las cuales se sintonizan con regular nitidez y generalmente en frecuencia AM.

Los medios de transporte que circulan por la población son minibuses, dos líneas que pasan por el Centro de salud, Línea STL y la línea ATL, movilidades particulares camiones para el transporte de los productos (frutas) hacia La Paz, otros departamentos y provincias.

### Actividad laboral.

La economía del municipio esta basado en la producción agrícola, tendido como principales cultivos la papa, haba, tomate, maíz, lechuga, arveja, apio y beterraga y también se producen frutas, tuna, ciruelo, higo, pera, durazno, peramota, damasco; toda esta gama de producción agrícola, se debe a las características climáticas de la sección, con un clima que os permite diferenciar 2 zonas bien marcadas, los valles conformados por las depresiones, ubicados entre las serranías y riveras de ríos y cabeceras de valle ubicadas en las laderas de las serranías, donde los cultivos son producidos en pequeños parcelas distribuidos a manera de terrazas de formación constante; cada cultivo se trabaja de acuerdo a las características medios ambientales propias del cultivo, necesidades de cada productor, rendimiento, oferta, demanda, etc. El numero de productores que se dedican a cada actividad, por otro lado también existen ferias, considerado como una actividad comercial que se realiza desde tiempo atrás constituyéndose a la vez como un centro principal de reunión entre la población urbana y rural. La venta es efectuada del productor al consumidor, se desarrollan dos ferias principales.

a) la feria principal de Cantón Sapahaqui que se lleva los días sábados, la cual se ubica en la comunidad de Tacobamba.

b). la feria de cantón Caracato, que se lleva los días viernes, en la comunidad de Macamaca

La actividad mas predominante de la población de Sapahaqui para el sustento de cada familia es la agricultura, también la población se dedica al comercio, artesanía, panadería, mecánicos y chóferes.

## Vivienda.

De acuerdo al información obtenida durante las entrevistas ene. Municipio de Sapahaqui, el 98 % de las familias viven en viviendas propias, el restante 2% es el proveniente del alquiler en centros poblados donde existe un mayor movimiento económico, mejor oportunidad de estudio.

Según los datos proporcionados por INE y observación directa, las viviendas se caracterizan por el tipo de construcción, 75% con paredes de adobe, 78% con techos de calamina y 22 % de paja. El 77% presenta pisos de tierra. El resto de las dependencias tienen condiciones similares o mucho mas rusticas. De manera general, el estado de las viviendas de la sección puede ser caracterizado entre lo regular y lo malo, con ligera inclinación hacia lo deficiente. Las construcciones son rústicas realizadas por los propios miembros de la familia.

Número de ambientes por vivienda, según la información y observación directa, en la sección el 75% de las familias tienen 3 a 4 ambientes en el hogar, el mayor número es 5 y menor 2 las viviendas son pequeñas generalmente están constituidas 3 habitaciones como promedio en cabecera de valle, en cambio en el valle es 4 habitaciones por familia los mismos que están constituidos generalmente por un dormitorio, una cocina y uno a dos depósitos para productos.

En las poblaciones urbanas el número de ambientes promedio por familia es de 5 a 6 distribuidos en dormitorio, cocina, depósitos y sala de visitas.

Promedio de persona por vivienda, es aproximadamente 4,5 personas que comparten un dormitorio en cada vivienda, lo cual indica que existe un hacinamiento en las viviendas habitadas.

## Saneamiento básico.

Los servicios básicos que cuenta las comunidades y el pueblo de Sapahaqui son deficientes, las cuales son factores determinantes de la salud de los habitantes de esta región, es así no existe agua potable solo agua en cañería.

Ninguno de los centros poblados, cuenta con servicios de alcantarillado. En la zona de cabecera de valle de Cantón Muruhuta solamente tres comunidades poseen letrinas y pozos sanitarios. En la zona de l valle solo tres comunidades poseen estos servicios de pozo ciego.

No existe ningún sistema de recolección y tratamiento de residuos sólidos, en los centros poblados ni en las comunidades. Por lo que sus moradores realizan sus necesidades en matorrales, orilla de los ríos existentes en la comunidad lo cual tiene directa incidencia en la prevalencia de enfermedades en la sección municipal.

La sección tiene una cobertura de energía eléctrica reducida, solamente abarca a las comunidades que se encuentran en la parte central del valle por donde pasa el tendido eléctrico hacia Luribay.

Las fuentes de energía mas usadas por las comunidades del municipio son la leña, el Kerosén y gas licuado, este último en menor proporción debido a su elevado costo, pero mas empleados diariamente para la cocción de los alimentos es la leña, mensualmente una familia utiliza 20 qq. de este combustible. Y para el encendido del mechero una familia utiliza 1/2 a 1 litro de kerosén por semana, para alumbrar en las noches, el gas es usado especialmente por las familias que viven en la poblaciones concentrado o poblados.

En el siguiente cuadro se muestra el porcentaje de servicios básicos del municipio de Sapahaqui

Cuadro N° 6  
SERVICIOS BASICOS

	Agua	Electricidad	Alcantarillado
Sapahaqui	23 %	60 %	0 %

## Aspectos socioculturales.

### **Religión y creencias**

En la sección municipal el 42 % de la población profesa la religión católica, 56% pertenece a la religión protestante y el 2% profesa otras religiones. Comparando estos resultados con los datos del INE, cuando se tenía 2% católicos, 14% protestantes y 1,8% ninguno, se afirma que en los últimos tiempos se advierte la presencia de otras congregaciones de religión protestante que van en constante crecimiento, incluso se puede observar en algunas comunidades la mayoría de sus pobladores son de religión protestante sobre todo en el valle se puede observar iglesia en la comunidades mas poblados en el que se congregan pobladores de diferentes comunidades. También se puede advertir que alguna de estas congregaciones presta ayuda social a las familias de escasos recursos y niños.

La población de Sapahaqui se caracteriza por mantener sus relaciones y costumbres bien arraigadas que van pasando de generación, hecho que influye en la vida cotidiana por ejemplo una de las costumbres y/o tradiciones de importancia es la festividad de la VIRGEN de ROSARIO, a la que acuden personas que residen en Sapahaqui y en otros lugares haciéndose presente para formar participe o simplemente para observar., calendario festivo y ritual

### **Educación.**

En el municipio de Sapahaqui existe una dirección distrital y cinco núcleos, mediante la nueva estructura se tiene los siguientes núcleos: Chivisivi, con 5 unidades educativas que se desmembró de Cobija que contaba con once, ahora el núcleo de cobija cuenta con seis unidades educativas, el núcleos de bartolina Sisa ubicado en

Caracho con ocho unidades, el de Sapahaqui cuenta con doce unidades, y por último el núcleo de Macamaca, la mas grande cuenta con catorce unidades educativas, haciendo un total de 45 establecimiento públicos.

La Sección cuenta con 7 Unidades Centrales y 30 unidades educativa, además mas centros educativos de nivel primario y en menor cantidad el nivel secundario.

De las 45 unidades educativas existen 3n el municipio mas del 90% son escuelas seccionales multigrados uní docentes, existiendo una a dos unidades poli docentes, la unidad central y la unidad subcentral de cada núcleo además es necesario notar que estas unidades educativas alcanzan apenas el 50% del número de de comunidades existentes, lo que imposibilita la educación de los niños en edad escolar que tendría que recorrer largas distancias

Los pobladores de cantón Sapahaqui y sus comunidades acuden en su mayoría a los centros educativos que una vez vencida la secundaria tratan de seguir con mucho esfuerzo económico para logra a acudir a institutos, universidades para terminar su formación superior, muy pocos logran su meta y en su mayoría de la gente se queda en sus lugares de origen para trabajar en la agricultura.

## Servicio de salud.

### **Estructura institucional: número, Tipo y cobertura de los establecimientos.**

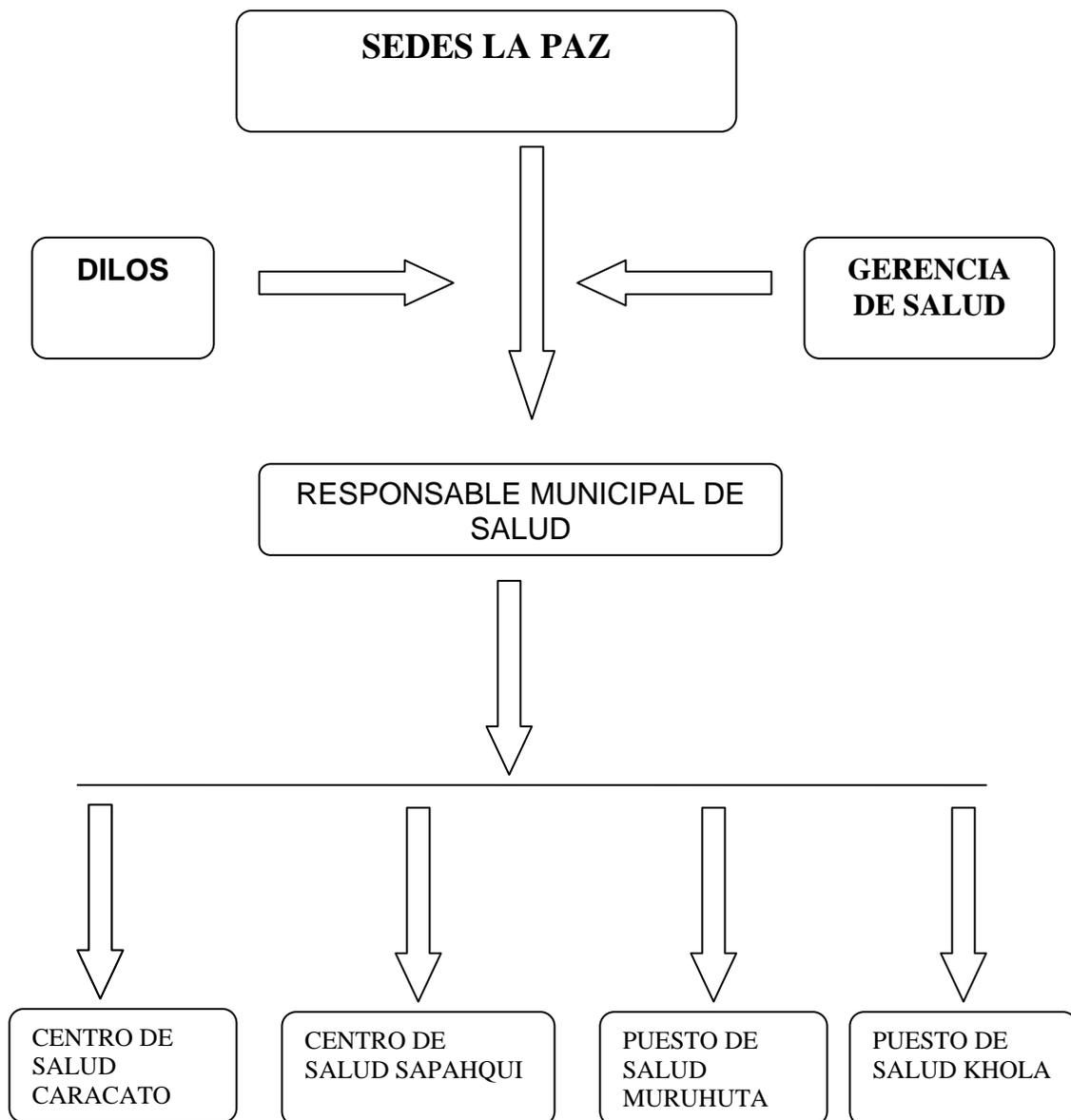
El municipio de Sapahaqui cuente con un sistema de red servicios de salud de todos con atención de primer nivel, conformado de dos centros de salud atendidos por un profesional médico y un auxiliar de enfermería ubicado en Sapahagui y Caracato y dos puestos de salud atendidos por un auxiliar de enfermería ubicado en cantones o comunidades de Muruhuta Y Khola Su centro de referencia en caso de emergencia el mas cercano y por accesibilidad es al Hospital Boliviano Holandés de la ciudad de

