



**Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina, Enfermería,
Nutrición y Tecnología Médica
Post-Grado
Especialidad en Interculturalidad y Salud**



TESIS DE ESPECIALIDAD
**“FACTORES SOCIOCULTURALES QUE CONDICIONAN LA
PREFERENCIA DE LAS MADRES POR EL PARTO
DOMICILIARIO EN LA LOCALIDAD DE WARISATA DEL
MUNICIPIO ACHACACHI.”**

**POSTULANTE: Dra. MÓNICA REYES V.
TUTOR: Dra. CARMEN CORNEJO**

LA PAZ – BOLIVIA

2010

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por todas sus bendiciones a lo largo de mi vida, por haberme iluminado en los momentos más difíciles y por permitirme cumplir con este nuevo objetivo.

A la Lic. Ineke Dibbits, por el apoyo en la realización de este proyecto, por la orientación, conocimientos, consejos y experiencia; y especialmente por su valiosa e invaluable amistad.

A la Dra. Sandra Reyes Vasquez, mi hermana, por su apoyo, colaboración y cariño incondicional a lo largo de mi vida y especialmente en la realización de este trabajo.

A mis padres, por sus enseñanzas, ejemplo maravilloso de amor, dedicación y perseverancia, que son el motivo que me impulsa a seguir adelante y cumplir mis metas.

DEDICATORIA

Con amor cada vez más grande y profundo a mis padres Grower y Rebeca y a mi querida hermanita Sandra; por su paciencia, comprensión, amistad, apoyo y consejos a lo largo de mi vida y en todos los proyectos que emprendo. Y especialmente por su gran amor, ejemplo maravilloso y sus enseñanzas.

A la memoria de mi querida abuelita y de mi tía Aidita, que desde el cielo, siguen mis pasos y me iluminan, como lo hacían en vida.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo identificar los factores socio-culturales que determinan la preferencia por los partos domiciliarios en la localidad de Warisata, perteneciente al Municipio de Achacachi, Provincia Omasuyos, para aportar al conocimiento de la problemática relacionada con la salud materna y del recién nacido.

Se realizó un estudio cualitativo de tipo descriptivo. Se seleccionaron 11 madres con parto domiciliario en el último año, a las que se les aplicó una entrevista a profundidad sobre los factores que condicionan su preferencia por el parto en casa.

Entre los principales factores condicionantes se destacan la importancia del acompañamiento en el momento del parto, sentimientos de pudor y vergüenza, las costumbres ancestrales como la ingesta de mates, la sujeción de la cabeza, el manejo de la placenta, la alimentación y el abrigo; en cuanto a la percepción sobre la atención en los servicios de salud, el miedo a los procedimientos de rutina y rechazo a la cesárea, la mala información sobre las complicaciones del parto, la percepción del mal trato del personal, la falta de continuidad del personal y la dificultad en el acceso geográfico al centro de salud.

En la investigación se pudo identificar la existencia de actitudes y percepciones de carácter cultural, diferenciadas de las prácticas convencionales del parto, las cuales están relacionadas con la cosmovisión andina.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	9
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
	2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
III.	OBJETIVOS	11
	3.1. OBJETIVO GENERAL	11
	3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
IV.	JUSTIFICACIÓN	12
V.	ANTECEDENTES	14
VI.	MARCO TEÓRICO	18
	6.1. EL PARTO SEGÚN LA MEDICINA OCCIDENTAL	18
	6.1.1. PARTO INSTITUCIONAL	21
	6.1.2. PARTO DOMICILIARIO	21
	6.1.3. ASPECTOS GENERALES DEL CUIDADO DURANTE EL PARTO	21
	6.1.3.1. EVALUACION DEL BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PARTO	21
	6.1.3.2. PROCEDIMIENTOS DE RUTINA	22
	6.1.3.3. NUTRICIÓN	23
	6.1.3.4. LUGAR DEL PARTO	23
	6.1.3.5. APOYO EN EL PARTO	24
	6.1.3.6. HIGIENE	25
	6.1.4. COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO	25
	6.2. EL PARTO SEGÚN LA MEDICINA TRADICIONAL	26
	6.2.1. LA ATENCION DURANTE EL NACIMIENTO DEL BEBE	27
	6.2.2. ROL DE LA PARTERA DURANTE EL PARTO	29
	6.2.3. ATENCION DURANTE EL ALUMBRAMIENTO	31

DE LA PLACENTA	
6.2.4. EL MANEJO DE LA PLACENTA	33
6.2.5. LA ATENCIÓN DURANTE EL PERIODO POST-PARTO	34
6.2.5.1. CUIDADOS POST PARTO	34
LA NUTRICION	34
EL ABRIGO	35
LA AMBULACIÓN	36
6.2.5.2. EL SOBREPARTO	36
6.3. COMPARACION ENTRE EL MODELO TRADICIONAL Y EL MODELO OCCIDENTAL DEL PARTO	37
6.4. COINCIDENCIAS DE LA MEDICINA OCCIDENTAL Y LA MEDICINA TRADICIONAL	39
6.4.1. PRINCIPIOS DE LA OMS	39
6.4.2. ADECUACIÓN ENTRE LA MEDICINA OCCIDENTAL Y LA MEDICINA TRADICIONAL	41
6.4.2.1. EL ACOMPAÑAMIENTO	41
6.4.2.2. EL RESPETO A LOS SENTIMIENTOS DE PUDOR	42
6.4.2.3. LA LIBRE ELECCION PARA DAR A LUZ	43
6.4.2.4. APOYO PARA ALIVIAR EL DOLOR	45
VII. AREA DE ESTUDIO	46
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	54
8.1. TIPO DE ESTUDIO	54
8.2. UNIVERSO Y MUESTRA	54
8.3. TIPO DE MUESTREO	55
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	55
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	56
8.4. METODOS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
8.5. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	57

IX. RESULTADOS	58
9.1. RESULTADOS GENERALES	58
9.2. ASPECTOS SOCIO-CULTURALES	59
9.2.1. ELECCIÓN DEL LUGAR DEL PARTO	59
9.2.2. ATENCIÓN DEL PARTO	61
ACOMPAÑAMIENTO	61
PUDOR Y VERGÜENZA	62
ABRIGO	63
USO DE MATES	64
PERSONA QUE ATIENDE EL PARTO	65
POSICIÓN PARA DAR A LUZ	66
SUJECCIÓN DE LA CABEZA	68
9.2.3. CUIDADOS POST PARTO	68
CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL	69
MANEJO DE LA PLACENTA	69
ALIMENTACIÓN	71
9.2.4. IDIOMA	72
9.2.5. CONOCIMIENTOS DE LOS RIESGOS DEL PARTO	73
9.2.6. RECHAZO A LA CESÁREA	74
9.3. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	75
9.3.1. PERCEPCIÓN DEL MAL TRATO DEL PERSONAL	75
9.3.2. MIEDO A LOS PROCEDIMIENTOS DE RUTINA	76
9.3.3. MALA INFORMACIÓN	77
9.3.4. FALTA DE CONTINUIDAD DEL PERSONAL	78
9.4. ACCESO AL CENTRO DE SALUD	78
9.4.1. ACCESO GEOGRÁFICO AL CENTRO DE SALUD	78
9.4.2. FALTA DE AUXILIO	79
9.4.3. HORARIO INADECUADO	79
9.5. FACTOR ECONÓMICO	80
9.5.1. PERCEPCIÓN DEL COSTO DEL SERVICIO	80

9.5.2. CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES EN RELACIÓN AL SUMI Y AL BONO JUANA AZURDUY	80
X. DISCUSIÓN	83
XI. CONCLUSIONES	86
XII. RECOMENDACIONES	88
XIII. PROYECTO DE INTERVENCION	90
XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
XV. CRONOGRAMA	104
XVI. ANEXOS	105

I. INTRODUCCIÓN

“La maternidad en Bolivia es un problema crítico que refleja la pobreza de un país en desarrollo con características pluriculturales y multiétnicas, cuyas consecuencias afectan a las mujeres en general y con matices de mayor vulnerabilidad a la mujer rural e indígena a través de la marginación étnica, violando discriminadamente el derecho a la salud y a la vida de la mujer indígena”.¹

El mejorar las condiciones de la maternidad en las poblaciones rurales del país sigue siendo un desafío pendiente para el sistema de salud pública y otras organizaciones que trabajan en el área. La falta de políticas de salud dirigidas hacia las poblaciones indígenas contribuye a agudizar la crítica situación de la maternidad en esas poblaciones.

En Bolivia, el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo, parto o post-parto es muy alto. Cada año aproximadamente 623 mujeres mueren por consecuencias de complicaciones durante el embarazo parto y post parto.

Según los resultados de la ENDSA, se habría presentado una reducción importante en la razón de mortalidad materna: de 390 a 229 muertes por 100.000 nacidos vivos registrados en el período 1994 a 2003.²

Desde el Estado se han propuesto e implementado políticas y estrategias dirigidas a reducir la mortalidad materna infantil, como el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, Seguro Básico de Salud y desde el 2002 el SUMI.³

¹ Yolanda Vargas Quiroga y Luis Víctor Aleman. La Maternidad en Mujeres Indígenas Quechuas. Caso de 10 Ayllus de los Municipios de Caiza “D” y Cotagaita del Departamento de Potosí. Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj. Population Concern. La Paz. 2003. Pág.: 8.

² Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015. Pág: 7.

³ El Seguro Universal Materno Infantil, Ley 2426 de 21 de noviembre de 2002.

Asimismo, el Bono Juana Azurduy, vigente desde el año 2009,⁴ se ha instituido con el fin de incentivar una maternidad segura y el desarrollo integral de los niños de 0 a 2 años, otorgando un total de 1820 bolivianos en 33 meses a aquellas madres que cumplan con los controles pautados. Sin embargo, no se ha logrado, hasta el momento, un impacto significativo.

La mayoría de esas muertes ocurre antes que las mujeres cumplan 30 años y el 70 por ciento de estos decesos ocurren en los departamentos de La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y Potosí, sobre todo en los municipios rurales. El 53% de las muertes maternas ocurre en domicilio y el 37% de las mujeres fallece en establecimientos de salud.⁵

El parto domiciliario es una práctica que está desigualmente distribuida a lo largo del mundo. Desde 1930, con la institucionalización del nacimiento, la opción del parto domiciliario en la mayoría de los países desarrollados desapareció. El sistema de atención obstétrica en Holanda, donde todavía más del 30% de las mujeres dan a luz en casa es excepcional.⁶ En este país, como también en Inglaterra, los partos domiciliarios son una opción dentro del Sistema de Seguridad social, es decir que su atención está subvencionada.

El propósito del este trabajo de investigación fue determinar los factores que condicionan la preferencia de las mujeres por el parto domiciliario en el área de influencia del Centro de Salud Warisata, Municipio de Achacachi, Provincia Omasuyos, para luego proponer una Estrategia de Intervención para incidir en la preferencia por el parto institucional y mejorar las condiciones de la atención de la salud materna.

⁴ Bolivia. Ministerio De Salud Y Deportes. DS N° 006. Bono Juana Azurduy. La Paz, 2009.

⁵ Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR). 2004.

⁶ OMS. Cuidados en el Parto Normal. Guía Práctica. 1999.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de salud materno infantil es sin duda uno de los que más afligen a América Latina en general y a nuestro país en particular.

Bolivia es un país rico en tradiciones y costumbres; esto es especialmente valioso para la población aymara de Warisata, objeto de nuestro estudio. Las enseñanzas transmitidas de generación en generación son para ellos tesoros que no cambian fácilmente por algo que no conocen.⁷ La finalidad del presente trabajo consiste en conocer las razones que tienen las mujeres por preferir el parto domiciliario. La importancia y utilidad de la presente investigación radica en que ayudará a comprender mejor la problemática del rechazo al parto institucional para así definir estrategias que permitan mejorar la accesibilidad y la calidad de atención en el Servicio de Salud y, por tanto, disminuir el riesgo de mortalidad materno – infantil en las áreas rurales.

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores socio – culturales que condicionan la preferencia de las madres por el parto domiciliario en la localidad de Warisata, Municipio Achacachi?

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

⁷ Alexandra Heath Bilbao La Vieja, Ximena Eyzaguirre Monje, y cols. Parto en Domicilio. Percepción Tradicional de Nuestro Pueblo. Car. Med. AIS-Bol. 1992; 6 (1): 26-30.

- Determinar los factores socio – culturales que condicionan la preferencia de las gestantes por el parto domiciliario en la localidad de Warisata, Municipio Achacachi.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores sociales que condicionan la preferencia de las madres por el parto domiciliario.
- Determinar los hábitos culturales que condicionan la preferencia de las gestantes por el parto domiciliario.
- Identificar las creencias, costumbres, prácticas y actitudes de las mujeres en relación al parto
- Determinar el grado de conocimiento de la embarazada con respecto a los riesgos durante el parto.

IV. JUSTIFICACION

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

La OPS calcula que casi el 50% de los partos en el país ocurren en casa, atendidos generalmente por el esposo u otro miembro de la familia⁸ y según la

⁸ Ineke Dibbits y Magali Terrazas. Uno de Dos: El Involucramiento de los Hombres en la Atención de la Salud Perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa El Alto. TAHIPAMU. 2003.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2003 se reportan un 41.8% de muertes maternas en domicilio. Es bien sabido que el parto domiciliario atendido en condiciones deficientes acarrea un riesgo importante para la salud de la madre y/o del neonato. En este contexto, el desafío principal de este trabajo consiste, por una parte, en conocer las razones que tienen las mujeres por preferir el parto domiciliario para aunar conocimientos que conduzcan a construir una modalidad de atención y de intervención que represente una verdadera opción para la gran mayoría de las mujeres bolivianas.

El presente trabajo aporta además conocimientos acerca de la situación materna en las comunidades rurales indígenas y propone iniciativas para afrontar el problema de las altas tasas de mortalidad materna generadas por la baja utilización de los centros de salud de las mujeres gestantes.