El Alto y el complejo hospitalario Mira flores de la ciudad de La Paz.

El centro de salud Sapahaqui no cuenta con infraestructura propia, es un inmueble que adquirió el municipio a la que es adaptado como Centro de Salud, no tiene servicios básicos como agua, alcantarillado.

A continuación se presenta el organigrama de la estructura institucional

## ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE SALUD



Fuente: Centro de salud. 2006.

## Recursos humanos.

Los recursos humano con que cuenta el servicio de salud Sapahaqui si muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 7

### RELACION DE RECURSOS HUMANOS

<b>Profesional</b>	<b>ITEM T. G. N</b>	<b>ITEM HIPIC.</b>	<b>ITEM H. A. M.</b>
Médico	1		
Odontólogo		1	
Aux. Enfermería	1		
Personal Manual			1
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Fuente: SEDES, Centro de Salud

#### **Atención de la mujer embarazada en el Centro de salud Sapahaqui.**

De acuerdo con los datos del SNIS 2006 y de los registros existentes en el primer semestre de la presente gestión tenemos que solo el 25 % de primer control prenatal de los embarazos programados son captados por el servicio de salud, de estos solo un 36 % es captadas antes del quinto mes de embarazo, y de este porcentajes solo llegan al parto institucional llega el 6 % mujeres (partos atendidos por personal de salud en servicio y en domicilio). Este índice de captación en el primer nivel es de apenas 6 % con una proyección de 12 %, inferior a la meta establecido por el SEDES de la Paz. Razón fundamental para realizar y ver las causas culturales, de la

mujer, esposo, familiar y de la población o el personal de salud que impiden el acceso al servicio de salud.

**Cuadro N° 8**  
**COBERTURA DE CONTROL PRENATAL Y PARTO**  
**INSTITUCIONALCENTRO DE SALUD SAPAHAQUI**  
**Enero a junio 2006**

INDICADOR	No absoluto	%
Primer control PRE natal	33	25.0
Control prenatal antes del 5to mes	11	36.0
Parto en servicio	2	1.6
Parto domiciliario	5	5.0
Cobertura parto institucional	7	6.6

Fuente, SNIS 2006

Se deduce que las mujeres tienen preferencia a tener su parto en domicilio. Dentro del marco legal la máxima autoridad está representada por el DILOS (Directorio Local de Salud). Conformado por un representante del gobierno municipal.

(alcalde), un representante de Sedes (Gerente de Red) y el representante de Comité de Vigilancia.

### III. REVISION BIBLIOGRAFICA

El presente trabajo de investigación es considerada inédita; sin embargo se puede considerar algunas referencias bibliográficas o artículos que nos guíen al camino de nuestra investigación.

#### Interculturalidad y salud

El desarrollo del modelo de atención en salud con respecto a las culturas es posible, en la medida en que se trabaje procesos de acercamiento y complementariedad entre la interpretación de la salud desde la medicina tradicional y desde la medicina occidental.

“El propósito de la interculturalidad esta en la definición clara de la relación entre culturas tanto a nivel teórico como operativo que permita establecer una nueva relación intercultural. La interculturalidad no es un “proceso de adaptación” funcional, sino que constituye un proceso de adopción real de la lógica andina interrelacionando con el conocimiento científico en el procedimiento de la atención y medicación”<sup>11</sup>

#### Salud y resistencia cultural

---

<sup>11</sup> MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES; Ob cit; Pág. 89-90

La resistencia cultural para que las gestantes acudan a los centros de salud, está asociada a las mismas usuarias, al esposo, a la familia, a los prestadores formales de salud y a las condiciones ambientales del Centro de Salud.

De esta forma lo cultural abarca dos aspectos interrelacionados: uno general que tiene que ver con la totalidad de la cosmovisión andina y otro específico con la inequidad de género, que es social y culturalmente construida. A pesar de la globalización, los comportamientos propios del ámbito familiar asumidos como tradicionales se siguen dando con fuerza en nuestro ámbito de estudio principalmente por la vía de la educación asistemático. En el caso que estudiamos se dan dos tensiones:

**a) Entre lo tradicional** (cosmovisión tradicional, etnomedicina, casa-hogar, parteras tradicionales) y lo moderno (medicina convencional, Centro o Establecimiento de Salud, personal formal de salud).

**b) Entre el respeto a la diversidad cultural** (que es relacionado a la salud, en algunos casos dificultan su tratamiento) y el rompimiento de algunas barreras culturales (que posibilitan una mejor atención en salud)<sup>12</sup>

## **El parto en casa o en el hospital**

Para muchas mujeres dar a luz en la maternidad o en el hospital es mas seguro, desde el punto de vista médico. Sin embargo los hospitales están localizados en ciudades y poblados y no siempre son utilizados por las mujeres que viven en el área rural o incluso en la misma ciudad, tanto por razones geográficos como por razones socioculturales. Las complicaciones del embarazo, parto o el puerperio son usualmente la causa inmediata de una muerte materna.

“Las demoras emergen como un factor pertinente que contribuye a las muertes maternas para ello se considera que las demoras tiene tres fases:

- a) Demora en tomar la decisión para buscar cuidados profesionales

- b) Demora en el trayecto hacia la unidad de salud.
- c) Demora en recibir el cuidado profesional requerido.

Parece conveniente incluir en esta relación la mortalidad (enfermedad) causada por complicaciones del embarazo, parto y puerperio y a la morbi-mortalidad perinatal, en razón de que una complicación obstétrica puede no terminar en la defunción de la madre o el feto, pero si en algún tipo de secuela para la mujer o el recién nacido”<sup>13</sup>

## IV JUSTIFICACION

En Bolivia como en varios países del mundo existen elevadas tasas de mortalidad materna y neonatal, provocadas en muchos casos por condicionamientos de inequidad social, injusta distribución económica y discriminación cultural, los mismos que constituyen en factores determinantes de problemas de salud en general y en particular de las mujeres.

Pese a los trabajos realizados por los anteriores gobiernos y los actuales el trabajo de educación y prevención del riesgo obstétrico realizados en algunas áreas peri urbanas hasta el momento no han dado los frutos esperados, por lo que los profesionales que están empeñados en dichas tareas de educación perciben frecuentemente una sensación de frustración e impotencia, pues el material educativo no es comprendido y los contenidos no son asimilados por las mujeres: los mensajes, dibujos, formas, colores, paisajes, vestimenta y otros no representan a la realidad en que ellas viven, tampoco expresan las concepciones y practicas de la región. El reconocimiento de esta situación puede contradecir a los discursos institucionales y biomédicos que tratan de hallar la solución de los problemas de salud solo en la practica y la intervención biomédica que reproducen esquema hegemónicos, marginando aspectos culturales y sociales del problema.

En ese sentido, la presente investigación tiene el propósito de indagar, describir y analizar los aspectos socioculturales que rodean al problema de la morbi-mortalidad

---

<sup>12</sup> CAVERO, Arnulfo; Artículo [ceisaperu@hotmail.com](mailto:ceisaperu@hotmail.com)

materna. De esta manera creemos que se puede contribuir a mejorar el conocimiento de esta problemática, su interpretación y sus posibles soluciones en el marco de una política intercultural. Sin embargo, falta aún indagar las opiniones de las mujeres con respecto al fenómeno del problema durante el embarazo y parto; tal vez ellas les den importancia a factores que no son tomados en cuenta por las normas institucionales ya que estas podrían tener una gran utilidad y que a través de él se podrá contribuir a comprender mejor esta problemática, a estimular la participación de las mujeres en la priorización de sus problemas durante el embarazo y parto a ser parte activa durante el proceso de parto de acuerdo a sus y vivencias para lograr una mayor identificación con las ideas e imágenes acerca de los problemas en el embarazo.

La presente investigación podrá ser útil en la creación de puentes de comunicación entre el mundo médico y las concepciones culturales locales en torno a los problemas durante el embarazo, parto y multiplicación de este enfoque hacia otras problemáticas de salud y otros grupos poblacionales que puedan beneficiarse de esta forma de construir nuevas relaciones de interculturalidad que coadyuven a transformar la inequidad y la injusticia social de manera solidaria e integral.