Con seguridad los resultados de este trabajo contribuirán de manera significativa, a la mejora de la situación de la maternidad en la localidad de Warisata, elevando los índices de atención del parto institucional con un elevado nivel de satisfacción de las usuarias; pero también para, en un futuro, mejorar la situación de salud materna-neonatal en Bolivia, ya que al conocer las causas de la baja asistencia de la población a los centros de salud, se podrán proponer alternativas para superar el obstáculo y reducir la mortalidad materna en las poblaciones indígenas y originarias.

Como otro producto del trabajo se tiene un Plan de Intervención, en el que se presentan las estrategias diseñadas para incrementar el acceso de las mujeres en estado de parto al Centro de Salud y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de atención de la población y de las gestantes en particular, y reducir las tasas de morbi-mortalidad materno infantil,⁹ según los objetivos trazados en el Plan Estratégico de Salud del Ministerio de Salud.

⁹ La tasa de mortalidad materna en Bolivia es de 229/100000. En: Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015.

V. ANTECEDENTES

Se han hecho varios estudios, tanto a nivel nacional como internacional, para determinar los factores que condicionan el parto domiciliario de las mujeres así como la baja asistencia de las mujeres al parto institucional. Algunos estudios relevantes se detallan a continuación:

Ineke Dibbits y Magali Terrazas (DIBBITS & TERRAZAS, 2003) publicaron los resultados de una investigación realizada entre 24 parejas de dos localidades del Alto-Bolivia, en base a los testimonios de las madres como también de los esposos, para indagar sobre el involucramiento de estos en la atención de la salud perinatal. De la totalidad de parejas entrevistadas 16 tuvieron partos domiciliarios, la mitad atendidos por una partera y la otra mitad atendidos por el esposo. Muchos fueron los factores expresados por las parejas para su preferencia por el parto domiciliario. Entre ellos se destacan la falta de delicadeza del personal de salud; el miedo a la cesárea, al frío, al mal trato del personal de salud, la vergüenza hacia personas extrañas y la necesidad de un ambiente seguro donde se respeten sus costumbres y se brinden las condiciones que las mujeres consideran necesarias para dar a luz, permitiendo la presencia de sus familiares. Muchos aspectos culturales y tradicionales de importancia son expresados por los participantes de este estudio.

Otis y cols. (OTIS & COLS, 2008) investigaron la baja tasa de partos en hospitales y Centros de Salud en la localidad de Yapacaní-Bolivia, a pesar de la implementación del SUMI. El objetivo de este estudio fue identificar los factores que a diversos niveles inhiben el acceso a centros públicos de salud para la atención del parto. La investigación fue hecha entre 62 mujeres y se identificaron 5 factores principales que inhiben este acceso: el miedo o la vergüenza a hacerse atenderse en un centro público de salud, la baja calidad de la atención en los centros de salud, lejanía u otras barreras geográficas

que impedían llegar oportunamente a los centros de salud, limitaciones económicas que impedían hacer el viaje o utilizar los servicios y la percepción de que la atención sanitaria no era necesaria debido a la experiencia de "partos fáciles". Sin embargo muchos factores socio-culturales fueron dejados de lado.

Heath y cols. (HEATH & COLS., 1992) en un estudio de mujeres de la periferia de la ciudad de La Paz encontró que el parto típico ocurrió en el domicilio sin previo control pre-natal, la mayoría fue atendida por un familiar quien cortó el cordón umbilical. Las mujeres expresaron un determinado manejo de la placenta, el cual estuvo rodeado de tradiciones y costumbres. Entre las referencias brindadas por las mujeres sobre su decisión de no acudir a un Centro de Salud estuvieron principalmente el miedo al médico basado en su experiencia de un maltrato previo.

La investigación realizada por MotherCare Matters (MOTHERCARE MATTERS, 2000) refiere que las preferencias de la atención del parto son situaciones importantes que determinan el proceso de dar a luz. Como se sabe, hay mujeres que prefieren los partos en casa, con atención del esposo o parteras y hay quienes buscan ayuda profesional mediante el parto institucional. Los factores asociados a la primera elección, según esta investigación, serían la tradición o costumbre, el costo y la falta de consideración por costumbres locales en los servicios de salud (ejemplo, retorno de placenta, permitir a las mujeres estar parcialmente vestidas, y elegir la posición en el parto). En el caso de la segunda elección estarían el conocimiento de los beneficios proporcionados en los servicios de salud, por parte del personal de salud, como la capacidad de éste para manejar complicaciones y la percepción de que las parteras no pueden manejar dichos problemas.

Carolina Borda Villegas (BORDA, 2001) realizó un estudio para determinar los factores condicionantes del parto domiciliario en 9 localidades de Bogotá-Colombia con la participación de mujeres que habían tenido su último parto en el período comprendido entre 1990 y 1999. Los resultados demostraron que las mujeres sienten mayor bienestar y seguridad en el hogar; al mismo tiempo experimentaban miedo y desconfianza hacia los médicos y hospitales que resulta en una resistencia al modelo médico occidental. También reivindicaron los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y aseguraron que existía inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Carolina Tarqui y cols. (TARQUI & COLS, 2005), por otro lado realizaron un estudio de casos y controles en la localidad del Callao-Perú para identificar los factores de riesgo personales e institucionales asociados con la elección y preferencia domiciliaria del lugar del parto; encontrándose como factores principales referidas por estas mujeres la poca continuidad del personal que tienen a su cargo la atención del parto en los centros de salud y el poco entendimiento en el diálogo proveedor-usuaria durante la atención, por lo que la preferencia de un próximo parto de dichas mujeres seguiría siendo el domicilio.

Otro estudio realizado por José Luis Fernández y cols (FERNANDEZ & COLS,1995) también en una zona del departamento del Cuzco-Perú con la finalidad de identificar la preferencia por el parto domiciliario comparando madres de la zona urbana y de la zona rural con partos domiciliarios de hasta 5 años atrás, indica que las mujeres de la zona rural tienen 16 veces más de probabilidad de tener un parto en casa que las mujeres de la zona urbana y los factores socio-culturales fueron los predominantes para la preferencia del domicilio en este grupo, mientras que en el segundo fueron los factores económicos los que tuvieron más peso.

Salas, W. y Matos D. (SALAS, W, 2003) encontraron como factores condicionantes del parto domiciliario en una localidad de Huancavelica-Perú 3 grupos de factores definidos, a saber: influencias culturales, factores socio-económicos y percepción de calidad de servicios. Como factores culturales más importantes las mujeres revelaron el temor a desnudarse en presencia de hombres; como factores socio-económicos tomó relevancia la falta de recursos económicos y finalmente, en cuanto a sus apreciaciones sobre la calidad de los servicios expresaron su miedo a la posta y al personal de salud.

Paralelamente existen organizaciones que luchan por la humanización del parto en los servicios de salud e igualmente defienden el parto domiciliario como opción. Es el caso de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento¹⁰ que integra muchos países, entre ellos Bolivia; con innumerables aportes sobre este tema.

La iniciativa de adecuar el sistema occidental al sistema tradicional se está presentando en muchos países del mundo, es así que en nuestro país el Ministerio de Salud y Deportes ha publicado documentos de importancia para ser tomados en cuenta tales como el “Protocolo de Atención Materna y Neonatal Culturalmente Adecuados”¹¹ que plantea la necesidad de introducir enfoques humanitarios e interculturales en salud materna y neonatal que sean interiorizados por el personal biomédico de los niveles I y II y que favorezcan la aceptación de las mujeres especialmente de zonas rurales e indígenas.

Por otro lado, el Centro de Desarrollo Comunitario CAUSANANCHISPAJ en cooperación con Population Concern Andes y la Organización Panamericana

¹⁰ Red Boliviana Para la Humanización del Parto y Nacimiento (Rebohupan). Documentos de Actualización. Bolivia. 2009.

¹¹ Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Protocolo de Atención Materna y Neonatal Culturalmente Adecuados. Bolivia. 2006.

de la Salud – Organización Mundial de la Salud¹² realizó un estudio de diagnóstico y una propuesta de lineamientos estratégicos para el diseño de una Política de Maternidad Concertada e Intercultural en Caiza “D” y Cotagaita en el Departamento de Potosí, basada en la planificación participativa y concertada entre el servicio de salud, autoridades municipales, mujeres y parteras representantes de cada una de las comunidades, objeto del estudio.

Propuestas similares se han implementado en Chile. En el hospital de Iquique un doctor y cinco matronas crearon un modelo de parto indígena único en Chile en el que la mujer aymara se calienta con mantas altiplánicas, toma infusiones, recibe masajes de su partera y da a luz en la posición que quiera, rodeada de su familia, como es su tradición.¹³ Lo primero que hizo el equipo fue recorrer las comunidades aymaras del interior para preguntarles a las mujeres por qué no querían tener sus wawas en el hospital. Respondieron que las trataban mal; no les permitían parir en la posición que ellas conocían (arrodilladas, en cuclillas o sentadas); no las dejaban caminar, tomar hierbas o sopas, ni dar a luz acompañadas de sus familiares, como han hecho las aymaras por generaciones. También tenían mucho miedo de que les hicieran una cesárea, que consideran una intervención muy dañina.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. EL PARTO SEGÚN LA MEDICINA OCCIDENTAL

"Los orígenes de la medicina occidental se remontan a la cultura babilónica, hebrea y la helénica que luego se enriquece con la árabe, llegando a Europa

¹² Yolanda Vargas Quiroga y Luis Victor Aleman. La Maternidad en Mujeres Indígenas Quechuas. Caso de 10 Ayllus de los Municipios de Caiza “D” y Cotagaita del Departamento de Potosí. Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj. Population Concern. La Paz. 2003.

¹³ Consuelo Terra. El Aporte del Parto Aymara. [en línea]. Chile. 05 de Agosto 2009. < <http://www.paula.cl/blog/salud/2009/08/05/el-aporte-del-parto-aymara/> >.

vía la península Ibérica. Es allí donde "judíos, moros y cristianos" consolidan los principios básicos de la medicina científica; luego son los franceses quienes fundamentan la diferencia entre el pensamiento empírico y el científico.¹⁴

De todo lo vertido anteriormente podemos mencionar que la medicina occidental no es producto de una cultura ni de un pueblo determinado, sino es el producto de un largo proceso histórico en los países del ámbito occidental.

Los profesionales en salud trabajan en base a la ciencia occidental, valorada como la medicina avanzada y compleja, a la vanguardia de los adelantos tecnológicos, producto de la modernización: "la ciencia moderna occidental es un hecho histórico social y cultural, no se trata de un producto objetivo y neutral hoy dominante y hegemónico en el mundo".¹⁵

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

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

Primera etapa o período de dilatación: Va desde el inicio del parto hasta que la dilatación del cuello uterino es completa (10 cm.). Durante esta etapa se debe vigilar las características de las contracciones uterinas y la reacción del

¹⁴ Germán Crespo. "Salud y Cultura" Artículo. Pág: 2.

¹⁵ Cristina Laurell Asa. La Salud/Enfermedad como Proceso Social. Pág: 234-235.

corazón ante las mismas, con la finalidad de detectar cualquier anomalía sugestiva de sufrimiento fetal.

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

La dilatación se mide en cm. y al principio es lenta; cuando alcanza los 5 cm. su velocidad de dilatación aumenta. Cuando se alcanza los 10 cm. se dice que la dilatación es completa o suficiente para el paso del feto.

Al mismo tiempo que se producen los cambios del cuello uterino, el feto se adapta al canal del parto, rota en su interior y desciende, para finalmente, en el periodo expulsivo, salir al exterior.

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

Tercera etapa o periodo de alumbramiento: Durante el alumbramiento se produce el desprendimiento de la placenta y las membranas del saco amniótico, el tiempo considerado como normal es de 10 a 30 minutos.¹⁶

¹⁶ Faustino Lopez Perez. Parto normal. <<http://www.unizar.es/gine/parto/parto.htm>>.

6.1.1. PARTO INSTITUCIONAL

Se denomina parto institucional a aquel parto realizado en el servicio de salud o fuera de este (domicilio), atendido por personal de salud. No incluye el parto domiciliario atendido por partera, aunque esta haya sido capacitada por el personal de salud ¹⁷

6.1.2. PARTO DOMICILIARIO

Es una práctica bastante extendida en el mundo; es aquel que se produce en la casa o el domicilio. Las mujeres priorizan la comodidad y la intimidad de dar a luz en sus propias casas.

Para el presente estudio, se considera parto domiciliario a aquel que ocurre en el domicilio y es asistido por una persona ajena al establecimiento de salud (algún familiar, vecino o partera).

6.1.3. ASPECTOS GENERALES DEL CUIDADO DURANTE EL PARTO

6.1.3.1. EVALUACION DEL BIENESTAR MATERNO DURANTE EL PARTO

Según la OMS¹⁸ durante el parto y el nacimiento, el bienestar materno tanto físico como emocional debe ser regularmente evaluado. Esto implica tomar temperatura, pulso y tensión arterial, vigilar la ingesta de líquidos y diuresis, la evaluación del dolor y la necesidad de apoyo. La monitorización ha de ser mantenida durante todo el proceso del parto y nacimiento.

¹⁷ Boletín Mensual del Sistema Nacional de Información en Salud. Producción de Servicios. N°7. La Paz., Marzo 2004.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el Parto Normal. Una Guía Práctica. 1999.

La evaluación del bienestar materno a su vez incluye prestar atención a su privacidad, respetando su elección de acompañantes y evitando la presencia de personas no necesarias en la sala de partos.

6.1.3.2. PROCEDIMIENTOS DE RUTINA

Una vez la paciente ha ingresado en el hospital la preparación para el parto incluye varios procedimientos rutinarios, como medición de la temperatura corporal, pulso y tensión arterial.

Los tres primeros procedimientos, medición de la temperatura, pulso y tensión arterial, pueden tener implicancias para el desenlace del parto, y es por esto que pueden influir en el manejo del parto; estos procedimientos rutinarios no pueden ser excluidos. La medición de la temperatura es importante, porque un incremento de esta puede significar un primer indicio de una posible infección. Tomando la presión arterial se tiene un índice importante del bienestar materno. Un aumento súbito de esta puede indicar la necesidad de parir al feto con rapidez o de remitir a la gestante a otro nivel de cuidados más especializados.¹⁹

Los enemas y la depilación del vello púbico, procedimientos que fueron muy utilizados en los establecimientos de salud en la antigüedad, actualmente y por disposición de la Resolución Ministerial N° 0496 del 9 de octubre del 2001 han quedado totalmente descartados y se desaconseja su empleo por considerarlos prácticas dañinas e inefectivas²⁰. Estudios realizados en torno al tema han verificado que los enemas causan irritación rectal, colitis, gangrena y shock anafiláctico; y el rasurado del vello púbico no reduce infecciones y por el

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. Informe Técnico. Ginebra. 1996.

²⁰ Yolanda Vargas Quiroga y Alberto Castro Tarqui. Primera Fase de Intervención de la Estrategia Materna, Concertada e Intercultural en Ayllus de los Municipios de Caiza “D” y Cotagaita. Prisa Ltda, 2003.

contrario origina vergüenza en las mujeres, discomfort durante las semanas en que crece el vello y lastimaduras que pueden producirse durante el rasurado²¹.

6.1.3.3. NUTRICIÓN

Puntos de vista acerca de la nutrición durante el parto difieren enormemente de una parte del mundo a otra. En los países desarrollados, el miedo a una aspiración de contenidos gástricos durante la anestesia general continúa justificando la norma del ayuno durante el parto.

Un parto requiere de una cantidad enorme de energía. Como la duración del parto y nacimiento no se puede prevenir con exactitud, las fuentes energéticas deben ser garantizadas de cara a lograr el bienestar materno y fetal. Una restricción severa de fluidos puede conducir a una deshidratación y cetosis. Esto, comúnmente se trata con una infusión intravenosa de glucosa y fluidos.

Las complicaciones anteriormente mencionadas, especialmente deshidratación y cetosis, pueden ser prevenidas dando líquidos orales durante el parto y dietas ligeras. Infusiones intravenosas de rutina interfieren con el proceso natural y restringen los movimientos de la mujer. Incluso la colocación de una cánula intravenosa profiláctica de rutina constituye una intervención innecesaria.²²

6.1.3.4. LUGAR DEL PARTO

²¹ Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Third Edition. Oxford. University Press. 2000. <<http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ClickedLink=194&ck=10218&area=2>>.

²² Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. Informe Técnico. Ginebra. 1996.

Cuando en muchos países desarrollados el parto cambió de un proceso natural en un procedimiento controlado, el lugar para dar a luz cambió del hogar al hospital. Al mismo tiempo, mucho del denominado “toque humano” fue relegado. El dolor fue aliviado farmacológicamente y a las parturientas se les dejaba solas por un gran periodo de tiempo.

En algunos países desarrollados, se han construido casas de parto dentro y fuera de los hospitales en los que las mujeres de bajo riesgo puedan dar a luz en un ambiente hogareño, atendidas generalmente por matronas. En la gran mayoría de estos centros la monitorización fetal electrónica y la estimulación del parto no se usan y se hace un uso mínimo de analgésicos.

6.1.3.5. APOYO EN EL PARTO

La mujer con trabajo de parto debe estar acompañada por las personas con las cuales ella se encuentre cómoda: su marido, mejor amiga, etc. Una de las tareas consiste en ofrecer a la mujer toda la información que ella desee y necesite. La privacidad de la mujer parturienta debe ser respetada en todo momento. Una gestante necesita su propia habitación para dar a luz y el número de personas debe estar limitado al mínimo necesario.

Sin embargo, en la práctica cotidiana las condiciones difieren considerablemente de la situación ideal descrita anteriormente. En los países desarrollados, las parturientas a menudo se sienten aisladas en las salas de dilatación de los grandes hospitales, rodeadas de equipos técnicos y sin ningún tipo de apoyo emocional. En los países en desarrollo algunos grandes hospitales están tan saturados con partos de mujeres de bajo riesgo que el apoyo personal y la privacidad son prácticamente imposibles.

6.1.3.6. HIGIENE

La higiene es un requerimiento fundamental, sin importar donde tenga lugar el parto. No es necesario el grado de esterilización usada en un quirófano, pero las uñas del personal que atiende deben estar cortas, lo mismo que limpias y las manos deben estar cuidadosamente lavadas con agua y jabón. Se debe poner gran atención en la higiene personal de la mujer como el uso de ropa limpia, el baño o lavado; así como en la limpieza de la habitación y de todos los materiales a usar durante el parto.

El equipo que se pone en contacto con la piel intacta puede ser lavado, y los instrumentos que se ponen en contacto con las membranas mucosas o la piel no intacta deben ser esterilizados, hervidos o desinfectados y los instrumentos que penetran en la piel deben ser esterilizados.

6.1.4. COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO

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

- La no progresión del parto o contracciones prolongadas sin dilatación cervical se trata generalmente con prostaglandinas en gel tópico cervical o con oxitocina sintética intravenosa. Cuando estas medidas son ineficaces, es necesario practicar una cesárea.
- El sufrimiento fetal es la aparición de signos que indican el deterioro del feto como son la disminución del ritmo cardiaco fetal y la falta de coordinación con las contracciones uterinas. Para ello se monitoriza a la madre con una tococardiografía fetal. La aparición de meconio también es otro signo de sufrimiento fetal.

- La no progresión de la expulsión fetal una vez asomada la cabeza del feto por falta de contracciones uterinas, requiere la intervención obstétrica como la extracción con fórceps, vacuum o cesárea.²³

6.2. EL PARTO SEGÚN LA MEDICINA TRADICIONAL

"La medicina tradicional nace y se desarrolla mediante los procesos históricos de la humanidad y de la vulnerabilidad de ésta ante los sucesos naturales. En sus inicios el ser humano busca la posibilidad de superar sus dolencias acudiendo a los recursos naturales del entorno, sumados a los atributos místicos y religiosos del hombre con lo sobrenatural. La curación se puede generar con intervención mágica a través de plantas medicinales que actúan en realidad como catalizadores psicotrópicos, mejorando la percepción de la propia conciencia, la subconciencia y el inconsciente".²⁴

La manifestación cultural originaria (andino-amazónica) en el campo del cuidado de la salud constituye una de las más valiosas expresiones de la resistencia férrea del espíritu de los pueblos. El espíritu de la medicina tradicional está en el principio de la unidad vital del hombre con las divinidades, la naturaleza y la comunidad.

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

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

²³ MERCK. Complicaciones del Parto y el Alumbramiento. En Manual Merck. <http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_22/seccion_22_249.html>.

²⁴ Germán Crespo. Salud y Cultura. Pág: 4.

El núcleo de esta cosmovisión, la cual tiene muchas otras ramificaciones míticas y prácticas, nos concierne, porque evoca una manera de pensar sobre la madre 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 a la tierra. Los fluidos natales, el bebé y la placenta se recogen en un cuero de llama negra (en la actualidad, generalmente en cuero de oveja dado que la oveja está reemplazando a los rebaños tradicionales), que se forra con telas y se coloca en el suelo debajo de la madre. A la propia madre parturienta se la considera como la tierra o 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 materna²⁵.

6.2.1. LA ATENCIÓN DURANTE EL NACIMIENTO DEL BEBE

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 adelante aumentan las dificultades.

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, después del nacimiento se la debe mantener en estado consciente y no dejar que se duerma o se "desmaye". Las mujeres

²⁵ Bárbara Bradby. ¿Volveré, no Volveré? Aportes al Diálogo entre Modelos Culturales del Parto. La Paz, 2005. Pág: 55-56.

aymaras temen que el dolor de cabeza sufrido durante el trabajo de parto les haga perder fuerzas y el sentido; se sugiere que la oscuridad es la antesala a la muerte y sin fuerzas no se puede volver a la claridad, es decir, a la vida.

Explicado en términos de fisiología biomédica, el síntoma del mareo puede ser una antesala del desmayo cuya causa sería la disminución transitoria del flujo sanguíneo al cerebro. Durante el trabajo de parto el corazón trabaja a ritmo acelerado; cuando el útero se contrae, grandes cantidades de sangre pasan del útero al aparato circulatorio de la madre. Esto ocasiona cambios en la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco. Si la presión sanguínea baja demasiado el flujo sanguíneo al cerebro puede ser deficiente causando el desmayo.²⁶

Cuando los dolores del parto empiezan, se calienta una habitación, normalmente la cocina de la casa, poniendo al fogón ollas de agua, y a veces quemando incienso y/o 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 y cuando el bebé está a punto de nacer la sostiene "para darle fuerza"; puede también realizarle un manto, si es que el bebé se encuentra "pegado" o viene en mala posición. Algunos esposos ayudan a sus mujeres ajustándoles la faja, un cinturón ancho tejido, más arriba del abdomen para "prevenir que la wawa retorne hacia arriba" y "para que el aire no escape" hacia arriba; aunque esta práctica no es frecuente 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, acto que les transmite la fuerza para continuar con el parto y, posteriormente,

²⁶ Ineke Dibbits y Magali Terrazas. Uno de Dos: El Involucramiento de los Hombres en la Atención de la Salud Perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa El Alto. La Paz: Garza Azul, 2003. Pág: 175-179.

con el alumbramiento. Como ya se explicó, la pérdida de fuerzas y del sentido representa un peligro para la parturienta.

Al momento de dar a luz al bebé, la respiración de la madre cobra importancia. El aire no debería escapársele por la boca ya que esto haría que perdiese su fuerza. En general se dice que las mujeres tienen “dos orificios” por los cuales se expira el aire y se pierde energía; la creencia de que los hombres sólo tienen un orificio se utiliza para sostener que las mujeres son más débiles que los hombres.²⁷

Es importante tener en cuenta que durante el parto los familiares presentes se encuentran bajo las órdenes de la propia mujer, es decir, están allí para hacer lo que ella quiera y se considera su estado mental 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 hay mujeres que rezan constantemente a las santas del parto y a los espíritus protectores locales.

6.2.2. ROL DE LA PARTERA DURANTE EL PARTO

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. Al llegar al domicilio hablará con la mujer, preguntándole cuándo empezaron sus dolores, aunque las parteras no manejan la noción que haya una duración "normal" del parto, pues, 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 para conseguir una hierba particular.

²⁷ Bárbara Bradby y Jo. Murphy-Lawless. El Sistema Tradicional de Atención en el Parto. En: ¿Volveré, no Volveré? Aportes al Diálogo entre Modelos Culturales del Parto. Pág: 64-65.

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 con el mismo fin.

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 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 e historias de 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 al 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.²⁸

²⁸ Denise Arnold y Juan de Dios Yapita. *Las Wawas del Inka: Hacia la Salud Materna Intercultural en Algunas Comunidades Andinas*. ILCA, La Paz. 2002. Pág: 80-87.

6.2.3. LA ATENCION DURANTE EL ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA

Según Bárbara Bradby,²⁹ Denise Arnold y Juan de Dios Yapita, en vez de dividir el parto en tres fases como es el caso del pensamiento occidental, en el pensamiento aymara el parto se entiende como dos nacimientos, el del bebé y el de la placenta. A veces son considerados como dos seres que duermen juntos en el interior del cuerpo de la madre. Así como el bebé debe despertarse para poder nacer, lo mismo le ocurre a la placenta, a la que a veces se le denomina “madre” o “abuela” del bebé. Otras veces se conceptúa como el ajayu del bebé, un tipo de alma.

Después del nacimiento del bebé se debe dar fuerza y ayuda a la madre para que se produzca el segundo nacimiento. Como norma se le da un mate, parecido al que se le dio para ayudarla a dar a luz al bebé, a la vez que es de particular importancia mantenerla caliente. Se la alienta verbalmente y a veces con un masaje suave. Todas las comunidades tienen en común la práctica de considerar el período inmediatamente después del parto de gran peligro para la madre y el bebé, debido a las acciones de los espíritus malignos. Por este motivo, se debe hablar constantemente a la madre para mantenerla despierta, pues se cree que cuando ella duerme existe el riesgo espiritual que los demonios puedan entrar para llevarse a la madre o al bebé.³⁰

A la placenta que se retrasa en nacer, a menudo se le da el nombre de “madre” y se le invoca como tal. Se cree que la placenta corre peligro de subirse de nuevo en el cuerpo de la madre y para prevenir que esto ocurra, si ya fue cortado el cordón umbilical, se ata su extremo al dedo gordo del pie de la madre con un caito de lana. Igualmente, existe la convicción generalizada

²⁹ Bárbara Bradby y Jo. Murphy-Lawless. El Sistema Tradicional de Atención en el Parto. En: ¿Volveré, no Volveré? Aportes al Diálogo entre Modelos Culturales del Parto. Pág: 57.

³⁰ Denise Arnold y Juan de Dios Yapita. Las Wawas del Inka: Hacia la Salud Materna Intercultural en Algunas Comunidades Andinas. ILCA, La Paz. 2002. Pág: 69.

que incluso después de que la placenta es expulsada, el útero se comporta como una madre que ha perdido a su hijo, es decir, el útero también puede subirse en el cuerpo de la madre y de esa manera asfixiarla. A este tipo de útero o placenta vagante se la denomina comúnmente *mãri*, que viene del español “madre”, de ahí que se refiera a menudo al útero moviéndose a través del cuerpo en busca del hijo que ha perdido.

Un conjunto de creencias algo distinto sobre la placenta surge de otra serie de metáforas. En una de esas el *caito de lana* que se utiliza para anclar la placenta se relaciona con la llama macho, conocida como guía o delantera que durante los viajes va delante de la tropa de llamas. El *caito*, en su papel de guía, sacará al bebé y luego todas las riquezas del mundo que también salen del vientre. Se dice que la placenta tiene esquinas de “oro” y “plata”.