Finalmente esta investigación cualitativa representa una contribución, para establecer las probables causas por las cuales en tantos años no se ha podido mejorar el acceso a los servicios de salud y la demanda en la atención prenatal, parto institucional y atención de post parto, documentando los conocimientos, actitudes y practicas de la mujer y de la población en su conjunto y entre el personal de salud que atiende a la población materna para así romper las barreras socioculturales.

## V DISEÑO DE LA INVESTIGACION

### 5.1 Pregunta de investigación

En este contexto se puede afirmar que la mujer embarazada transcurre a través de lo que se llama “camino de la supervivencia” que consiste en que la mujer tiene que vencer una serie de obstáculos o demoras para llegar al final del proceso donde se obtendrá una madre y recién nacido saludable. Una de estas demoras u obstáculos es la tardanza en el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo por parte de la mujer, donde la no identificación oportuna de un signo de alarma o problema puede llevar a la mujer embarazada o su bebé a la muerte. Pero aún cuando la mamá tomará la decisión de buscar ayuda, el siguiente obstáculo que se presenta muchas veces es la demora en el traslado a un centro de salud que depende de las condiciones de transporte (caminos, vehículos, recursos económicos y otros). Si se venciera este obstáculo y se llegará oportunamente al Centro de Salud, puede presentarse la demora en la atención, ya sea de por mala o escasa infraestructura y equipamiento hospitalario, o carencia de recursos humanos capacitados.

Sin embargo, aun existiendo una red de servicios apropiada (riesgo obstétrico identificado, caminos, transporte, servicios de salud equipados, recursos humanos capacitados), hay ocasiones en que las mujeres, por razones culturales, deciden evitar estos servicios y/o rutas, con las que ellas no se sienten identificadas, o sienten que podrían ser discriminadas y agredidas.

En razón de ello planteamos la siguiente interrogación:

**¿Cuáles serán los factores socio culturales que inciden en la baja asistencia a la atención de parto institucional en el Centro de salud Sapahaqui, Red N° 13, SEDES La Paz, enero a junio del 2006?**

## 5.2 Hipótesis de estudio

Este trabajo de investigación puede tener o no una hipótesis implícita donde las barreras entre el personal de salud y la usuaria son múltiples las que podemos mencionar como costumbres, creencias, el nivel de instrucción de la población femenina, el miedo al servicio de salud, la desconfianza que tiene las mujeres al personal de salud, la distancia geográfica, el idioma, la falta de información a cerca del servicio, ambientes inadecuados por la baja temperatura (frió), factor económico, estos factores no solamente afecta en la atención a la mujer, si no que inciden negativamente a toda la población en general, es decir, son factores que influyen en la poca accesibilidad al servicio de salud para la atención del parto en servicio

## 5.3 Objetivo general

- Determinar los factores socio culturales que inciden en la baja asistencia de la atención de parto institucional en el Centro de Salud Sapahaqui, Red N° 13, enero a junio 2006

## 5.4 objetivos específicos

- Determinar si el idioma (aymará o quechua) es una barrera que incide en la baja asistencia de atención de parto institucional

- Determinar el grado de conocimiento de la embarazada con respecto a los riesgos durante el parto
- Identificar los principales problemas que influyen en la baja asistencia al parto institucional.
- Determinar las costumbres, creencias y los beneficios de parto en domicilio.

## 5.5 Diseño o tipo de estudio

El presente trabajo se realizó investigación acción cualitativa. Primera fase de producir datos de la situación actual sobre conocimientos y actitudes prácticas de mujeres de las comunidades de área de influencia del servicio de salud en lo que se refiere a la atención de parto en domicilio y en servicio, posteriormente la recopilación de la información, trabajo de campo cualitativo en profundidad como objetivo de la investigación de experiencias del parto en domicilio y en servicio de salud. Las comunidades que se tomaron en cuenta en este trabajo de investigación acción serán dos comunidades del área de Sapahaqui, en las que se hará entrevistas.

## 5.6 Universo de investigación.

El universo donde se realizó el estudio es el Municipio de Sapahaqui, capital de la segunda sección de la provincia Loayza, que según el sector salud conformado por dos Centros de Salud Sapahaqui, Caracato y dos puestos de salud de Khola Y Muruhuta: de los cuales los grupos de interés de estudio son las comunidades de Sapahaqui con 5184 habitantes aymaras, los cuales se han designado por presentar algunas características como la distancia, donde la accesibilidad de las mujeres es dificultosa a demás de las deficientes condiciones de infraestructura al servicio de salud.

## 5.7 Población

Las poblaciones en estudio son las comunidades de Sapahaqui, poblaciones con la siguiente característica:

Sapahaqui, comunidad con una población de 5184 habitantes, situada a 77 kilómetros de la ciudad de La paz, Sede de Gobierno.

Las comunidades tienen como base de subsistencia la producción de productos frutícolas, obteniendo una sola producción anual; por la inadecuada manipulación de estos productos existe un elevado índice de patologías gastro - intestinal, esto particularmente durante el verano, y durante el invierno se manifiesta índices elevados de enfermedades respiratorias.

Otro aspecto a mencionar es la migración manifiesta de la mano de obra del lugar en busca de fuentes de trabajo, esto se incrementa durante los meses que no existe producción.

La población en estudio para nuestra investigación son las mujeres que no acuden a la atención de parto institucional en el centro de Salud Sapahaqui

## 5.8 Tamaño de muestra

En el presente trabajo se tomo en cuenta a las mujeres e la localidad de Sapahaqui, que cumplan los criterios de inclusión, el tipo de muestra que se utilizó en la presente investigación es aleatoria simple probabilística. El método utilizado fue **SAP** sucesión aleatorizada de pacientes.

## 5.9 Lugar

El estudio se realizó en el sector de Sapahaqui, que es la capital de la segunda sección municipal de la provincia Loayza, con aproximadamente 29 comunidades en las que se entrevistaron a las mujeres de esta localidad tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión

# VI METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación se realizó bajo la metodología cualitativa que se caracteriza por la búsqueda obtención de la información, procesamiento, análisis e interpretación de los resultados obtenidos en nuestro estudio. Todo ello se realiza a través de las técnicas cualitativas que nos permite profundizar las respuestas acerca de lo que las mujeres piensan.

### **6.1 Criterios de inclusión.-** En la presente investigación se toma en cuenta:

- Madre de familia que hayan tenido un embarazo o parto previo y que acepte participar de la entrevista.
- Mujeres que han tenido parto en domicilio, que fueron atendidos por el esposo, familiar personal de salud y otro (partero, matrona)
- Mujeres que no acuden a la atención de parto en servicio (Centros de salud, Hospitales, etc.)
- Madre de familia con residencia en la localidad de Sapahaqui no menos de dos años.

### **6.2 Criterios de exclusión.-** Quedan excluidas las mujeres que no cumplan con los criterios mencionados anteriormente.

- Madres de familia menores de edad, por que las respuestas no son concluyentes.
- Madres de familia con residencia temporal en la localidad de Sapahaqui.
- Madres de familia que no aceptan participar en la presente investigación.

### **.6.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.-** Para obtener datos se utilizó:

**a) Fuente primaria.-** Para la realización de este estudio se utilizó como técnica la recolección de datos a través de:

La entrevista estructurada con el fin de recolectar datos de la problemática en salud o utilizando la metodología participativa. Esta estará dirigida a las mujeres que cumplen con los criterios de inclusión, aquellas que no asisten al centro de salud para la atención de parto institucional.

**b) Fuentes secundarias.-** se realizó la investigación bibliografica documental que suscribe principalmente a buscar información, mediante la consulta, a través de libros, documentos, obras, revistas, etc. Que deben tener una directa relación con el teme en estudio

## 6.4 VARIACIONES

Cuadro N° 9

### OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

DEPENDIENTE	CATEGORIA	INDICADOR
Baja asistencia de atención de parto en servicio	Idioma	Quechua
		Aymará
		Español
	Ámbito geográfico	Distancia
		Medios de transporte
		Caminos de acceso
	Conocimiento del SUMI	Falta de medios de información
		Conocimiento de los beneficios del Seguro, SUMI
	Costumbres-creencias	Lugar donde acostumbra acudir en caso de parto
		Creencias sobre el cordón umbilical

	miedo	Pudor al examen físico
		Vestimenta
		Infraestructura

Fuente: Dr. GOMES SANCHEZ - Elaboración Lic. Rómulo Osco.

## VII RESULTADOS Y ANALISIS

### FACTORES SOCIOCULTURALES QUE CONDICIONAN LA INASISTENCIA A LA ATENCION DEL PARTO INSTITUCIONAL

#### 7.1 Introducción

El enfoque de termino cultura más antiguo y todavía más común, consiste en suponer que las creencias y prácticas que adopta uno mismo son expresiones normales de la verdad o la forma más adecuada de vivir, justificada por las enseñanzas de nuestros antepasados y los mandatos o instrucciones de seres sobrenaturales. Debemos de estar conscientes de que este intento de definición es una tarea de nunca acabar, y que el concepto de cultura será tan variable como ella misma. Es decir habrá tantas definiciones para la cultura, como culturas existan.

Podemos tratar de redondear que las culturas son representativas de las comunidades, sin intentar dar una definición acabada ni que sea tomado como ciencia exacta trataremos de enfocarlo así. Cultura es la representación de acciones en lo ideal y lo material de los individuos en la intersubjetividad, o de lo social, dentro de su medio.

Sociocultural, para entender el marco de caracterización de cultura al que quiero referirme, es preciso comprender que la cultura la dividiremos dentro de ejes fundamentales. Estos serían el eje de las ideas y el eje de lo material. Cada uno de ellos tiene lo que podremos definir como sistemas culturales.

En el eje de lo ideal se encuentran los sistemas de creencias y el sistema de organización. Es un eje regido por las ideas, por lo que en general no es palpable ni conocido a simple vista.