La placenta tiene una importancia simbólica para los aymaras y los quechuas. Representa el espíritu del cuerpo emanado de la madre y el niño. Muere después de su nacimiento y es guardado por la familia para ser enterrado, para liberar su espíritu. En un estudio realizado por Denise Arnold y Juan de Dios Yapita en la localidad de Qaqachaka en el departamento de Oruro, la placenta es enterrada con un poco de sal, dentro de un hoyo en el suelo de la casa.³¹

Al hablar sobre la placenta retenida se invoca frecuentemente otra explicación de carácter más fisiológico: se dice que el problema es causado por la acción del sol en la espalda de la mujer, especialmente en caso de que ella ha 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 hacia delante desde la cintura y las caderas, estirando los brazos para poder alcanzar la urdimbre que le queda

³¹ Virginia Rozée. Les Patrons Culturels du Comportement Reproductif et Sexuel dans les Andes Boliviennes. 2007. En: Revista Electrónica Nuevo Mundo. <<http://nuevomundo.revues.org/index3168.html>>.

más lejos. Dado que el tejer es una actividad que requiere de largos periodos de concentración, la 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 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 porque puede aplastar al bebé, causándole una posición incorrecta y/o un nacimiento difícil. Sobre todo a esta posición se le atribuye que la placenta se retenga, explicación que se cree queda confirmada en la práctica, por el aspecto "quemado" de la placenta que nace después de una larga espera, lo cual indicaría el lugar en el que se ha quedado pegada a la espalda por la acción del sol.

Las creencias culturales no relacionan el sangrado con un temor tan explícito. Esto es debido quizás a que el pensamiento etnofisiológico asocia el 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 han podido quedar en el útero.

6.2.4. EL MANEJO DE LA PLACENTA

Los rituales alrededor del lavado y entierro de la placenta tienen la finalidad, no solamente de predecir la fortuna del niño, sino también de proteger a la madre.

Si bien las costumbres que rodean el entierro ritual de la placenta varían en cada región, e incluso dentro de una misma comunidad, también es cierto que éstas son muy elaboradas en todas partes e investidas de significado.

La mayoría de familias la entierran, no sin antes haberla lavado minuciosamente con el objeto de que la wawa sea limpia y se vuelva de piel blanca, "blanconcito". En la literatura se describen rituales como el entierro de

la placenta con objetos de miniatura para propiciar un buen futuro del hijo; a veces se colocan alimentos o dinero para que en el futuro no sufra de hambre.³²

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

Algunos testimonios sobre los rituales que encierran el entierro de la placenta fueron descritos por Ineke Dibbits y Magali Terrazas mediante testimonios de mujeres aymaras en el Alto.³³

6.2.5. LA ATENCION DURATE EL PERIODO DEL POST-PARTO

6.2.5.1. CUIDADOS POST PARTO

LA NUTRICIÓN

Inmediatamente después del parto, se alimenta la madre con caldo de cordero cocinado con la oveja que tradicionalmente, durante este período, la familia del marido sacrifica para la madre, con la que, en los días y semanas posteriores al parto, se preparan carnes y sopas, ya que es un hecho conocido que la mujer necesita de una nutrición adecuada que le proporcione fuerza y que le cierre las heridas. La sopa es “blanca”, es decir, sin sal, sin ají

³² Bolivia Ministerio de Salud y Previsión Social. Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna. Serie: Documentos Normativos. La Paz – Bolivia. 2005. Pág: 106.

³³ Ineke Dibbits y Magali Terrazas. Uno de Dos: El Involucramiento de los Hombres en la Atención de la Salud Perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa El Alto. (TAHIPAMU). Edit. Garza Azul, La Paz – Bolivia, 2003.

y sin cebolla³⁴. Tradicionalmente se le da a la mujer un tipo particular de chuño que se le añade a sus sopas. El maíz entero hervido también se considera eficaz para la curación del útero.

Una bebida favorita después del parto es el chocolate, el cual en áreas rurales es por lo general un lujo.

EL ABRIGO

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

De acuerdo con la teoría humoral, el cuerpo, que ha permanecido en un estado “caliente” durante embarazo y el parto, pasa a un estado “frío” después de este. Por consiguiente, se considera extremadamente importante mantener el cuerpo en un estado caliente durante el período posterior al parto, especialmente las partes que se consideran están “abiertas” a la entrada de aire frío.³⁵ Por este motivo se recomienda que después del parto, las mujeres usen guantes, calcetines y una gorra de lana. La habitación donde la madre descansa después del parto debe mantenerse caliente con fogón.³⁶

³⁴ Ineke Dibbits y Magali Terrazas. Ibidem. Pág: 197.

³⁵ Bárbara Bradby y Jo. Murphy-Lawless. El Sistema Tradicional de Atención en el Parto. En: ¿Volveré, no Volveré? Aportes al Diálogo entre Modelos Culturales del Parto. Pág: 57.

³⁶ Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social. Documentos Normativos. Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna. Diciembre 2005. La Paz. Pág: 107.

LA AMBULACIÓN

La ambulación precoz según las creencias aymaras está contrapuesta a la norma del sistema biomédico que la propicia, las parturientas consideran que es una medida que no considera el esfuerzo realizado y además las expone al frío con los consiguientes riesgos de contraer sobreparto.

Se recomienda no salir de casa en una o dos semanas y mientras tanto se debe reposar en cama y tomar hierbas medicinales para “limpiar” la sangre que queda acumulada después del nacimiento.³⁷

6.2.5.2. EL SOBREPARTO

El sobreparto consiste un conjunto de malestares como fiebre, escalofríos, dolor de vientre, vómitos, dolor de cabeza, diarrea y debilidad general que aparece 2 o 3 días después del parto o hasta dos semanas después.³⁸

A veces se cataloga la enfermedad del sobreparto como lo que se denomina en términos biomédicos la “fiebre puerperal”, causada por un problema infeccioso. Sin embargo, el sobreparto se diferencia en su etiología y síntomas claramente de la fiebre puerperal³⁹. Entre los síntomas del “sobreparto” se encuentra la fiebre y el dolor abdominal, síntomas que en algunos aspectos son similares a los de la fiebre puerperal, la cual cobró un elevado número de vidas en hospitales occidentales antes del descubrimiento de los antisépticos.

³⁷ Bárbara Bradby y Jo. Murphy-Lawless. El Sistema Tradicional de Atención en el Parto. En: ¿Volveré, no Volveré? Aportes al Diálogo entre Modelos Culturales del Parto. Pág: 74.

³⁸ Astrid Bant y Angélica Motta. Género y Salud Reproductiva: Escuchando a las Mujeres de San Martín y Ucayali. Lima: Stampa Gráfica S.A.C, 2001. Pág: 64.

³⁹ Jacqueline Michaux y Anne Sebert. Salud Sexual y Reproductiva en Cuatro Comunidades Aymaras del Área de Trabajo del Consejo de Salud Rural Andino: Los Puntos de Vista del Personal de Salud y de la Comunidad. Consejo de Salud Rural Andino. La Paz. 1999. Pág: 84. Informe de Investigación.

Los síntomas tienen énfasis en las manos, donde se localiza la fiebre, así como el sentirse como si una fuera “toda agujeros”.

En términos fisiológicos, esta enfermedad se atribuye a menudo a un fallo en el cumplimiento de las estrictas normas culturales de atención para el período de posparto. La nutrición y el consumo de alimentos calientes es un factor importante. Se debe evitar el esfuerzo físico, la mujer no debe levantarse de la cama en las primeras semanas post parto, el frío debe ser evitado al igual que las relaciones sexuales.⁴⁰

Al “sobreparto” se le teme mucho por ser una enfermedad potencialmente mortal y es atribuida a un demonio en concreto, el denominado achachi, que surge de los lagos transportado por el viento y se lleva el alma de la mujer quien muere; por ello, el período después del parto es considerado, potencialmente, como un gran peligro; existe el miedo a que los espíritus malignos puedan llevarse a la mujer.⁴¹

6.3. COMPARACIÓN ENTRE EL MODELO TRADICIONAL Y EL MODELO OCCIDENTAL DEL PARTO

Se transcribe a continuación un cuadro de la antropóloga Denise Arnold y el profesor Juan de Dios Yapita, en el que sintetiza y compara el modelo tradicional de la atención del parto.

⁴⁰ Pier Paolo Balladelli y J. Miguel Colcha. Entre lo Mágico y lo Natural: la Medicina Indígena: Testimonios de Pesillo. Tercera Edición. Quito: Abya-Yala, 1996. Pág: 354.

⁴¹ Denise Arnold y Juan de Dios Yapita. Las Wawas del Inka. ILCA. Pág: 100.

Cuadro 1: COMPARACION ENTRE LA MEDICINA OCCIDENTAL Y LA MEDICINA TRADICIONAL

CARACTERÍSTICAS	MEDICINA TRADICIONAL	MEDICINA OCCIDENTAL
El sistema de salud	Manejo fisiológico	Manejo médico
Posiciones	Posición vertical (acostada, agachada, sentada, de cuclillas)	Posición ginecológica
Temperatura de la sala	Ambiente caliente	Ambiente frío
Lugar del parto	En casa	En hospital
Acompañante	Con el marido a su lado u otros familiares	Con el médico o enfermeras
Ventilación	Sin corrientes de aire	Ventilado
Vestimenta	Diaria, abrigada	Bata ligera
Movimiento en el trabajo de parto	Caminando	Ninguno
Inductores	Mates, frotaciones, masajes	Oxitocina
Rompimiento de membranas	No rompen artificialmente	Rompen artificialmente
Separación del recién nacido	No se separa hasta que salga la placenta	Se separa después de cortar el cordón umbilical
Demora en la expulsión de placenta	Se amarra el cordón con caito al dedo gordo de la madre hasta su expulsión	Si no sale en 15 minutos, extracción manual
Corte del cordón umbilical	Cuchillo, cerámica	Metal
Limpieza de la mujer	Se lava con agua tibia	Se lava con agua no necesariamente temperada

Fuente: ARNOLD, Denise Y. y MURPHY-LAWLESS Jo. con YAPITA, Juan de Dios y otros. Hacia un modelo social del parto: debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano. ILCA, La Paz, Bolivia. 2001. pág 37-38

El presente cuadro contrasta de una manera generalizada los dos sistemas de parto tanto en la medicina occidental como en la medicina tradicional; no muestra todos los matices y formas de atención de estos sistemas, pero evidencia las diferencias marcadas entre ambos.

6.4. COINCIDENCIAS DE LA MEDICINA OCCIDENTAL Y LA MEDICINA TRADICIONAL

6.4.1. PRINCIPIOS DE LA OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y estudios controlados, sugieren que se continúa practicando aún a nivel mundial dentro del sistema occidental, un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar que existe una aceptación generalizada acerca de los principios de cuidado basados en las evidencias.

La Oficina Regional de la OMS para Europa en el 2001 desarrolló un Taller de Cuidado Perinatal en el cual se propusieron 10 principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal en el futuro. Estos principios fueron ratificados luego en una reunión de la Oficina Regional de la OMS para Europa y sus estados miembros (Segunda Reunión de Puntos Focales para la Salud Reproductiva/Salud de las Mujeres y los Niños en la Región Europea).

Los diez principios del Cuidado Perinatal que la OMS⁴² estableció en la reunión fueron:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y científicos sociales.
6. Ser integral y debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y debe ser dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.

⁴² B Chalmer y V Mangiaterra. Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Course. Birth. 2001; 28: 202-207.

10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

6.4.2. ADECUACION ENTRE LA MEDICINA OCCIDENTAL Y TRADICIONAL

La adecuación cultural se refiere a la necesidad de que el sistema biomédico y su personal de salud se adecue a la cultura de la población; mientras que la interculturalidad como tal, plantea un diálogo abierto entre las personas o los sistemas que se identifican con una u otra cultura médica.⁴³

La humanización de la atención en salud es un complemento al enfoque de interculturalidad, ya que pone en el centro la ética y el respeto a la dignidad humana.

6.4.2.1. EL ACOMPAÑAMIENTO

En Bolivia, la Resolución Ministerial 0496 de 09-10-2001⁴⁴ sobre 18 prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal instruye al personal de salud facilitar la presencia de un familiar o allegado de la embarazada.

Según la evidencia médica de la medicina occidental la presencia de una persona relacionada afectivamente, constituye un apoyo continuo que generalmente mejora la evolución del trabajo de parto: lo acorta, requiere menos medicación y analgesia, favorece la salud fetal y, por lo tanto, nacen niños en mejores condiciones.

De modo que el concepto actual de la atención durante el trabajo de parto no sólo implica la vigilancia clínica sino que tiene en cuenta a igual nivel los

⁴³ Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social. Documentos Normativos. Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna. La Paz. 2005. Pág: 16-17.

⁴⁴ Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social. Resolución Ministerial 0496 del 09-10-2001 Sobre 18 Prácticas y Tecnologías Apropriadas en Salud Materna y Neonatal. La Paz. 2001.

aspectos psicoafectivos relacionados con la maternidad. De esta manera el acompañante en las salas de parto y parto se transforma en un complemento de la calidad de atención a brindar.

En la cultura aymara o quechua es bastante común que los hombres, aparte de alentar a su pareja, se ocupen de darle mates, de friccionarle la barriga o la espalda, de abrazarle debajo de los brazos desde atrás y, especialmente en la última etapa, le agarren de su cabeza. Cuando hay otra persona de confianza presente, la parturienta querrá probablemente el mismo tipo de ayuda. Esto no hay porqué cambiar cuando la atención es en servicio; son procedimientos que no hacen ningún daño y más bien favorecen el bienestar de la mujer y por tanto, el proceso del parto.

6.4.2.2. EL RESPETO A LOS SENTIMIENTOS DE PUDOR

Las mujeres experimentan mucha incomodidad con las intervenciones practicadas en los establecimientos de salud durante el trabajo de parto y parto sobre sus órganos genitales, especialmente si es el primer parto, ya que no están familiarizadas con aquello. En domicilio la mujer no se descubre en ningún momento y las parteras que tocan los genitales de la mujer son una excepción, ya que conocen los sentimientos de pudor de las mujeres. El modelo occidental mantiene la idea de la importancia del tacto, pero reconoce que es incómodo para las mujeres y que hay que limitarse al máximo.⁴⁵

Se deben evitar los tactos innecesarios, especialmente tras la rotura de la bolsa amniótica. La OMS aconseja realizar los tactos cada cuatro horas o antes, si la gestante tiene sensación de pujo.

⁴⁵ Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social. Documentos Normativos. Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna. La Paz. 2005. Pág: 88-89.

6.4.2.3. LA LIBRE ELECCIÓN DE LA POSICIÓN PARA DAR A LUZ

La medicina occidental conserva la posición supina u horizontal como preferente en el momento del parto; sin embargo, la OMS recomienda hoy en día que se desaconseje la posición horizontal o ginecológica.

La mujer que está con trabajo de parto debe gozar de la libertad de ponerse de pie, sentarse o caminar, adoptar la postura que ella prefiera.

En la posición supina u horizontal, el canal del parto se alarga y estrecha y el coxis se dirige hacia lo alto, convirtiéndose en una vía de paso más angosta para el bebé y, además, cuesta arriba.

Según la OMS, la mujer debe tener la libertad de dilatar y dar a luz en la postura que más le convenga: en cuclillas, sentada en una silla obstétrica, a cuatro patas, de lado, colgada de alguien, de pie, semisentada: inclusive, se debe respetar cuando quiera estar echada, pero se debe informar sobre las ventajas de una u otra postura. Las posiciones más comunes son:

Supina o acostada boca arriba: Puede resultar más fácil para el personal médico que atiende, pero no suele ser de preferencia por parte de la mayoría de las mujeres. Puede causar que el útero presione sobre la vena cava inferior, disminuyendo el suministro de sangre a la placenta y que presione el diafragma, dificultando la respiración. La posición supina puede ser más cómoda al colocar una almohada debajo de las rodillas para doblarlas suavemente, o en una posición semiinclinada con la cabeza y hombros elevados, descansando sobre varias almohadas.

Lateral o de costado: Quita presión del periné y mantiene el peso del útero alejado de la vena cava, maximizando el flujo de sangre hacia el útero y su

bebé. El acompañante puede sostener la parte superior de la pierna para ensanchar la salida pélvica y dar soporte al peso del bebé.

Sobre las manos y rodillas: Puede aliviar el dolor de espalda y brindar al bebé mal posicionado la oportunidad de voltearse. Puede ayudar a las mujeres con desgarros anteriores o aquellas que quieren evitar la episiotomía, debido a que la cabeza del bebé presiona menos directamente sobre el periné. Puede ayudar al bebé que parece estresado, porque minimiza el flujo sanguíneo hacia el útero y la placenta.

Posiciones verticales: En posición vertical la vagina se amplía y acorta, pero además la presión de la cabeza del bebé sobre el cuello del útero ejerce un efecto hormonal que estimula la producción interna de oxitocina y por tanto, la dilatación. La posición vertical acorta y amplía el canal del parto, permite que las articulaciones de la cadera se abran más para dar paso al bebé, facilita sus movimientos de rotación y permite que la fuerza de la gravedad le ayude en su descenso. Asimismo, se evitan infecciones debido a que si se rompen las membranas los líquidos fluyen, se facilita la oxigenación porque la aorta está menos comprimida. Hay menos posibilidades de hemorragia porque la vena cava está menos presionada. Las contracciones aumentan, lo cual significa que el parto es más rápido.

De pie o caminando: Ayuda a ensanchar la apertura pélvica y permite que la gravedad haga su trabajo presionando la cabeza del bebé contra el cuello. La parturienta puede apoyarse en la pared, en una persona que la acompañe o atienda, durante las contracciones.

En cuclillas: Abre la pelvis aún más para que el bebé tenga más espacio para moverse a través del canal de parto. Se puede utilizar la barra para agacharse o hacerse ayudar por dos personas para darle apoyo y mantener esta posición.

Sentada: Hace que el útero se mueva hacia delante, quitando presión del diafragma y mejorando la provisión de sangre a los músculos que la contraen. En este caso es ideal contar con una silla de parto.

De rodillas: Permite mantener una posición erecta sin forzar la espalda, la parturienta se arrodilla sobre una almohada, reclinándose hacia delante contra la cama, silla o pared y descansa sus brazos y parte superior del cuerpo sobre o contra el punto de apoyo.⁴⁶

6.4.2.4. APOYO PARA ALIVIAR EL DOLOR

Casi todas las mujeres sienten dolor durante el parto, pero la respuesta de cada mujer a este dolor se manifiesta de forma diferente. La primera recomendación es que no se reprima la expresión del dolor: que se grite, se jadee, que se llore, etc.

El apoyo efectivo es primordial tanto del acompañante como del personal de salud; se debe fomentar una atención obstétrica respetuosa tomando en cuenta los aspectos emocionales, psicológicos y sociales.

El contacto en diversas formas puede aliviar el dolor. Una mano apoyada en un lugar doloroso, un gesto de confianza oportuno, una caricia en la cabeza o en la mejilla, un abrazo o masajes en las manos o en cualquier zona del cuerpo, todos estos gestos brindan mensajes de cuidado que alivian el dolor. Por otra parte, la deambulaci3n tambi3n es un factor importante, ya que distrae de la incomodidad y libera la tensi3n en los m3sculos.⁴⁷

⁴⁶ Bolivia. Ministerio de Salud y Previsi3n Social. Documentos Normativos. Gu3a para la Atenci3n Intercultural de la Salud Materna. Diciembre 2005. La Paz – Bolivia. P3g: 94-96.

⁴⁷ Bolivia. Ministerio de Salud y Previsi3n Social. Ibidem. P3g: 98.

VII. AREA DE ESTUDIO

Este trabajo de investigación pretende hacer una descripción de la situación de salud materna en la localidad de Warisata perteneciente al Municipio de Achacachi. Se pretende que los resultados de la investigación faciliten una mejor planificación y ejecución de acciones que vayan en beneficio de la población. Asimismo, se pretende contribuir a la mejora de la calidad de atención, accesibilidad y mayor cobertura en la prestación de servicios relacionados con la atención de la salud materna.

7.1. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Warisata quiere decir pampa de vicuñas, pues era una extensa llanura al pie del nevado Illampu donde las vicuñas bajaban a pastear.⁴⁸

Se sitúa en las proximidades del nevado Illampu de la cordillera oriental a 10 kilómetros de la ciudad de Achacachi, provincia Omasuyos del departamento de La Paz con un clima gélido, por encontrarse en la meseta o el altiplano boliviano. Se encuentra a una altitud aproximada de 3300 metros sobre el nivel del mar y a 2 horas de viaje desde la ciudad de La Paz, entre cordilleras nevadas y sembradíos de cebolla, papa, haba y nabo. Para llegar a Warisata se debe pasar necesariamente por Achacachi.

Sus límites son:

- Al norte: la provincia Larecaja
- Al Sur: el cantón Achacachi primera sección de la provincia Omasuyos
- Al Este: el cantón Tacamara
- Al Oeste: el cantón Franz Tamayo

⁴⁸ Fuente: Subalcaldía

7.2. DIVISIÓN POLITICA

Está dividida en 10 comunidades y son:

**CUADRO Nº 2: DIVISION POLÍTICA DE LA LOCALIDAD
DE WARISATA**

COMUNIDAD	DISTANCIA EN KM	TIEMPO DE DESPLAZAMIENTO
Chojñacala	9Km.	90 minutos a pie
Yacachi Chico	12Km.	120mínutosa pie
Yacachi Grande	12Km.	120 minutos a pie
Cariza	2Km.	30 minutos a pie
Caluyo Chiquipa	2.5Km.	45 minutos a pie
Llajma	1Km.	15 minutos a pie
Cotapampa	4Km.	60 minutos a pie
Muramaya	1Km.	15 minutos a pie
Tahari	6Km.	60 minutos a pie
Cuchu Warisata	1Km.	15 minutos a pie

Fuente: Subalcaldía de Warisata

7.3. HISTORIA

El Ayllu o la comunidad de Warisata, en gran parte fue apropiado por los terratenientes de Achacachi. Al decir apropiado, se entiende tanto tierras como comunarios, animales y casas. Muy pocos indios se conservaban libres. En ese entendido no era precisamente un Ayllu sino un centro latifundista, donde la mayoría de la población eran pongos analfabetos, con la

característica fundamental que aparte de pertenecer y obedecer las órdenes de mayordomos y patronos, su actuar obedecía a un rígido esquema de organización comunal. Era una comunidad donde vivían varias familias indígenas en forma de propiedad mixta de extensas tierras en una pampa hostil entre el lago Titicaca y el nevado Illampu, cuyos vientos se cruzaban inclementes.

El medio político social que regía en ese entonces estaba dominado por un grupo gobernante de clase media alta.

Los latifundistas acaparaban extensas hectáreas de tierra que eran cultivadas gracias a la explotación de los indígenas, en un régimen cruel como forma de servidumbre gratuita.

La educación, dentro de este ámbito, estaba prohibida para los indígenas negándoles todos sus derechos, prohibiéndoles aprender a leer y escribir bajo pena de terribles e indescriptibles castigos físicos, a fin de mantenerlos en su ignorancia y arrebatarles sus riquísimas tierras de comunidad y desalojarlos de sus ayllus.

Desde 1905, las escuelas ambulantes en el campo, fundadas en el gobierno de Montes, enseñaban el alfabeto y la doctrina cristiana. De esta manera Bolivia se convertía en el primer país latinoamericano que daba al indio la oportunidad de educarse. Sin embargo varias escuelas indígenas que ya eran fijas fueron clausuradas hacia 1921.

Hacia 1930 se da un nuevo impulso a la educación indígena y es en este contexto que el Ministro de Educación de aquella época, Juvenal Mariaca, crea la primera escuela-ayllu en Warisata, siendo su propulsor el profesor Elizardo Pérez. Su alumnado podía ser de cualquier edad y sexo, siendo los beneficiarios directos los indígenas. Es en 1938 que tanto en Warisata como

en Caiza “D” se crearon normales para que los indígenas puedan ser maestros.⁴⁹ Es así que en Warisata se produjo una verdadera revolución en el campo pedagógico.

7.4. DEMOGRAFÍA

La población con la que cuenta la localidad de Warisata es de 3479 habitantes

Hay predominio de la población aymara (95%), con muy poca cantidad de población quechua o mestiza (5%).

CUADRO Nº 3: POBLACIÓN POR GRUPOS ETÁREOS

GRUPOS ETAREOS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
1-4	195	176	371
5-14	466	435	901
15-60	836	725	1561
60 a más	361	285	646
TOTAL	1858	1621	3479

Fuente: SNIS 2009

El idioma originario es el aymará en un 82,7% de la población, seguido del castellano en un 16,9% y el quechua en un 0,22%.

El nivel de analfabetismo para el año 2008 fue de 10% de la población.

⁴⁹ Juan René Castellón Quisbert. Escuela ayllu tuvo 3 impulsos, Warisata, Caiza D y Cazarabe. La Prensa 10 de Agosto 2009. <http://www.laprensa.com.bo/noticias/10-08-09/noticias.php?nota=10_08_09_socd1.php>.

7.5. SERVICIOS BASICOS

En cuanto a los servicios básicos, se encuentra que el 81% cuenta con energía eléctrica, el 60% con agua potable, el 45% con alcantarillado y el 30% con un medio de eliminación de excretas. Sin embargo, hay una marcada diferencia entre la existencia de los servicios en el área urbana y el área rural.

En relación a la calidad de la vivienda, la mayoría de viviendas son rústicas; el 23% cuenta con viviendas de ladrillo, el 65% con viviendas de adobe y el 12% con viviendas mixtas.

Sobre el alumbrado público, solamente las calles y plazas del sector urbano de Warisata cuentan con este servicio.

7.6. ACTIVIDADES PRODUCTIVAS

Las actividades laborales de la población están regidas en su mayoría por la agricultura y ganadería. También destaca en esta población la actividad magisterial, aproximadamente un 75% de las personas con nivel educativo superior son profesores graduados de la Normal de Warisata. Cabe señalar que no todos ejercen la profesión, porque son jubilados o se dedican a otras actividades laborales. Otras actividades que también se ejercen son el comercio minorista y trabajos manuales. Otras localidades como Tahari se dedican también al comercio de leche mediante la empresa PIL andina, la elaboración de queso y requesón para la venta en la población de Achacachi. La localidad de Llajma además se dedica a la producción de papa y chuño. Muramaya, zona agrícola, ganadera, se dedica a la crianza de vacunos, ovinos y porcinos, también a la producción de tubérculos que son comercializados.

El comercio se da a través de las ferias comunales que se llevan a cabo los días jueves y se inicia a partir de las 5 de la mañana hasta las doce del día con gran afluencia de la población de las comunidades de sus alrededores. Es posible encontrar tiendas de abarrotes y pequeñas pensiones de comida.

La comunidad de Chojñacala se dedica principalmente al tejido de alfombras cuya comercialización es en la ciudad de La Paz y el interior del país. Los habitantes de Walata, destacan por su habilidad para fabricar instrumentos de viento como zampoñas, quenas, flautas, tarkas, wankaras o calas, pinquillos de mucululus, karwanis, wacawacas y otros.

7.7. SERVICIOS EDUCATIVOS

Esta localidad cuenta con: El Instituto Normal Superior Warisata (antes llamado Escuela Ayllu), que forman profesionales para la educación, la Escuela de Aplicación Warisata, el Colegio Elizardo Pérez y en la actualidad la Universidad Indígena Warisata, de reciente creación (2009).

Además de estos centros educativos, Caluyo, Cotapampa y Chojñacala cuentan con educación pre-escolar y primaria y Tahari con educación pre-escolar, primaria y secundaria.

7.8. ACTIVIDADES RECREATIVAS

Para su recreación Warisata cuenta con una cancha de fútbol, una cancha de básquet, ambas ubicadas en la Normal y una cancha deportiva al aire libre.

Las comunidades de Caluyo, Chojñacala, Tahari y Cotapampa, aunque rústicas, también cuentan con 1 cancha recreativa cada una.