En el eje de lo material se encuentran los sistemas productivo y de costumbres. Es un eje regido por lo material, lo palpable y cuantificable, mayormente.

Es así que cada ser humano, es poseedor de su propia cultura, al igual que los grupos culturales, dentro de las organizaciones socioculturales. ([tesocial@chile.com](mailto:tesocial@chile.com))

Los factores socioculturales en torno a la atención de parto son diversos según la región y la composición familiar y el grado de educación de la población son las que determinan el uso de los servicio de salud

## 7.2 Aspectos generales de las entrevistadas.

Durante la presente trabajo de investigación cualitativa se trabajó con 5 mujeres a las cuales se entrevistó a mujeres comprendidas de 18 y mas años, con un promedio de 4 hijos, en un 80% son bilingües y el 20 % habla solo el idioma aymará.

De las entrevistadas un 20 % acuden al servicio de salud en casos de complicaciones de parto y el 80 % acuden al partero, matrona o la vecina, datos que guarda estrecha relación con las coberturas logradas en el primer semestre de la presente gestión en el centro de Sapahaqui. Según SNIS departamental el siguiente cuadro.

Cuadro N° 10  
 COBERTURA DE ATENCIÓN A LA MUJER 1ER SEMESTRE 2006  
 CENTRO DE SALUD SAPAHAQUI

	No absoluto	%
PRIMER CONTROL PRE NATAL	33	25.0
CONTROL PRENATAL ANTES DEL 5TO MES	11	36.0
PARTO EN SERVICIO	2	1.6
PARTO DOMICILIARIO	5	5.0
COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL	7	6.6

Fuente SNIS 2006.

### 7.3 Reconocimiento, signos y síntomas del inicio del parto

La atención de parto” es un conjunto de actividades que proporciona el personal de salud en el periodo del trabajo de parto, tendientes a lograr una excelente atención materna y un recién nacido sano”

De acuerdo a los resultados encontrados de las mujeres entrevistadas con relación a las señales de parto, podemos llegar a los siguientes resultados y la terminología local que utiliza cada una de las entrevistadas:

Las prácticas de las madres aymaras sobre el proceso de salud enfermedad y atención del parto, nos permitió aproximarnos a la manera en que construyen socioculturalmente los padecimientos y el diagnóstico de salud enfermedad, en el interior del hogar que realizan las madres a través de las prácticas populares, en ellas consideran los principales según los resultados

Dos de las entrevistadas coinciden en sus testimonios con respecto a las señales del inicio del parto y el diagnóstico del mismo.

*“A mi enseñó mi mamá de algunos de los señales de parto, cuando empieza el parto clarito hay dolor de espalda, ganas de ir al baño, dolor de barriga y mi siento mojado de mi parte, entonces ya se que ya ha llegado la hora de que mi wawa va a nacer, otra cosa es cuando está cerca mi parto voy donde el yatiri, la persona que sabe leer la coca, donde toca el pulso y mi dicen cuando va nacer mi wawa y espero ese día y avisar a mi esposo y va donde la doctora por que es el que decide aunque se tener miedo” (entrevistada 2 y 4)*

*“Yo no se ir a ninguna parte, no conozco al médico ni al partero, ni al yatiri, solo mi sueño mi indica cuando va ser mi parto y como va ser si voy a tener bien nomás o estaré mal, por que los sueños te avisan cuando vas a enfermar. Por Ej. cuando mi sueño con agua cristalina eso quiere decir que no voy a tener problema y mi sueño con agua sucia o estoy bañándome en ella, quiere decir que mi voy a enfermar y no se avisar a nadie por que mi esposo sabe estar de*

*viaje y solito se tener a mi primer hijo y en mi segundo bebe se avisar a mi suegra o a la vecina” (entrevistada N° 5)*

*“Otras dos entrevistadas coinciden en sus testimonios. Yo cuando mi enfermado a mi hijo mi doy cuenta por que se tener dolor de barriga, se querer ir al baño a cada rato, se sentirme mojado y clarito se soñarme y se avisarle a mi esposo y el a su mamá y se tener mi parto en la casa nomás sin problemas” (entrevistadas 1 y 3).*

La existencia de los saberes y prácticas populares para el diagnostico del inicio del proceso del parto en mujeres de Sapahaqui, están relacionadas con las señales de parto: La salida de tapón mucoso cervical y la barriga dura, dolores de vientre, deseos de orinar o de ir al baño y dolor de espalda. El sueño en muchos casos pronostica la ocurrencia del parto. En esta localidad el parto es considerado como una enfermedad.

En la mayoría de los casos al presentarse el trabajo de parto, primero se suele avisar al esposo, luego al familiar más cercano, que generalmente recae en la madre o la suegra y raras veces al vecino.

Considero que el miedo, costumbres y el grado de educación, asociado a la poca habituación de las mujeres a las formas de tratamiento del sistema biomédico, son las razones que condicionan a la parturienta acudir primero a la autoatención con recursos naturales y con sus propios medios, a fin de resolver sus padecimientos. Tales acciones se van transmitiendo a las futuras generaciones que observan estas prácticas.

Al personal de salud lo que nos corresponde ahora es una tarea de familiarizarnos con sus saberes y prácticas a la vez difundir, socializar la tecnología que se utiliza en el sistema de salud.

En cuanto a la toma de decisión siempre la mujer esta relegada en particular en el área rural ya que los roles de genero socialmente construidos le asignan un papel de subordinación respecto al varón de la familia, muchas mujeres esperan la decisión de la pareja para acceder al control prenatal y de puerperio. En el área rural para trasladarse a un servicio suelen tener dificultades por razones de acceso a sistema por la no existencia del sistema de de transporte y razones económicas.

## **7.4 Problemas durante el parto.**

Los problemas de parto son aquellos en que su aparición se produce durante el trabajo de parto y el parto, con mayor frecuencia las que se presentan como, inducción del parto, amenaza de parto pretermino, presentación viciosa (pelviana), trabajo de parto prolongado, distocias de contracción, mala atención de parto, procedencia de cordón, sufrimiento fetal, retención de placenta gigantismo fetal y parto instrumental, en el sistema de salud denominado como factores de riesgo.

*“Yo nunca y tenido problema durante el parto, se escuchar hablar de sangrado, parto prolongado por que la wawa esta a un lado o jaquntata” (entrevistada N° 2).*

*“Tengo mucho miedo a enfermarme por eso cuando ya se sentirme mal tengo que hacer llamar a la partera ella sabe y me apoya, mi habla y me tranquiliza, tengo mucho miedo a que me pase algo, como morirme, en mi otro parto he tenido complicaciones y sufrido todo un día, me quedé muy débil” (entrevistadas 4)*

*“yo se ver sufrir a mi prima su hijo no puede nacer sangre nomás arto siempre sabe bajar y sabe desmayarse, yo no y tenido pero me da miedo a que me pueda pasar igual por eso no quiero tener mas hijos y cuando una se enferma nunca hay que dejar sola por que el sajra rapidito se lo sabe llevar a la madre y al*

*recién nacido y la placenta no sabe salir para que no vuelva a entrarse se amara con caito en los dedos de la madre” (entrevistada 5)*

*“yo no se tener problema pero solo tengo miedo a la placenta no sabe salir rápido sabe tardar mucho tiempo y con eso se mueren muchos para que no pase eso hay que amarrar a sus pies y nunca hay que dejar sola....., eso pasa por que cuando uno esta embarazada esta mucho tiempo en el solo o a tejido por eso nos pasa, yo no se hacer nada de esas cosas y sabe estar normal mi parto” (entrevistada 1)*

El reconocimientito sobre los problemas durante el parto de manera general la mayoría de las mujeres entrevistadas conoce los problemas y sus peligros que pueden afectar en relación a su estado de salud física y estado emocional. La mayoría de las mujeres reconocen los problemas que ellas durante el parto lo que preocupa la salud de la madre y de su recién nacido, con respecto a la solución de estos acuden siempre primero al familiar mas cercano, partera o partero y muchos coinciden en reconocer lo que es el trabajo de parto prolongado, hemorragia durante y después del parto, posición transversa y la retención de la placenta posteriormente a la auto atención de acuerdo a sus practicas y creencias culturales.

## **7.5 Medicina tradicional: Uso de hierbas durante el parto.**

El tratamiento en la medicina tradicional de las enfermedades es resultado de diferente manera de utilizar, dependiente del tipo de padecimiento y el tipo de terapeuta tradicional que resolverá el problema. La atención de los parteros y familiares es principalmente a través de creencias como ceremonias rituales que aunque también atiende partos, realizan milluchadas (curación y limpieza), estas practicas defieren de un lugar a otro es así según las versiones de las mujeres que participaron en nuestro estudio tenemos lo siguiente testimonios.

*Una de las entrevistadas nos relata de sus experiencia con respecto al uso de los remedios caseros..*

*“yo se tomar mate de orégano para que se apure mi parto y a veces me saben hacer masajes y abrigarme bien para que mi cuerpo caliente y mi parto sea mas fácil y rápido” (entrevista 1).*

*“Además me saben hacer masajes con grasa de gallina, aceite o en otro caso de conejo en todo el cuerpo par que mi wawa pueda nacer o resbalar fácil, también mi hacen tomar mate de vidrio por que dicen que corta el cuerpo y nace rápido la wawa” (entrevistada 2 )*

*“A mi me hacen manteo por que la wawa esta a un lado entonces la persona que me atiende me hace masaje , mates caliente de orégano, mate de vidrio, chocolate y mi hacen tomar una pastilla llamado pujante que se consigue de la señora que vive en la población Tacobamba esto sé conseguirme faltando meses antes para mi parto para no estar sufriendo con dolor días por que en mi primer parto y sufrido un día y una noche y saben llamar a las doctoras no mi saben dar nada solo saben orgarme mi cuerpo a cada rato, por eso no quiero ir al hospital, ellos hablan y no se le entiende nada” (entrevistad 4)*

Haciendo una análisis profundo considero que cada persona tiene sus particularidades y la diferente forma de interpretación de los efectos y el uso de la medicina tradicional en el momento del parto, en su mayoría coinciden en uso frecuente de mate de orégano, masajes con grasa de gallina, conejo y aceite, el abrigarse mucho los sahumeros o qoadas,.

La limpieza de los malos espíritus, el manteo y masaje para acomodar la wawa, son prácticas que les ayudan a que su parto sea mas fácil. También se pudo evidenciar que se sienten cómodos al ser atendidos a la manera como quieren ellas y les tiene mas confianza en el personal de la misma comunidad y la compañía de sus familiares, el trato calido que le brindad en casa que en los servicios de salud se ven restringidos el acompañamiento y se lo permite es muy limitado

## 7.6 Atención de parto.

El sistema de salud en nuestro país y por las bajas coberturas de atención de parto en servicio y las altas tasas de mortalidad materna, el personal de salud pretende llegar con resultados óptimos realizando esfuerzos para que la mujer pueda asistir en su momento de parto a los servicios de salud, pero en la práctica son pocas las atenciones de parto institucional, las razones que argumentan las mujeres en nuestro estudio son las siguientes.

*"Yo fue a hacer mi control pre-natal y me han dicho que tengo que avisar cuando ya este por enfermarme y cuando ya estaba mal mi esposo ha ido a avisar y han llegado a mi casa y me han sacado de la cama mi han orgado todo me desvestían, y me llevaron al centro de salud y allí me dejaron en una cama fría y no mi dieron nada para tomar , solo me han dicho que falta, falta tienes que tener paciencia, esos nomás en mi casa los partero me ayudan me dan todo , grave siempre me arrepentido por eso las mujeres no quieren ir al centro a hacerse atender" (entrevistada N° 4)*

*"Yo tengo 3 hijos y mi ultimo hijo tiene un año y nunca e ido al servicio de salud por que tengo miedo, solita y tenido en mi casa y no tuve ningún problema además mi esposo es bien celoso no quiere mandarme como vas a ir donde el doctor mi dice aunque quisiera ir ahora dicen que siempre hay que ir a hacerse ver me han dicho que todo es gratis". (Entrevistada N° 1).*

*"Otra de las entrevistadas afirma que en su ultimo parto no acudieron al servicio de salud para hacerse atender, sólo al control pre-natal por que en el momento del parto nos tratan mal nos ponen en una camilla nos estiran como animales, nos amarran de nuestros pies y manos, nos nacen desvestir y hay estamos sufriendo de dolor además es muy frió, en el centro no hay un espacio sólo para las mujeres por que hay a lado están atendiendo a otros enfermos y no da miedo que nos escuchen y nos vean como estamos hay, no nos hablan en nuestro idioma y no le entendemos lo que dicen se vestía como payasos y nos asustan peor si son niños" (entrevistada 2 )*

*“Otro testimonio nos afirma que prefiere ser atendido en su casa con el partero, con la suegra y en ultimo caso el esposo por que el ya atendió a todas mis wawas, el nomás me atendió, yo se tener mi parto de sentado o a veces parado y en el hospital han dicho que hacen echar de espalda y cuando no puede nacer la wawa dicen que cortan con tijera nuestra parte intima esos no nos gusta a las mujeres” (entrevistada 5)*

La gran mayoría de las mujeres que participaron en el presente trabajo manifestaron haber recibido atención durante el parto en sus domicilios por su esposos, por la partera, por familiar y una indicó que fue atendido en su ultimo parto en el servicio de salud, las razones son las siguientes testimonios de las mismas señora entrevistadas.

Primero se sienten mas cómodas, tranquilos y tienen confianza en sus seres mas cercanos que en el personal de salud, ellos (a) ofrecen todo lo que pide la parturienta, otra de las razones que mayoría de las mujeres no tuvieron problemas durante el parto en domicilio.

También el trato y las prácticas que utiliza el personal biomédico, el ambiente del servicio o sala de parto inadecuado, el trato del personal de salud que le brinda, la comunicación en lenguaje muy técnico constituyen en barreras de relación entre la usuaria y el personal de salud. Otro aspecto importante que mencionó una de ellas fue el hecho de encontrarse sola y que su parto se atendió ella misma, por miedo a exponerse a otras personas.

## **7.7 Miedo vergüenza de asistir al servicio de salud**

Es una de las barreras fundamental el miedo de la población de asistir a los servicios de salud, a exponerse frente a extraños, procedimientos desconocidos, a la la infraestructura, al personal de salud, no solamente a la mujeres en el momento

del de embarazo y parto, esto sucede con toda la población, tenemos las versiones de las mujeres entrevistadas.

*“Yo tengo miedo de ir al centro de salud por me preguntan todo y después no mi dicen nada” hay que estar esperando nos dicen que no es hora de atención”*  
(entrevistada N° 2y 3)

*“A mi hacen desvestir y me revisan y tocan todo y peor si es hombre”*  
(entrevistada N° 5)

*“A nosotras nos ven todo y para nada y de eso nos cobran y no le entendemos lo que dicen, no nos entienden lo que queremos saber de nuestros problemas, parecen gringos”* (entrevistadas N° 4)

Las mujeres entrevistadas consideran que si tiene miedo de acudir al centro de salud por que no existe la confianza en el personal de salud que atiende en el servicio, además por comentarios de los familiares que fueron atendidos mencionan que hay que perderse todo el día par ser atendidos o bien las enfermeras tratan muy mal en especial a las mujeres de pollera y además no nos dan un explicación de cómo estamos y que problemas tenemos simplemente nos tocan nuestras partes intimas y peor si son varones la desconfianza de sus esposos es mucho mayor.

Otro de los problemas que se puede mencionar es el factor económico que constituye en la barrera entre la población y los servicios de salud, también podemos indicar el problema de comunicación y el lenguaje técnico que emplean nuestros prestadores de salud y peor se desconoce sus creencias locales

## 7.8 Comunicación entre el personal de salud y las usuarias.

### IDIOMA.

La comunicación es un medio importante la interacción entre dos o mas personas, para poder intercambiar sus ideas pensamientos y en materia de salud es un elemento fundamental para que exista ese proceso de comunicación como tal, es así tenemos los testimonios de las mujeres de Sapahaqui.

*“Yo no puedo entenderme con los que trabajan en el centro de salud por que ellos mas hablan el castellano y es dificil de entender” (entrevistada No 1)*

*“Una mayoría coinciden con lo siguiente. “Mucho hablan en su idioma ni siquiera es el castellano, cuando nos dan receta no se le entienden sus letras, me gustaría que me hablen en aymará” (entrevista 5)*

Con referencia a los resultado encontrados de las respuestas vertidas al grupo de estudio ellas mencionaron que si existe la dificultad de comunicarse con el idioma nativo (aymará) ya que el personal de salud no esta capacitado o bien conocen el idioma pero no hablan entonces dificulta la comunicación interpersonal entre el personal de salud y la usuaria que acude al servicio para recibir atención. Otro de los aspectos que se ve con frecuencia y a diario en el personal de salud es en relación a las indicaciones o recetas que se les entrega, tienen una mala caligrafía la que constituye en un problema para la usuaria y para la población en general.

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 aymará entendiendo poco 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 al 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.

## **7.9 Lugar donde acuden en caso de parto**

Según las políticas de salud y como una de las metas de todo el sistema de salud lo ideal es que en cualquier problema o padecimiento que tenga la persona o la comunidad acudan al los servicios de salud, pero en la práctica no se ve y tenemos las vivencias y sus creencias de las mujeres entrevistada en Sapahaqui.

*“Nosotras, Yo se ya estoy enferma o mi wawa se enferma pregunto a mi esposo y si no esta voy donde mi suegra o la partera, por que ellas (o) me atienden bien y saben curar” (entrevista N° 2)*

A donde acudir primero es un tema de la toma de decisión que tiene que ver mucho en los momentos de difíciles de salud en particular den el momento del parto. La toma de decisión en los momentos de decisiones en temas de salud y de la familia la mujeres siempre esta de las mujeres a menudo tienen dificultades sobre el control para tomar sus decisiones ya que los roles de genero socialmente construidos le asignan un papel de subordinación respecto al varón de la familia. Muchas mujeres esperan la decisión de la pareja para concurrir al control prenatal y de puerperio. Por otra parte, particularmente en áreas rurales, para trasladarse a un servicio desuelen tener dificultades por razones de acceso a sistemas de transporte regular y a razones económicas. (Serv. Salud con enfoque de genero Pág. 15)

En el grupo de estudio los partos se han producido en los domicilios. Entre las razones principales tenemos:

*En la casa se las cuida mejo (entrevista N° 1)*

*Se sienten mejor acompañadas (entrevista N° 2)*

*Pueden beber mates que facilitan el parto (entrevista N° 3)*

*Tienen vergüenza a ser atendidas por personas desconocidas  
(entrevista N°42)*

## 7.10 Accesos al servicio de salud

La accesibilidad es uno de los factores determinantes que directa o indirectamente esta relacionados con el acceso de la población a los servicio de salud, ya sea por factor económico, por la distancia que existe de la comunidad al servicio de salud, por la situación geográfica, y medios que puedan influir de manera positiva o negativa sobre la población en casos de emergencias de salud, es así según <sup>13</sup>nuestras entrevistadas nos relatan lo siguiente.

*“Para nosotras es difícil llegar al servicio de salud, no hay movilidad, no tenemos dinero, para pasajes y para pagar la consulta por que de todo hay que pagar, es lejos de nuestras casa, en épocas de lluvia es difícil llegar por el aumento de río, y cuando vamos temprano o tarde no dicen que no es hora de atención”  
(entrevistadas 2)*

*Otra de las dos entrevistadas afirman “yo no voy aunque esta cerca de mi casa pero el personal que trabaja en el centro siempre está ocupado, nos dice que esperemos y además no entiende el aymará, por eso no quiero ir, mi dicen que cobran caro” (entrevista 3)*

Para las mujeres entrevistadas los factores que impiden el acceso son muchas. Uno de los factores es la distancia en que se encuentran alejados a los servicios de salud que constituye un obstáculo para poder llegar con facilidad. A esto tendría que sumarse la falta de medios de transporte como ambulancias para una adecuada atención de los pacientes que acuden al servicio de salud

---

<sup>13</sup> OPS/OMS “Servicio de salud con enfoque de genero” Pág. 15

Otro aspecto importante que constituye en una barrera es el idioma que es un obstáculo aunque ellas quisieran acudir pero por el problema de la comunicación se ve obligados a no asistir a los servicio de salud.