Las festividades celebradas son el 1ro. de mayo que se conmemora la festividad de la población en honor al Señor de la Cruz y el 2 de agosto que es el día del Campesino Boliviano, festividad instaurada en 1953 por el presidente Víctor Paz Estensoro al lanzar la denominada Reforma Agraria que daba tierra para trabajar a los habitantes de las zonas rurales.⁵⁰ En este día se realiza un desfile cívico conmemorativo con asistencia y participación de todas las comunidades de la localidad.

En la localidad de Warisata se puede observar algunos restos arqueológicos como por ejemplo el INCA SIRCA. Se encuentra en el cantón Warisata y se supone que el camino fue trazado por un ingeniero del Tahuantinsuyo de mucha experiencia para la explotación del oro y otros minerales de la cordillera del nevado Illampu. Este camino inca pasa por las comunidades de Cota pampa, Caluyo, Khapara y termina en una bocamina al pie del nevado Illampu. Estas piedras se encuentran actualmente en la comunidad de Chojñacala.

Dentro de las instalaciones de la Normal Superior Warisata existe un museo arqueológico con piezas encontradas y conservadas en las comunidades del cantón.

7.9. INFRAESTRUCTURA VIAL

En el área urbana de la localidad de Warisata, las principales calles están empadronadas o adoquinadas, la mayoría de las calles cuentan con cordones de acera.

⁵⁰ Fernando Luis Arancibia Ulloa. El Tacú de Papel. El Gran Error de Cristóbal Colón. El Día. 02 de Agosto 2009. <http://elnuevodia.com.bo/index.php?cat=162&pla=3&id_articulo=11729>.

La carretera troncal a Sorata está asfaltada, cruza toda la extensión del cantón Warisata y algunas otras comunidades; por dicha carretera existe un tránsito muy fluido de moviidades.

La carretera es asfaltada de Achacachi a Warisata. Los minibuses de transporte urbano sindicalizado y transporte libre, prestan su servicio todos los días (cada 10 minutos), en el tramo Warisata (Achacachi - Warisata). Desde Achacachi el flujo de transporte es el mismo a la ciudad de La Paz.

En el área rural de Warisata los caminos son de tierra y algunos empedrados, pero existe flujo vehicular diario.

7.10. SERVICIOS DE SALUD

La localidad de Warisata cuenta con un Centro de Salud perteneciente al primer nivel de atención, atendido por un profesional médico y una auxiliar de enfermería y el apoyo de internos asignados por las diferentes universidades e institutos, en un número aproximado de 3, según período.

Su centro de referencia más cercano en caso de emergencia es el Hospital de Achacachi.

El Centro de Salud de Warisata no cuenta con infraestructura propia, es un inmueble dejado por la Iglesia Metodista hacia 1974 destinado a brindar atención en salud y cuenta con servicios básicos.

En cuanto a la realidad de salud de las mujeres gestantes, es de notar que según los datos de enero a junio del 2009, se registraron 39% controles prenatales nuevos. Los partos institucionales captados por el personal de salud alcanzaron el 11% de los partos esperados. La cantidad de embarazos esperados fue de 82 y de partos esperados de 73.

VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación cualitativa, porque con este tipo de estudio se trata de estudiar la preferencia del parto domiciliario en toda su riqueza y profundidad ya que está centrada en la comprensión e interpretación de los fenómenos humanos. Su meta es llegar a reunir y ordenar las observaciones para construir una interpretación comprensible de este fenómeno, identificando sus cualidades. Su principal característica es la visión de los eventos, valores, costumbres, etc., desde la particular visión de las personas que están siendo estudiadas, en este caso las madres.

Además la investigación es de tipo descriptiva porque describe la realidad de los hechos como son observados, como es y como se manifiesta la preferencia de las madres por el parto domiciliario.

8.2. UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo lo constituyen todas las mujeres de Warisata que prefirieron tener su último parto en el domicilio durante el periodo 2009.

La muestra estuvo constituida por 11 mujeres: 2 primerizas, 5 mujeres con menos de 5 embarazos y 4 mujeres con más de 5 embarazos. Se hizo esta selección, para recoger las experiencias de mujeres diversas: jóvenes, con un primer parto, mayores con más y con menos partos, como se puede ver en el cuadro siguiente:

CUADRO Nº 4: SEGMENTO DE LA POBLACION INCLUÍDA EN LA MUESTRA

INFORMANTE	Nº DE ENTREVISTADAS
Madre primeriza	2
Madre con menos 5 partos previos	5
Madre con mas de 5 partos previos	4
TOTAL	11

8.3. TIPO DE MUESTREO

La estrategia que se utilizó en el presente estudio de investigación para el muestreo fue el muestreo no probabilístico intencionado. Se seleccionó de manera intencionada a madres que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

CRITERIOS DE INCLUSION

En la presente investigación se tomó en cuenta:

- Madre de familia con residencia permanente en la localidad de Warisata.
- Madres de familia que hayan tenido su último parto en el domicilio y que fueron atendidos por familiares, vecinos o parteras.

- Mujeres que no acudieron en su último parto al Servicio del Centro de Salud, pero que anteriormente pudieron haber tenido uno o más partos en un establecimiento de salud.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Se excluyeron aquellas mujeres que no cumplían con los criterios anteriormente mencionados además de:

- Madres de familia con residencia temporal en la localidad de Warisata, por ejemplo madres, estudiantes de la Normal de Warisata.

8.4. MÉTODOS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La unidad de análisis estuvo constituida por la madre. Las madres que fueron entrevistadas para este trabajo de investigación radican en las comunidades de la localidad de Warisata, Municipio de Achacachi departamento de La Paz. El trabajo de campo, es decir, la realización de las entrevistas se llevó a cabo del 1 al 25 de noviembre del 2009.

Se utilizó la técnica de la entrevista por ser la más indicada para obtener información profunda, extensa e individualizada con relativa rapidez. La entrevista ayudó a determinar lo que piensan, conocen, creen, perciben y hacen las entrevistadas respecto al parto. Ver anexo N° 1

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

Se procedió de la siguiente manera:

- Se aplicó una entrevista a profundidad mediante una guía semi-estructurada de preguntas abiertas para una comprensión amplia e integral del tema de estudio. La entrevista se realizó en el domicilio de las madres a quienes se les solicitó la máxima franqueza posible.
- El estudio se basó en un diseño de investigación flexible. Inicialmente se seleccionaron las técnicas y preguntas de investigación, luego se hicieron las modificaciones necesarias en el transcurso de la recolección de datos.
- Se empleó un instrumento de grabación para registrar la entrevista, solicitándole previamente el consentimiento a la entrevistada e indicándole que la entrevista solo tiene el propósito de facilitar la investigación y que no será utilizada para otros fines. La entrevista tuvo una duración aproximada de 30 minutos. Cuando la entrevistada se negaba a que se le grabe se realizó una transcripción lo mas detallada posible de la entrevista. Adicionalmente, se solicitó la colaboración de otra persona para la traducción de las expresiones de las madres que respondieron en aymará.
- Todas las entrevistas fueron transcritas literalmente y salvo pequeñas correcciones para facilitar la comprensión se ha mantenido la forma de expresarse.

8.5. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Después de la recolección de datos se procedió a la sistematización de los temas tratados y al análisis.

El análisis de las entrevistas se realizó “manualmente”, es decir, sin usar un programa computarizado.

IX. RESULTADOS

9.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS ENTREVISTADAS

Se entrevistaron 11 mujeres, la menor de 18 años y la mayor de 41 años.

El nivel de educación de las 11 mujeres fue nivel primario.

De las 11 mujeres entrevistadas todas hablaban aymará y español; sin embargo, 3 de las 11 mujeres necesitaron hablar el aymará para expresarse con mayor facilidad.

De las 11 mujeres, 8 nunca asistieron a un establecimiento de salud para su parto. De las 3 que sí acudieron alguna vez a un establecimiento de salud una lo hizo por decisión propia, apenas iniciado el trabajo de parto; otra lo hizo porque se encontraba cerca y tenía miedo de alguna complicación mientras que la tercera lo hizo debido a una prolongación del parto.

“En otra wawita he ido a la posta, me han sacado nomás, no podía pues, en mi casa estaba teniendo, no podía pues, después he ido a Achacachi, no pensaba ir, pero no salía”. (I)

“Antes (en un parto anterior) he decidido en la posta, porque era cerca y tenía miedo que me pase algo”. (J)

En el siguiente cuadro se resumen los datos mencionados:⁵¹

⁵¹ Para resguardar el anonimato, se utilizó un código que consistió en una letra de la A a la K para cada entrevistada, el cual sustituye al nombre.

CUADRO Nº 5: DATOS DE MADRES PARTICIPANTES

MUJER CODIFIC.	EDAD	EDUC.	Nº HIJOS	IDIOMA	ASIST ANT. C.S
A	24	Prim.	2	Ambos	No
B	34	Prim.	5	Ambos	No
C	29	Prim.	4	Ambos	No
D	23	Prim.	5	Ambos	No
E	26	Prim.	4	Ambos	Si
F	33	Prim.	4	Ambos	No
G	24	Prim.	3	Ambos	No
H	22	Prim.	1	Ambos	No
I	41	Prim.	10	Ambos	Si
J	30	Prim.	5	Ambos	Si
K	18	Prim.	1	Ambos	No

9.2. ASPECTOS SOCIO-CULTURALES

9.2.1. ELECCIÓN DEL LUGAR DEL PARTO

La toma de decisiones para elegir la modalidad de atención del parto suele, en muchas ocasiones, estar dada por la mujer, ejerciendo su derecho a decidir sobre su salud y su sexualidad, eligiendo el lugar donde se sentirán más seguras. Estudios realizados en Chile en mujeres aymaras (Manos, A.) concluyen que una política de salud intercultural es fundamental para ejercer

los derechos de salud reproductiva, pero necesitan recibir información para decidir cual combinación de salud tradicional o medicina oficial a usar.⁵²

“He tenido en mi casa, porque yo nomás he dicho”. (C)

“Yo nomás he dicho para tener en mi casa”. (G)

La influencia de familiares u otras personas cercanas a la mujer llega a ser un factor importante en la elección que hagan las mujeres sobre el lugar del parto. En muchos casos las mujeres se dejan influenciar por las experiencias de otras mujeres quienes ya han pasado por la misma situación. Estas influencias, que en su mayoría son apreciaciones negativas sobre el Servicio de Salud, condicionan el acceso al Centro de Salud.

Otro tipo de influencias indirectas tienen que ver con los consejos que dan las parteras o personas cercanas. Según los comentarios escuchados, la percepción negativa de las mujeres en torno a los hospitales y los médicos se ha manifestado desde tiempo atrás y se transmite de generación en generación.

“Dicen algunos que ese rato te bañan con agua fría, mi hermana dice así, ella ha tenido parto en el Hospital, a la pila me han subido dice”. (A)

“Dos veces he ido a la partera, ella me ha flotado bien y me ha dicho mejor ya no vayas a tu cesárea, bien nomás vas a estar teniendo”. (B)

“No sé querer ir al Centro porque de repente nomás sabía pescarme mi parto y mi marido no sabe querer llevarme”. (D)

“No he querido ir a la Posta porque saben lavar con agua fría dice, saben lavarse dicen las señoras de aquí” “Mi esposo ha ido a buscar partera, él quiere llevarme al Hospital pero yo he tenido miedo”. (K)

⁵² Alice Manos. Como Mujer Yo Decido. El Derecho de Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres Aymaras de Putre Chile. Chile 2008. Pág: 52.

9.2.2. ATENCIÓN DURANTE EL PARTO

ACOMPañAMIENTO DURANTE EL PARTO

Las familias indígenas perciben el nacimiento como un acto íntimo y familiar. Las mujeres prefieren en su mayoría que el esposo sea la persona que le atienda y acompañe y que comparta las costumbres tradicionales.⁵³

La Resolución Ministerial 0496 del 09-10-2001 sobre 18 prácticas y tecnología apropiada en salud materna y neonatal instruye al personal de salud facilitar "la presencia de un familiar o allegado a la embarazada". Sin embargo, esta resolución no se cumple en la mayoría de los casos. En nuestro contexto, muchas mujeres demandan la presencia de un familiar y en la mayoría de los casos, de su pareja o de su madre.

"Me he sentido bien nomás con mi mamá, con dolor, pero bien nomás, pero tenía confianza en mi mamá, mi mamá me flotaba, me agarraba, me tapaba". (A)

"Mi suegra estaba haciendo hervir mates y mi esposo nomás me atendía, mi esposo no me ha dejado sola". (B)

"He estado acompañada por mi marido y mis tías, ellas sabían flotarme". (D)

El momento del parto es un acontecimiento importante dentro del seno familiar, es una ocasión en que el hombre expresa la importancia de su mujer y del acontecimiento del parto, atendiéndola de una manera poco habitual en la vida cotidiana. Asimismo, en el periodo post parto el rol femenino es asumido por el varón. En el contexto de crianza aymara hay una diferenciación marcada entre las labores que deben ejecutar los hombres y las mujeres. La cocina y las labores del hogar están destinadas a la mujer y el

⁵³ Entiéndase por "atender" tanto al acompañamiento físico y emocional de la mujer en labor como al acto mismo de participación y satisfacción de sus necesidades en el momento del parto en sí.

trabajo duro y la protección del hogar están destinados al varón. Los roles de familia y el respeto son fundamentales en las familias aymaras.⁵⁴

“Mi esposo nomás me ha ayudado, ha cocinado, ha cocinado comidita, de mi wawita su ropa ha lavado, así nomás”. (I).

Al margen de la demanda de las mujeres, ya existen corrientes científicas sobre la conveniencia de que la mujer, durante todo el proceso del parto, esté acompañada por una persona elegida por ella. El valor del apoyo familiar está comprobado ser de relevancia para el buen desenlace del parto.

PUDOR, VERGÜENZA

En el manejo de la medicina occidental, el momento del parto se ha transformado en un acto público donde varios extraños proveen cuidados en ambientes fríos y ventilados.⁵⁵

Según la perspectiva de las mujeres entrevistadas, las intervenciones practicadas sobre sus órganos genitales son muy invasivas, por lo que su intimidad y su dignidad están expuestas. Las mujeres experimentan mucha incomodidad si no están familiarizadas con la atención del modelo occidental.