Considero que el factor económico que es determinante para que las mujeres con problemas de parto y puerperio no puedan dar el uso de los servicio de salud ya que no cuentan con suficientes recursos para cubrir los gastos que demanda las prestaciones de salud pese a la existencia del SUMI.

De manera general todas la entrevistadas coinciden en el horario de atención que tienen los servicio de salud, no están disponibles los prestadores de salud a la hora en que disponen ellas para ser atendidos la misma es un factor que impide el acceso de la mujer al servicio de salud.

Otro de los factores es la falta de comunicación, no existen para esos momentos difíciles cuando ellas necesitan auxilio y no encuentran la forma de comunicarse con los servicio de salud.

Otro de los aspectos que también hay que remarcar es el de no ser respetados como personas, en cuanto a sus creencias, prácticas, costumbres que quisieran hacerlo cuando están en los servicio de salud, ellas se sienten privadas, restringidas de la compañía de su familiares, no se les ofrece el mismo trato como lo hacen en sus casas, es un factor que les impide en el acceso a los servicio des alud.

El esposo también constituye en un factor de inaccesibilidad de las mujeres ya que en su mayoría dependen de las decisiones que toma sobre la salud de las mujeres y de sus hijos.

Respeto a sus costumbres y creencias.

Las entrevistadas afirmaron que sí podrían acudir a ser atendidas siempre cuando haya respeto por parte del trabajador en salud a sus creencias, costumbres y las

prácticas que ellas realizan, primero consultarían al esposo quien tendría la última palabra para tomar decisiones si puede asistir o no al servicio de salud.

## **7.11 Conocimiento de Las mujeres con relación a SUMI.**

Según nuestras entrevistadas, afirmaron:

*“ Yo no se nada del seguro de madre , por que una ves fui al centro y me han cobrado” (entrevistada 1)*

*“nosotras sabemos que existe el seguro para los niños y las madres pero no es cierto siguen cobrando y nos preguntamos para quienes será o de que seguro nos hablan” (entrevista 4)*

SUMI es una política del gobierno que se implemento a través de la ley 2426. en noviembre 2002 y se implemento en enero 2003

Pese a la existencia de esta política en nuestro país, considero que según nuestras entrevistadas aun no conoce o no están bien informadas y se lo conocen en forma muy superficial, razones para que no puedan asistir a los servicio de salud. También se pudo evidenciar pese a la existencia de este seguro universal aun existen prestaciones que tiene costo para las mujeres que asintieron al centro de salud.

Finalmente llegar a la conclusión que aun nos toca realizar tarea importante con relación a la educación de la mujer y de la población en general de brindar información pertinente y para poder cambiar las actitudes de las usuarias.

Definitivamente hay tareas que hay que hacer por el bien de la salud de la mujer y el Recién nacido, a través de la sensibilización y en el cumplimiento del SUMI al personal de salud

## VIII CONCLUSIONES

El acceso y atención de las familias que viven en especial área rural se ve restringida a pesar del incremento de la cobertura – por un conjunto de factores culturales y de género transmitidos a través de la educación sintomática propias de una realidad multicultural. No tomar en cuenta esta situación genera alteraciones sociales que afectan la salud particularmente al embarazo, parto y puerperio como un espacio social importante en la denominación de la familia.

De la misma manera, el control pre-natal choca con una resistencia de tipo cultural, la forma como el personal de salud imparte las numerosas precauciones distancian a las gestantes de su actividad cotidiana y son contrarias a sus concepciones tradicionales sobre el embarazo y parto. Por ejemplo el impedirles que trabajen en meses mayores de gestación en actividades agrícolas o ir a las ferias.

El nacimiento de los hijos también es sustentado por convicciones profundas del tipo cultural. El hecho de que las madres prefieran dar a luz en sus domicilios no constituye una respuesta negligente ni propia de la persona analfabeta o “ignorante”. El parto como crisis del ciclo vital femenino así como del nuevo ser, requiere de un ambiente “seguro” familiar así como comodidad y la atención de los suyos. A demás las parteras tradicionales (empíricas o comadronas) tienen gran prestigio y ascendencia en la comunidad, viven ellas y muchas veces han atendido a más de una generación de mujeres. En los profesionales (varones y mujeres) de centros o establecimientos de salud, por muy competentes que fueran, no son de los suyos, muchas veces desconocen el idioma nativo (aymará o quechua) y la

idiosincrasia campesina, por tanto el trato es impersonal y no se involucran totalmente en los requerimientos de las parturientas, en consecuencia no inspiran **“confianza”**

En la actualidad algunas trabajadoras formales de Salud recurren a medios coercitivos a fin de cumplir con las normas legales del ministerio de salud cuando la partera quiere atender sola “las amenazan con que pueden ir a la cárcel si pasa algo” últimamente, atiende algunos partos las dos juntas, la obstetriz como personal formal de salud y la partera tradicional.

Algunas creencias del campesino (a) acuden a desenlaces fatales en el proceso de parto.

Así pues, todo el proceso del ciclo vital referente a la maduración sexual, la iniciación sexual, concepción cuidado del embarazo, parto y puerperio biológicamente corresponde a la mujer.

En el embarazo, como en el parto, culturalmente cada etapa y proceso va normado o pautado no solo por la experiencia y conocimientos ancestrales sobre salud reproductiva, si no también obedece a aprendizajes socialmente aceptados, a una particular cosmovisión de los que significa salud- vida y muerte.

El predominio del varón, no solo esta referido alas decisiones sobre los bienes materiales, sino sobre la vida de la mujer, por esa razón cuando ella se encuentra en peligro por complicaciones de su embrazo o parto, requiere de la autorización del varón (esposo o conviviente) para decidir sobre su vida misma; por ello la necesidad de atender que las pautas de genero como construcción cultural no deben ser abordadas de manera mecánica o simple cuando se pretende prestar servicios eficientes y de calidad en lo que a salud se refiere.

Existen factores de resistencia cultural que se socializan a través de la educación sistemática (no escolarizada) varias con implicancias de genero – para que

particularmente las gestantes prefieran recurrir a las parteras tradicionales (empíricas o comadronas) y no acuden a los establecimiento formales de salud a atenderse en “casa ajena”

1. Miedo a salir de su casa (y del ámbito familiar) y fuera de su comunidad (si no cuentan con centro de salud) para controlar su embarazo y dar a luz en los centros de Salud. Un factor que puede influir es pensar que “los de la Posta no saben por que son practicantes y si les atienden, pueden agravarse”

2. En el proceso de parto en el establecimiento de salud no participa el esposo ni su entorno familiar. Cuando las gestantes son atendidas en sus casas por las parteras tradicionales o comadronas, la participación activa del esposo es importante y en ausencia de él de alguna persona mayor varón miembro de la familia.

3. Vergüenza a ser “tocadas” sus partes íntimas por el personal formal de salud. Las madres manifiestan que en el servicio de salud las desnudan y les tocan sus partes íntimas, sus genitales. Esta situación también se corrobora con el hecho de que cuando el Centro de Salud organiza charlas, las personas adultas no hablan en público sobre asuntos íntimos, salvo los jóvenes. Más aun las mujeres que viven en las partes altas, en las punas, tienen más vergüenza de ir al centro de Salud.

4. La atención de parto en el Centro de Salud es en posición ginecológica (de cubito dorsal). Por tradición y cultura, además que lo consideran lo mas adecuado, la posición que debe asumir la mujer para el parto tradicional es “parada cuatro patas o de cuclillas” en sus mismas casas, las mujeres del área rural no quieren echarse para dar a luz, peor será en un establecimiento de salud. A veces lo hacen para expulsar la placenta. Una crítica que se escucha del personal formal de salud es que en la medicina occidental, la posición de cubito dorsal permite mas comodidad al personal de salud, no es para dar comodidad a la paciente.

5. Hay enfermedades que según las mujeres del área rural, no pueden curar los prestadores formales de salud. Muchas veces el proceso del embarazo, parto y

puerperio va acompañado por secuelas interpretadas culturalmente por los campesinos como males causados por los cerros, por la Pachamama, por los espíritus, por la naturaleza en general, que solo pueden curar los curanderos o yatiris del pueblo. Y muchas dolencias físicas y psíquicas son enmarcadas con creencias mágicas y religiosas.

6. El personal formal de salud es visto étnicamente distante y ajeno a ellas, muchas veces no hablan el, idioma ancestral (aymará y quechua) ni se identifican culturalmente con las mujeres campesinas o lugares donde cumplen las funciones de prestadores de salud a la comunidad asignada

7. Infraestructura y equipamiento del servicio de salud inadecuado desde el punto de vista cultural

PROPUESTA

DE

# INTERVENCION

## IX PROYECTO PARA INCREMENTAR COBERTURA DE ATENCIÓN DE PARTO INSTITUCIONAL EN EL CENTRO DE SALUD SAPAHAQUI 2006

### ANTECEDENTES:

Una vez establecido los resultados de la investigación sobre los factores que determinan en la elección de las mujeres y la comunidad por parto domiciliario y atención por familiar se puede afirmar que factores culturales, económicos, la calidad de trato del personal, el idioma, las condiciones ajenas del servicio, son las determinantes en el acceso de la mujer al servicio de salud.

Según las mujeres tienen mayor preferencia por el parto domiciliario con la asistencia de los familiares, partera, vecina, por el hecho que es lo más natural, normal y propia de sus sentimientos. Además consideran que en el servicio de salud reciben maltrato, el personal no acepta sus creencias culturales, no entienden su idioma, hay desconfianza de su capacidad de dar soluciones a sus problemas de salud.