De este modo, una de las barreras fundamentales para no acudir a un establecimiento de salud es el miedo a exponerse frente a personas extrañas y a que se realicen maniobras bruscas.

⁵⁴ Vivian Gavilán, Patricia Viguera, Ana María Carrasco, Romina Cabezas, Vesna Madariaga, Mónica Escobar et al. Pautas de Crianza Aymara. Chile. 2009. <<http://www.scribd.com/doc/21439963/pautas-de-crianza-aymara>>.

⁵⁵ Fernando Gonzales, María Antonieta Martín, Rosario Mendoza y Ricardo Vernon. "Cross-cultural Adaptation of Reproductive Health Services in Bolivia," *FRONTIERS Final Report*. Washington, DC: Population Council. 12 de octubre de 2005. <http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Bol_Culture.pdf>.

“Tengo miedo pues ir a la posta, tengo “miedo” (vergüenza) que me toquen, tengo miedo también a la gente extraña”. (A)

“En mi casa quisiera tener (próximo parto), tengo miedo ir pues a Warisata, hurgarán pues, me da vergüenza”. (F)

ABRIGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

La atención tradicional aymara maneja el sistema “cálido-frío”, por lo cual el calor en la etapa del parto es sumamente importante. Así durante el proceso del parto, las madres se abrigan mucho, su habitación está completamente cerrada y la mujer debe tomar bebidas consideradas “calientes”, como los mates.

Las mujeres refieren que al abrigarse, el calor generado facilita el parto y la expulsión del bebé y la placenta.

Llegado el momento del parto el frío es considerado un peligro, al dificultar el descenso oportuno del bebé, la placenta y la sangre. De modo que la práctica de abrigar a las mujeres parturientas con mucha ropa y varias mantas, facilita el parto.

“Harto me abrigo, harta ropa, así estoy sudando y así más rápido voy a tener”. (C)

“Con mantitas me he ponido, porque me hace enfermar más rápido”. (I)

Muchas de las mujeres coinciden en la importancia de abrigarse bastante durante el trabajo de parto para evitar resfríos y el sobreparto.

“Mi mamá me flotaba, me agarraba, me abrigaba, si no me abrigo me resfriaría”. (A)

“Mi mamá, mi suegra, mis hermanas me han abrigado bien, porque puede entrar frío dice, después puede haber problemas, puede haber sobrepeso, más dolor es me han dicho, si no te abrigas es más dolor”. (H)

“Si me he abrigado bien, cuando no nos abrigamos duele también todo el cuerpo”. (G)

USO DE MATES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

El uso de mates se da para tranquilizar y facilitar las contracciones durante el parto. Además tienen la finalidad que la mujer se mantenga caliente.

Esta es una de las prácticas que se transmiten de generación en generación. Pues 9 de las 11 mujeres refirieron que los mates tienen mucha importancia en el trabajo de parto. Sin embargo, ellas desconocen las propiedades exactas de dichas hierbas, pero atribuyen sus efectos al aumento de contracciones uterinas que facilita la expulsión del bebé.

Entre los mates mencionados se encuentran el de romero, de orégano, de coca y de chakataya. Según la literatura, el de orégano calienta el cuerpo y tiene la cualidad de acelerar el parto; el de romero fortifica el sistema nervioso y el corazón además combate los dolores de cabeza y vértigo⁵⁶; la coca alivia el problema de los nervios y junto con otros granos “hace resbaloso al bebé”,⁵⁷ y la chakataya tiene un efecto desinflamante y el jugo de sus hojas limpia y cicatriza las heridas.⁵⁸

⁵⁶ Ineke Dibbits y Magali Terrazas. Uno de Dos: El Involucramiento de los Hombres en la Atención de la Salud Perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa El Alto. Taller de Historia y Participación de la Mujer (TAHIPAMU). La Paz: Garza Azul, 2003. Pág: 177-178.

⁵⁷ Tristan Platt. El feto Agresivo. Parto, Formación de la Persona y Mito-Historia en los Andes. En: Salud e Interculturalidad en América Latina. 1 edición. Quito: Abya-Yala. Pág: 170.

⁵⁸ Louis Girault. Kallawayaya. Curanderos Itinerantes de los Andes. París: Orstom. 1987. Pág: 445.

“Si he tomado mate de orégano, de chakataya, hierbita es, más rápido es el parto”. (A)

“He tomado mate de coca, porque hace frío dicen algunos y mate de orégano para que salga más rápido la wawa”. (C)

“He tomado matecito de oreganito, porque sabe calentarme mi cuerpo, hartas señoras toman”. (D)

“Matecitos nomás he tomado, romero, chakataya, es para no hacer frío, para calentar es”. (I)

“Matecito de orégano hace parto más fuerte me ha dicho mi mamá, a veces también no hace nada”. (K)

Las mujeres entrevistadas también mencionan otras sustancias que pueden favorecer la expulsión del bebé y la placenta como el huevo y la naranja, atribuyendo sus propiedades a la forma de la naranja o la viscosidad del huevo.

“Mi mamá me ha aconsejado, vas a tomar huevo, hierbas, pero en la posta me han dicho no vas a tomar nada, huevo para que salga más rápido sin dolor”. (J)

“He tomado mate de orégano, mi esposo me quería dar naranja, redondo es ¿no ve?, rápido resbala dice, mi mamá me ha dicho. Para salir placenta nomás he tomado, naranjita me han hecho tomar, la placenta dicen algunos ha tardado, la mía rapidito ha salido, he tenido mi hija y 5 minutos ha salido nomás”. (H)

PERSONA QUE ATIENDE EL PARTO

Entre las entrevistadas se evidencia que ellas prefirieron ser atendidas⁵⁹ en el momento mismo del parto por algún familiar, 4 de los partos fueron atendidos

⁵⁹ Por “atender” se entiende aquí el hecho de ayudar a la parturienta en el momento de la expulsión del bebé y de la placenta; el acto mismo de recibir al niño.

por el esposo, 4 fueron atendidos por la madre, en este caso, en las primerizas, 2 por otros familiares (cuñada y tía respectivamente) y 1 por la partera. Ver cuadro N° 5

“Mi cuñada me ha atendido mi último parto”. (C)

“Una señora del frente nomás me ha acompañado, ella es partera, ella me ha flotado, no me ha hecho tomar nada”. (F)

“Con mi esposo solo estaba, no podía hacer nada, si no sabía, su primera experiencia también, a mis tías les ha avisado, yo no sabía, dolor de estómago nomás pensaba, ahí nomás me ha pescado y he tenido nomás”. (H)

Si bien es cierto que algunas de ellas solicitaron la asistencia de una partera para el frotamiento y acomodo del bebé, para el parto prefirieron ser atendidas por una persona más cercana del ámbito familiar.

“En primer lugar me ha atendido la partera, antes, recién estaba comenzando el parto y ahí me han flotado, pero me ha hecho dar a luz mi mamá nomás, luego de 3 horas, mi mamá nomás me ha atendido”. (A)

“La partera primero me ha flotado, luego me ha acomodado y yo sola he tenido mi wawa, la partera se ha ido y con mi mamá y mi esposo nomás he tenido”. (K)

POSICIÓN PARA DAR A LUZ

En la actualidad se cuenta con múltiples estudios sobre los diferentes impactos que poseen tanto la posición convencional horizontal, como las diferentes variedades verticales, en la atención del parto en todo el mundo.

La posición vertical ha sido reconocida por brindar muchas ventajas tanto para la madre como para el bebé, tales como: favorecer la oxigenación, facilitar el

encaje y descenso del feto, efectos musculares, disminución de la duración del trabajo de parto, efectos psicológicos de participación y control del dolor, entre otros.⁶⁰

Las posiciones verticales pueden ser: sentada, en cuclillas, parada o de rodillas.

La posición que prefieren las mujeres es la de cuclillas o semisentadas, generalmente agarradas del catre, 5 de las 11 mujeres prefieren esta posición; seguidamente la posición arrodillada o de gateo es elegida por 4 de las 11 mujeres y 2 prefirieron la posición de “echada”. Ver cuadro N° 6

CUADRO N° 6: POSICIÓN DEL PARTO Y PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO

MUJE CODI F.	EDAD	POSIC. PARTO	PERS. ATEND
A	24	Cuclillas	Madre
B	34	Cuclillas	Esposo
C	29	Echada	Cuñada
D	23	Cuclillas	Tía
E	26	Arrodill.	Esposo
F	33	Arrodill.	Partera
G	24	Echada	Esposo
H	22	Cuclillas	Madre
I	41	Arrodill.	Esposo
J	30	Cuclillas	Madre
K	18	Arrodill.	Madre

⁶⁰ Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de México. La Posición Tradicional de Atención del Parto (Parto Vertical), en los Servicios de Salud. México. 2007.

SUJECIÓN DE LA CABEZA

En estudios realizados en el Alto (Dibbits y Terrazas, 2003), se menciona la importancia de agarrar la cabeza de la mujer parturienta en el momento expulsivo, para proporcionar apoyo y fuerza.

La sujeción de la cabeza es una práctica frecuente que evita que la mujer pierda el conocimiento y al mismo tiempo le da fuerzas para continuar con el parto, aunque algunas mujeres no reconocen la finalidad de tal práctica.

“No podía aguantar la cabeza, me dolía, mi esposo me ha agarrado la cabeza, no podía tener mi wawa”. (B)

“Mi cuñada me agarraba mi cabeza porque grave me dolía, no hay caso de aguantar”. (C)

“He estado acompañada por mi marido y mis tías, ellas me flotaban y nada más me hacían, me han agarrado la cabeza porque sabía dolerme”. (D)

“Mi esposo me ha agarrado la cabeza ese momento, feo es pues, fuerte dolor es”. (H)

“Mi esposo me ha agarrado de aquicito (señala su cabeza), quiero vomitar, no puedo aguantar pues, fuerte es mi parto, grave es, fuerte dolor es”. (I)

“Mi cabeza me ha dolido y le he dicho a mi esposo que me agarre, con eso mejor he estado”. (K)

9.2.3. CUIDADO POST PARTO

CORTE DEL CORDÓN UMBILICAL

El corte del cordón umbilical también es un momento notable. El cordón umbilical es cortado preferentemente por la persona más familiar y cercana.

“Mi papá le ha cortado el cordón a mi wawa, alegre nomás”. (A)

“Mi esposo ha cortado el cordón, ha amarrado con caito, con hilito, con eso ha amarrado”. (F)

Arnold y Yapita refieren que según la costumbre aymara el cordón no debe ser cortado antes que nazca la placenta, pues ocasionaría retención placentaria y muerte materna. Además, para su corte, no se emplean objetos de metal para el corte del cordón umbilical, porque hay la creencia que el metal “lastima la tierra”.

“Primero sale wawa, después estamos esperando, cuando sale placenta con caitito de hilo amarran, con “khispicito”, “botella roto”, con eso mi esposo corta y luego se amarra”. (I)

MANEJO DE LA PLACENTA

La placenta es considerada parte viva del organismo de la mujer que no debe ser desechada; no debe ser tirada a la basura, como se suele hacer en los establecimientos de salud. Pero según la norma actual, el personal de salud está obligado a entregar la placenta si es solicitada.

“La placenta tengo que guardar en la tierra, es costumbre, no hay caso de botar, si la botamos, el perro también le puede comer, no está bien”. (G)

Según la cosmovisión andina se conceptúa que la placenta es el mellizo del bebé. De modo que la expresión del “nacimiento” de la placenta no solamente tiene relevancia en relación a la salud de la madre, sino también por el trato que se debe dar a la “otra wawa”.

Primero, algún familiar tiene que limpiar las venas de la placenta, extrayendo la sangre ya coagulada. Por tanto, el marido, la mamá de la puérpera, la suegra o su hermana, buscan un vidrio roto de una botella o si no, un hueso

de llama “porque es grueso” y con eso se buscan los vasos sanguíneos en la placenta, raspándolos en fila, “despeinándolos” “para que no estén saltones”. Al hacer esto, se comenta que es “para que la wawa o la madre no tengan venas sobresalidas en sus pies”.⁶¹

El tratamiento de la placenta es muy variado. Según las entrevistadas se consideró lo siguiente:

“Ha llevado mi suegra la placenta y lo ha lavado, toda la sangre y las venas que tiene la placenta las ha cortado toditas, para que cuando yo tenga edad no me salgan venas en las piernas y la ha enterrado”. (B)

Se explica en la literatura que la mujer lava la placenta con minuciosidad para que se vuelva blanca y así el niño o la niña sean blanquitos también. Si bien las mujeres están orgullosas de su cultura, saben que el color de la piel puede provocar quizás una forma de discriminación.

“La placenta se sabe lavar biencito y enterra;, mi papá lo ha enterrado en un rincón sombra para que la wawa salga bien y blanquito. Dice que hay morenos ¿no?, porque la placenta guardan”. (A)

“La placenta se ha botado, al agua nomás, así me han aconsejado, no hay que meter a la tierra, la partera me ha aconsejado, es más blanquito, ustedes meten a la tierra por eso es morenito”. (F)

“Mi mamá ha llevado la placenta, ha enterrado, no se debe ser costumbre, algunos se botan así, pero mi mamá no ha querido, por eso su cara es quemadito dice”. (H)

⁶¹ Denise Arnold y Juan de Dios Yapita Las Wawas del Inka: Hacia la Salud Materna Intercultural en Algunas Comunidades Andinas. ILCA, La Paz. 2002. Pág 74.

Según Bradby, en la creencia aymara se considera que hay una fuente de riqueza en el estómago. Se dice que la placenta tiene esquinas de “oro” y “plata” y que ésta suele ser enterrada con objetos de miniatura para propiciar un buen futuro del hijo. A veces, se coloca alimentos o dinero para que en el futuro no sufra de hambre.