El buen trato lo consideran como un aspecto positivo la participación del esposo, familiar e hijos, existen una comunicación calida de confianza, segura, atención ofrecida en domicilio como dar mates, fricciones, y otras practicas culturales que en los servicio de salud se ven restringidas.

Otro de los aspectos negativos en la baja asistencia a parto institucional son las condiciones geográficas accidentadas, las distancias que impide el traslado de la parturienta a los servicio de salud.

El aspecto sobresaliente es la subestimación a los riesgos que se pueden presentar en el parto. Las mujeres consideran que mientras no hay certeza de existir alguna complicación no es necesario acudir al servicio de salud. Por otro lado el rechazo a los procedimientos medico quirúrgicos del personal formal como la cesaría el dolor y en estos caso ante la presencia eminente de una complicación corren el riesgo y acuden a una persona de confianza de la comunidad que tenga experiencia en el manejo de estas situaciones, como la partera, vecina o en otro caso a una persona mayor con el afán de evitar a exponerse ante otras personas extrañas y procedimientos médicos.

Con todo este conjunto de factores, que se convierten en condicionantes determinantes en el acceso de las mujeres en estado de parto al Centro de Salud, y por ende la baja cobertura de parto institucional y como prioridad se ha visto la información y promoción de los servicio que prestan los centros de salud, además de establecer estrategias de comunicación entre personal del sistema formal y las mujeres de la comunidad en general para romper este obstáculo no tiene resultados esperados.

## OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general de intervención.

**Incrementar cobertura de atención de parto institucional, estableciendo estrategias de comunicación entre el personal de salud, la comunidad y las**

**autoridades en torno a la salud y los problemas durante el parto, adecuadas a sus propias percepciones de la región a través de un proceso de información y promoción de los servicios de parto, que permita mejorar el acceso al servicio de salud y tener coberturas optimas de parto institucional en la localidad de Sapahaqui.**

## **OBJETIVOS ESPICIFICOS DE INTERVENCION**

**1. Lograr que el personal del sistema de salud, reconozca, acepte, familiarice y se sensibilice con la existencia de concepciones y practicas culturales de la comunidad sobre salud materna y problemas durante la atención de parto, diferentes a sus propias costumbres, con la estrategia EIC ó CCC.**

El personal de salud tiene una percepción biológica del proceso salud enfermedad. La condición de salud es al contrario un resultado integral de fuerzas o aspectos físicos, psicológicas y sociales. Por tanto es necesario asumir esta concepción integral en las prácticas de asistencias de los equipos de salud y en los métodos educativos y preventivos, así mismo asumir los puntos de vista de la comunidad en las formas en las cuales se planifican, ejecutan y evalúan los programas de salud.

Este enfoque puede considerarse valido para todas las dimensiones del proceso salud enfermedad lo es aun mas en el caso de los problemas del parto. En este ámbito intervienen elementos multifactoriales ligados a las concepciones culturales, los aspectos psicológicos y sociales.

El personal de salud en su formación ha ido recibiendo mensajes que consolidan la percepción biológica, no solo en el pregrado, por lo tanto es importante establecer una propuesta que abarque estos dos ámbitos

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.

## ACTIVIDADES

1. Realizar curso de capacitación al personal de salud para difundir, socializar la información de los resultados encontrados en el presente trabajo de investigación.
2. Realizar cursos de capacitación sensibilización al personal de salud del municipio manejo de atención parto con enfoque intercultural.
3. Cursos de capacitación al personal de salud en la implementación y la atención de parto con adecuación cultural.
4. Elaboración de los instrumentos de seguimiento y evaluación al personal de salud y a la comunidad.
5. Elaborar material educativo de manera participativa con el equipo de salud sobre los problemas durante el parto con enfoque intercultural, que logre el impacto esperado en las mujeres de Sapahaqui

**2. Lograr que las mujeres y la comunidad de la localidad de Sapahaqui conozcan y se familiaricen con las concepciones y prácticas del personal de salud sobre los problemas y beneficios durante la atención de parto en servicio.**

Es importante que las mujeres de la localidad de Sapahaqui conozcan los aspectos o puntos de vista del conocimiento biomédico, ya que existen parámetros útiles para

salvar la vida de las mujeres en la etapa de atención de parto, por lo tanto dichos aspectos tiene que también ser del conocimientos comunitario y del sistema de la medicina tradicional para que así la practica vaya mejorando y se establezca un verdadero proceso de comunicación entre las mujeres y el personal de salud.

## **ACTIVIDADES**

1. Realizar sesiones capacitación y socialización e información a la comunidad especialmente a las mujeres sobre las ventajas de la atención de parto en servicio y los procedimientos que se realiza el personal salud biomédico.
2. Realizar cursos de capacitación a las mujeres sobre los nuevos procedimientos adecuados a la región en la atención de parto en servicio

**3 Lograr la responsabilidad y el empoderamiento de las autoridades municipales y las redes sociales sobre los problemas de parto y sus riesgos de la atención de parto en domicilio, a través sesiones de capacitación.**

Como resultado de la presente investigación las mujeres y el personal de salud prefiere como un proceso de intercambio o socialización de conocimientos y prácticas de tipo interpersonal de cerca y este proceso debe ser validado con las mujeres a las que está dirigido.

Realizar talleres orientados a las autoridades y las redes sociales en la toma de decisiones urgentes con respecto a los problemas de salud materna.

## **ACTIVIDADES:**

1. Realizar cursos de capacitación a las autoridades del gobierno municipal sobre las complicaciones y riesgos que se presenta durante la atención de parto en domicilio.
2. Cursos de capacitación a los representantes de todas las redes sociales sobre los problemas de parto, que pueden ser mejorados con la participación activa de la comunidad.

### **4. Sensibilizar al personal de salud, a las autoridades del gobierno municipal la importancia de la implementación de las salas de parto con adecuación cultural en todos los servicios de salud del municipio.**

- 1.- Realizar cursos de capacitación a las autoridades del gobierno municipal sobre las complicaciones y riesgos que se presenta durante la atención de parto en domicilio.
- 2.- Cursos de capacitación a los representantes de todas las redes sociales sobre los problemas de parto, que pueden ser mejorados con la participación activa de la comunidad.

### **5. Promover la asistencia a al servicio de salud de las mujeres en el momento del parto mediante la entrega de incentivos.**

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 incentivos (pañales de bebé, ropa, leche, etc.) aumentó el acceso de las embarazadas en el proceso de parto al servicio.

- 1.Sensibilizar y gestionar al gobierno municipal, ONG (s) en la asignación de presupuesto para el incentivo de las mujeres que dan a luz en servicio.

# RESULTADOS ESPERADOS:

## 1. Personal de salud.

Personal de salud capacitado y sensibilizado en el manejo de atención de parto con enfoque intercultural.

Personal de salud con conocimientos y familiarizados con respecto a la cosmovisión andina y la medicina tradicional.

## 2. Mujeres de Sapahaqui.

Mujeres de la localidad de Sapahaqui capacitadas y conocen las ventajas de la atención de parto en servicio.

Mujeres capacitadas en la atención de parto en servicio con enfoque intercultural.

Mujeres ejercitan su derecho a la salud con pleno conocimiento de las ventajas del SUMI.

## 3. Autoridades y redes sociales.

Autoridades del gobierno municipal y redes sociales de Sapahaqui capacitados, conocen los riesgos y las complicaciones de parto en domicilio.

Autoridades del gobierno municipal y redes sociales conocen las ventajas y los procedimientos adecuados en la atención de parto institucional.

## 4. Mejoramiento de salas de parto.

Autoridades y redes sociales concientes en la importancia de la implementación y mejoramiento de las salas de parto

Servicios de salud implementados con salas de parto con enfoque intercultural

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INTERVENCION

TEMA	MATERIAL	PARTICIPANTES	RESPONSABLE
-Socialización de los resultados de la investigación	Audio visual. Pápelografo Material de escritorio	Personal de salud del municipio	Responsable municipal de salud. responsable de la investigación
-interculturalidad	Audio visual. Pápelografo Material de escritorio	Personal de salud del municipio	Responsable de la investigación
Atención de parto con enfoque intercultural.		Personal de salud del municipio	Responsable de la investigación
-Complicaciones durante el parto	Material audio visual. Material de escritorio	Mujeres y la comunidad de Sapahaqui	Personal de salud. Apoyo de ONG.
-Riesgos de atención de parto en domicilio	Material audio visual. Material de escritorio	Mujeres y la comunidad de Sapahaqui	Personal de salud. Apoyo de ONG
-Información de los procedimientos que realiza el		Mujeres y la comunidad de Sapahaqui	Personal de salud. Apoyo de ONG

personal en los servicio de salud relacionados con el parto.			
-Socialización e información de los resultados y la situación de salud materna en Sapahaqui	Material audio visual. Material de escritorio.	Autoridades del municipio. Redes sociales.	Personal de salud del municipio. Apoyo del responsable de la ONG. Lic. Rómulo Osco
-Salas de parto con enfoque intercultural.	Material audio visual. Material de escritorio	Autoridades del municipio. Redes sociales	Personal de salud del municipio. Apoyo del responsable de la ONG. Lic. Rómulo Osco

Cuadro N°

## DETALLE DEL MATERIAL PARA LA EJECUCION DEL PROYECTO

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNITARIO Bs.	COSTO TOTAL Bs.
Cuaderno de 30 hojas	200	1.50	300
Bilografo	200	0.50	300
Papel sabana tamaño resma	500	0.60	
Marcadores gruesos de diferentes colores	10	3.50	35
Refrigerio	200	2.50	500
Material audio visual			
TOTAL			Bs. 1.135

## X REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

RAMIREZ, Susana: DONDE LE VIENTO LLEGA CANSADO, Edt. Pural Editores, Ed. 1ra, La Paz Bolivia

ROERSCH TAVARES Y OTROS: MEDICINA TRADICIONAL, EDT. Hipamu, ED 1ra. Lima-Perú 1999

LAUREL, Cristina; LA SALUD ENFERMEDAD COMO PROCESO SOCIAL, En revista Latinoamericana de salud; VOL 1; EDT Nueva Imagen, ED. 2da. México 1982

DIBBITS Ineke; LO QUE PUEDE EL SENTIMIENTO, La temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur, ED. 2da., EDT. Tahipamu La Paz-Bolivia, 1994

CRESPO, Alberto: HISTORIA DE LA CIUDAD DE LA PAZ, SIGLO XVII Industrias Gráficas S.A., Lima-Perú.

CAVERO, Arnulfo; Articulo [ceisaperu@hotmail.com](mailto:ceisaperu@hotmail.com)

[www.hoy.com.ec/libro6/parto/parto14.htm](http://www.hoy.com.ec/libro6/parto/parto14.htm) - 15k

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES “guía para el desarrollo de un enfoque intercultural en la atención de la salud materna” Bolivia abril 2005.

VOLVERÉ YU NO VOLVERE Aportes al dialogo entre modelos culturales de parto Barbara bradby y Jo Murpphy-Lawless

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN Autores: Santiago Z., Miguel Torres Xamar, Armando Luiz Cervo, Pedro Alcino Bervian

NORMA BOLIVIANA DE SLUD NB-MSPS-02-2000

ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD 2003 ENDSA INE 2003 ministerio de salud y deportes.

SERVICIO DE SALUD CON ENFOQUE DE GENERO en el marco de la atención  
primaria de salud. Bolivia - 2004

DENSE Y ARNOLD y J. de Dios Yapita. ILCA 1999

## XI CRONOGRAMA DE PROYECTO DE INVESTIGACION

actividades	Eno	Febre ro	Marz o	abril	Mayo	junio	julio	Agos to	Septi embr e	Octu bre
Selección del tema	xxx	xxx								
Planteamiento del problema	XXX	XXX								
formulación de hipótesis	XXX	XXX								
Revisión de perfil		XXX								
Elaboración Revisión del guía de entrevista			XXX							
2da revisión del perfil			XXX							
Realización de entrevistas.				XXX						
Sistematización de entrevistas.					XXX					
ajustes del proyecto de investigación						XXX	XXX	XXX		X
Elaboración de proyecto de intervención									XXX	XXX
Estructuración y revisión del documento final									XXX	XXX
Entrega de documento final										XXX

## XI ANEXOS.

### GLOSARIO

AJAYU. Animo o espíritu que va junto con la persona cuidándola como un ángel de la guarda. Dicen que el ánimo o espíritu suele dejar el cuerpo de la parturienta durante el parto dejando sin fuerza. Curan estos casos las personas que saben llamar ajayu, con el sombrero manta y tari de la parturienta y con alcohol más, luego colocan el rosario. Las parteras/os también suelen llamar el ánimo de la wawa con su cenicero durante el parto para que la wawa salga y nazca sin problemas.

JAQUNTATA. Volteado Posición transversa de la wawa, que se arregla con masajes.

PARISA. Placenta. La placenta es muy importante en el mundo andino, tiene muchas características de la wawa misma y el alumbramiento de la placenta es tratado como otro parto más.

Si dice que la placenta es la cama o nido de la wawa.

La parturienta no debe dormir hasta que salga la placenta. No hay que dejarle dormir debe estar despierta y debe estar hablando. La placenta cubierta con la sangre materna tiene mucho poder y la madre no debe mirarlo.

Cuando sale la placenta es señal que la parturienta esta fuera de peligro. Se lo lava y algunas veces la partera lee la placenta para saber la suerte de la wawa y su madre, luego la gente que esta presente hace una ch'alla

Hasta el entierro de la placenta es tratado como un velorio, P.e. en la provincia Ingavi, se espera ocho días para entera la placenta.

En la Provincia Omasuyos se entierra la placenta, junto con algún implemento o herramientas en miniatura, según el sexo de la wawa, en un hueco de otra habitación o en el patio de una esquina de la casa. Se entierra con ají y sal, con una flor, con tres porciones de coca y con un trozo de fierro puesto encima. En caso de retención de placenta existen varios remedios caseros.

PARISA KUTINTATA. Placenta retronada, placenta retenida, cuando la placenta por alguna razón vuelve a introducirse al útero. Si está con la placenta retenida la parturienta suele morir.

PARISA QULU. Los granos de la placenta, los pezones o protuberancias de la placenta. Se dice que el feto, durante la gestación se alimenta de los pezones de la placenta.

PARISA SIJSKATATA. La placenta se pegada, debido al exceso de calor en la espalda de la parturienta durante su embarazo.

Estando embarazada no hay que hacerse calentar la espalda con el calor solar; la placenta puede pegarse.

PARTU. (Latín partus) en el mundo aymara es mas común llamar parto al momento de la expulsión de la placenta, considerándolo como otro nacimiento; a diferencia en la biomedicina se denomina parto al momento de la salida de la wawa. En aymara, el nacimiento de la wawa se la define como un préstamo *nasimintu o sino con un término como isall mistu: salida de la flema.*

QAQT'AÑA. Masajear ligeramente a la parturienta para poner en posición recta a la wawa y permitir que circule la sangre.

Cuando la wawa ya está por nacer, se masajea suavemente, se apoya la oreja a la barriga así para oír y clarito viene, - *p'ux, p'ux, om...*

USURI WARMI. Mujer enferma; mujer embarazada. No hay que dejar sola a una mujer embarazada.

USURIPATAJAÑA. Estar embarazada, estar esperando familia.

USUSIÑA.1 Dar a luz, 2 Dar a luz solas. Cuando no puede dar a luz rápidamente hay que masajear.

VILA APAÑA. Llevar la sangre; una hemorragia fuerte que puede provocar la muerte de la parturienta. Cuando hay problemas con la salida de la placenta muchas veces esto provoca una hemorragia. La parturienta no puede sanarse, está con hemorragia.

WINA. Vena todo el sistema circulatorio de la sangre, las varices. Algunas veces las venas de las parturientas resaltan en las piernas como varices; eso se debe a que después del parto se levanta y no se cuida.

14

---

<sup>14</sup> Dense Y Arnold y J. de Dios Yapita. ILCA 1999

# ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Fecha de la entrevista.....

Nombre de la entrevistada .....

Edad..... Procedencia.....

Grado de instrucción (primaria secundaria superior ninguno)

Idioma nativo (aymará quechua español otro)

Estado civil: soltera casada concubina

.....

1.- ¿Como supo que iba a empezar el parto?

a) ¿A quien llamó para ayudarla?

b) ¿Quien decidió a quien llamar o donde ir para que atiendan el parto?

.....

2.- ¿Conoce usted algunos problemas que puede tener la mujer o el niño durante el parto?

a) Si

b) No

c) ¿Cuales?

.....

3.- ¿Conoce usted de hierbas o mates especiales que ayuda a que el parto se a mas fácil?

a) ¿cuales son?

b) ¿Cuales ha usado usted?

.....

4.- ¿Quien le atendió en el último parto?

.....

a) Le tiene confianza?

.....  
5.- ¿Tiene temor de asistir al Hospital?

a) ¿porque?

.....

6.- ¿Puede usted comunicarse (idioma) con el personal de salud?

Si/No

¿Porque cree usted?

.....

7.- ¿Donde acostumbra acudir en caso de parto?

.....

8.- ¿Es fácil para usted llegar a un Centro de Salud para ser atendida?

Si/No

Porque

.....

9.- ¿Si se respetaría sus costumbres y creencias, usted acudiría al Centro de salud?

a) Si

b) No

c) ¿Porque?

.....

10.- Conoce usted que el seguro SUMI es gratuito

Análisis

.....

Signos y síntomas de parto.

## ELEMENTOS DE LA SALA DE PARTO CON ADECUACIÓN CULTURAL



FUENTE: Salud sin Limites- Lima Perú 2005

ASPECTOS SOCIO – CULTURALES (Pudor Vergüenza)



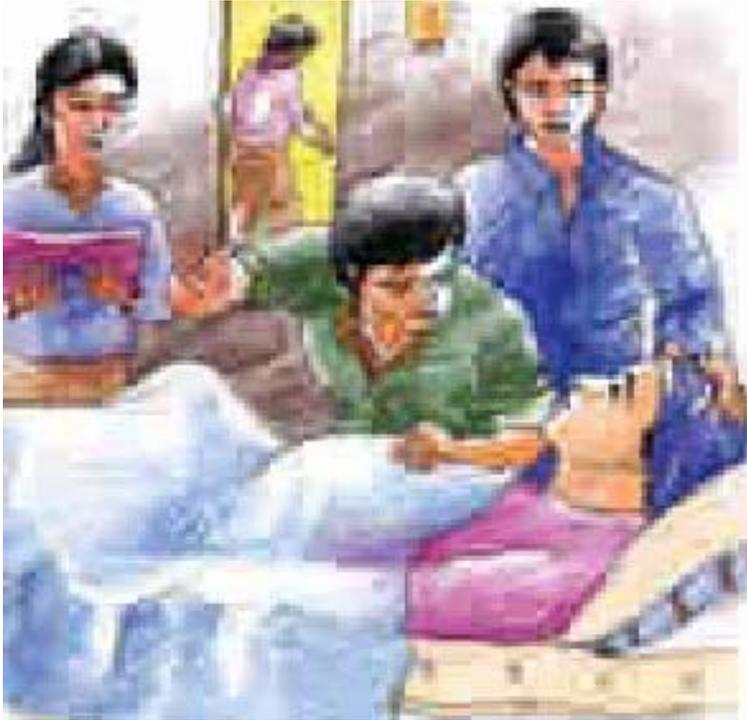
FUENTE: M.S.D. Protocolos de Atención Culturalmente Adecuados Durante el Embarazo. 2006.

ASPECTOS SOCIO – CULTURALES (Rechazo a la cesárea y procedimientos médicos)



FUENTE: M.S.D. Protocolos de Atención Culturalmente Adecuados Durante el Embarazo. 2006

ASPECTOS SOCIO – CULTURALES (Influencia de familiares o personas cercanas)



FUENTE: M.S.D. Protocolos de Atención Culturalmente Adecuados Durante el Embarazo. 2006

CENTRO DE SALUD SAPAHAQUI