“La placenta, mi mamá me ha dicho no hay que botarse ha dicho, algún día no puede ser así, tiene que ser rico, mi mamá la ha lavado en el río y la ha enterrado en la tierra, así la ha metido, como empedradito, esa placenta la ha metido con habita, con papa, con chuño, con arroz, con quinua, así, con platas antiguas, con este más, con cuaderno, con lápiz, tiene que ser estudiante algún día dice”. (J)

También es de considerar que muchas de las mujeres continúan con las creencias de sus ancestros, aunque desconocen el motivo por el cual realizan determinadas acciones.

“La placenta de mis hijos anteriores las he llevado al río de Ventilla, pero en mi último hijo no he tenido tiempo y lo he enterrado, me han dicho al agua hay que poner, no sé porqué, así dicen”. (C)

ALIMENTACION DESPUES DEL PARTO

Se acostumbra dar una comida especial apenas haya nacido el bebé. Generalmente es una sopa de cordero con chuño y papa que ayuda a la mujer a recuperarse, proporciona el calor que el cuerpo necesita y a la vez es una forma de reconocer el valor de la maternidad.

“Chairo he tomado después de mi parto, después de media hora”. (A)

“Después del parto, ese ratito chairito de chuño me han dado, no sé porqué así nomás me ha dado mi suegra, comida nomás es”. (B)

“Después del parto chairo he comido”. (C)

“Después me han dado chairito, de la ovejita, carnero, hace calentar dice”. (I)

Según Arnold y Yapita se habla en la cosmovisión aymara de los “poros abiertos” del cuerpo y para facilitar la curación de estas heridas la sopa tiene que ser blanca sin sal, ají ni cebolla. Sin embargo las mujeres entrevistadas no han mencionado el hecho de que la sopa debe ser preparada sin sal.

“Después de mi parto sopa de oveja he comido, no sé porqué, eso siempre me saben dar, tienen que cerrarse los cuerpos, ese rato está roto, los cuerpos se cierran dice”. (J)

9.2.4. IDIOMA

La comunicación es un medio importante para la interacción entre dos o más 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.

Una de las barreras propias de las poblaciones rurales es el idioma. Las mujeres de la población del área que corresponde a las comunidades más alejadas, en su mayoría, hablan el aymará, entendiendo poco el español. Este obstáculo condiciona la atención institucional del parto al limitar la comunicación médico-paciente.

De las 11 mujeres entrevistadas, todas hablaban español, sin embargo, 3 de ellas se sintieron más cómodas y colaboradoras cuando la entrevista fue realizada en aymará.

Además, el lenguaje que emplea el profesional de salud, muchas veces resulta poco comprensible para las usuarias, dado que el profesional de salud

emplea términos médicos que son poco comunes en el lenguaje habitual. Esta situación empeora cuando se brinda atención de salud a usuarias de las áreas fuera del pueblo donde el idioma habitual es el aymará. Estas diferencias constituyen barreras culturales que serán difíciles de superar.

“Al Hospital de La Paz he ido una vez, en La Paz no saben hablar aymará, no me ha gustado”. (J)

9.2.5. CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL PARTO

La mayoría de las mujeres tiene conciencia de los riesgos obstétricos como ser, parto pretérmino, presentación viciosa, trabajo de parto prolongado, sufrimiento fetal, retención de placenta, etc. Sin embargo a la pregunta “¿conoce usted que puede existir riesgos en el parto?” 8 respondieron que no; esta negativa nos indica que aún sabiendo que el parto puede presentar complicaciones o “problemas” no lo califican como “riesgo”. Aquellas que son concientes de las complicaciones expresan que en este caso es necesario acudir al Centro de Salud.

“Cuando me enfermo tengo miedo, mi parto es muy fuerte, rápido pierdo fuerza, no sangro tampoco, pero rápido pierdo fuerza”. (A)

“Sí, me gustaría ir al Centro de Salud para próximo parto, porque he visto que con los partos han muerto las señoras”. (B)

“Más que todo mi esposo me ha dicho: “mi mamá ha muerto con parto, por ahí puedes morir me han dicho, la placenta no sale dice, mueren con eso”. (J)

“Rapidito ha nacido la placenta, a veces tarda ¿no ve?, rapidito ha nacido”. (F)

Las mujeres no están dispuestas a tener su parto en el Centro de Salud, sin embargo, son conscientes de que si sucede alguna complicación pueden acudir a él para solucionar los problemas que se presenten.

“Clarito me voy a poner mal (en el momento del parto) y después al Centro voy a ir”. (B)

“En otra wawita he ido a la posta, me han sacado nomás, no podía pues, en mi casa estaba teniendo, no podía pues, después he ido a Achacachi, no pensaba ir, pero no salía”. (I)

Por otro lado, las mujeres quieren una opinión de los profesionales de la salud acerca de cómo va su embarazo, si existe algún riesgo o para consultar algún estado en particular pero esto no es un indicio de que piensen hacerse atender su próximo parto en el Centro de Salud.

“He ido a la posta para que me vean, porque cuando imilla (su hija) tenía 12 años he tenido mi otra wawa y se me han hinchado la cara y las manos (B)

“Sé querer ir al Centro para que me controlen nada más, pero mi parto he querido en mi casa nomás”. (D)

9.2.6. RECHAZO A CESÁREA

Otro de los factores determinantes que impiden la asistencia de las mujeres al Centro de Salud es el miedo a la cesárea.

Se presentaron varios casos de mujeres que optaron por buscar a una partera ante la decisión médica de practicarles cesárea. La práctica de la cesárea implica para las mujeres algo negativo y es evitado aún con el riesgo que esto representa. En las comunidades aymaras se conoce a las madres que han tenido cesáreas como “mujeres cortadas”. Es así que prefirieron la atención de la partera, manifestando haber tenido a sus bebés sin problemas. En muchas

ocasiones el personal de salud opta por decir a la mujer que un posible parto complicado será resuelto por cesárea, sin tomar en cuenta el miedo que infunden en la gestante que ante tal posibilidad consulta la opinión de una partera, que procede al manto, el masaje, el frotamiento, con la finalidad de acomodar al bebé y facilitar el parto, sin necesidad que exista una cirugía de por medio.

Algunas de las mujeres sienten que la decisión médica de una cesárea es exagerada, aún más cuando conocen experiencias de mujeres que tuvieron unos partos exitosos, a pesar de la indicación médica de una cesárea. Esto manifiesta la desconfianza de las parturientas en los médicos, sobreponiendo a ellos la efectividad de las parteras.

“No quisiera ir a la posta, porque tendría miedo a la cesárea”. (A)

“He ido al Hospital para que me vean, ecografía me han tomado y me han dicho que estaba a otro lado y me han dicho que iba a ser cesárea, he tenido miedo, pero he tenido en mi casa bien nomás”. (B)

9.3. CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

9.3.1. PERCEPCION DEL MAL TRATO DEL PERSONAL

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

constante de la partera durante la atención del parto, la gestante se enfrenta a un modelo institucionalizado del parto con escasa valoración humana.

“He tenido en mi casa, porque yo nomás he dicho, algunas dicen en posta no atienden bien, tratan mal, aplastan dicen”. (C)

“No me ha gustado como me han atendido en el hospital (Achacachi)y me han reñido”. (E)

“En mi casa nomás he tenido, creo que me van a atender mal (en el Centro), hace frío”. (G)

Por otro lado, la motivación para asistir está centrada principalmente en la personalidad cálida y amable del médico que en algún momento influyó positivamente en las pacientes. Una entrevistada refirió haber sido atendida anteriormente con cordialidad, permitiéndole la presencia de sus familiares, sin embargo, ella mantiene la posición de querer tener su próximo parto en su domicilio.

“Las doctoras, en aquí han dejado que estén mis familiares, la doctora me ha dicho, aunque sea pelizcame, no importa, pero no le he pelizado, bien me ha ayudado”. (J)

9.3.2. MIEDO A LOS PROCEDIMIENTOS DE RUTINA

El modelo biomédico de atención enfatiza en la palpación de la mujer gestante así como en la limpieza que debe rodear el momento del parto. Sin embargo, muchas veces no se toma en consideración los cuidados necesarios para que dichas acciones no resulten agresivas a las gestantes.

“No me ha gustado como me han atendido en el hospital (Achacachi) porque se hace frío, se lava con agua, rápido se enfría, no tapan con cama así nomás en camilla me han puesto”. (E)

“Dicen algunos que ese rato te bañan con agua fría, mi hermana dice así, ella ha tenido parto en el Hospital, a la pila me han subido dice”. (A)

“No quiero ir al Centro porque tengo miedo ese ratito, porque algunos aplastan dice, lastiman dicen, por eso, así me han dicho algunas”. (C)

“En abajo (Hospital de La Paz, donde fue transferida en el penúltimo parto) no quieren que me abrigue, me he abrigado harto para venirme ya, en el Hospital más peor temperatura vas a tener me han dicho, no saben querer, tampoco han querido que estén mi familia”. (J)

9.3.3. MALA INFORMACION

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

La función del Personal de Salud es brindar a todas las mujeres la información necesaria del cuidado de su salud, especialmente en lo referente a su salud sexual y reproductiva.

*“Si sabía que podía haber complicaciones del parto pero no sé que haría”.
(D)*

La mala información genera que las mujeres experimenten una falta de confianza en la capacidad técnica del Personal de Salud.

Esta desconfianza genera que el personal de salud no puede retener en el Centro de Salud a la gestante, cuando siente los dolores del parto; decidiendo no regresar.

“Mi cuñada me ha atendido mi último parto, he ido a la posta y me han dicho falta, ahí doctoritas estaban, vas a volver me han dicho, pero yo no he regresado, grave me dolía”. (C)

“Cuando me he ido a controlar, en la posta me han dicho estás faltando todavía, el doctor X, pero no había faltado pues”. (H)

9.3.4. FALTA DE CONTINUIDAD DEL PERSONAL

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

“He ido a Achacachi porque aquí (Warisata) no pueden atender pues, los doctores cambian también cada rato”. (I)

9.4. ACCESO AL CENTRO DE SALUD

9.4.1. ACCESO GEOGRÁFICO AL CENTRO DE SALUD

La falta de transporte en sitios alejados es otro factor determinante. Los problemas de acceso geográfico a los que se ven sometidas las mujeres de sectores alejados del pueblo se traducen inevitablemente en un parto domiciliario.

“Cuando me he enfermado de mi wawa he pensado ir al Centro de Salud, pero lejos estaba, he esperado y en mi cuarto nomás me ha pescado dolores

fuertes, no es como dolor de muelas y verdad; es mi primer hijo también y no tenía experiencia”. (K)

Por otro lado, se puede verificar que un fácil acceso puede condicionar a las mujeres a apersonarse al Centro de Salud para la atención del parto; esto sumado a otros factores como el temor a complicaciones, como se verifica en la siguiente entrevistada.

“Antes (en un parto anterior) he decidido en la posta, porque era cerca y tenía miedo que me pase algo”. (J)

9.4.2. FALTA DE AUXILIO

Otro factor condicionante lo constituyó la falta de apoyo y soledad que manifestaron algunas mujeres. La ausencia de familiares o personas cercanas que puedan auxiliar a la parturienta, ligado a deficientes condiciones de los caminos, provocan en algunos casos que se encuentre sola y de a luz en completa soledad.

“No podía ir a la posta porque estaba sola y él (señalando a hijito pequeño) estaba chiquito”. (B)

“En el momento del parto estaba conmigo mi marido pero solita nomás he tenido”. (E)

“Me ha dicho Doña X (antigua auxiliar del Centro de Salud), vas a llamar, te voy a llevar, no he ido yo, he llamado, no ha venido y me ha vencido”. (F)

9.4.3. HORARIO INADECUADO

Al difícil acceso al centro se suma el inicio de los dolores de parto en horarios nocturnos. La falta de iluminación y terrenos accidentados hace muy difícil el

traslado de la madre al Centro, en horarios nocturnos, sobre todo en los lugares más alejados.

“Yo quería tener en el hospital, pero no me ha dolido mucho y rápido ha sido, no ha habido tiempo, rápido ha sido”. (E)

9.5. FACTOR ECONÓMICO

9.5.1. PERCEPCION DEL COSTO DEL SERVICIO

Las mujeres entrevistadas reconocen que el parto en las Instituciones de Salud es gratuito, sin embargo esto no les motiva a que acudan regularmente a dichos establecimientos.

“Así me han dicho, el parto es gratis, con parto estás ¿no ve?, al Centro de Salud tienes que ir, te van a dar plata, te van a pagar, así me han dicho, pero no he ido yo, mi esposo no estaba en mi casa”. (F)

9.5.2. CONOCIMIENTO DE LAS MUJERES EN RELACION AL SUMI Y AL BONO JUANA AZURDUY

El SUMI es el Seguro Universal Materno Infantil, es una política del gobierno que se implementó a través de la ley 2426 el 21 de noviembre del 2002 y se aplica desde el 1 de enero del 2003. Este Seguro es de carácter universal, integral y gratuito, otorga prestaciones a mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños desde su nacimiento, hasta los 5 años de edad. El SUMI cubre gratuitamente el parto⁶².

Pese a la existencia de esta política en nuestro país muchas mujeres no conocen o no están bien informadas de este beneficio. Al preguntarles a las

⁶² MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Seguro Univeral Materno Infantil SUMI. Bolivia. La Paz. 2005.

mujeres: ¿Conoce Usted lo que es el SUMI? 3 mujeres de 11 respondieron que lo conocían; sin embargo 10 de las 11 mujeres aceptaron conocer la gratuidad del parto, sin reconocer que el SUMI es el que decreta la gratuidad del parto. Se evidencia el conocimiento superficial de las mujeres respecto a dicho seguro y las prestaciones de las que pueden beneficiarse.

El Bono Juan Azurduy es el Bono Madre-Niño, se establece según el Decreto Supremo N° 006 de la República de Bolivia en Abril del 2009, para el uso de los servicios de salud por parte de la madre durante el período de embarazo y el parto, así como el cumplimiento de los protocolos de control integral, crecimiento y desarrollo de la niña o el niño desde su nacimiento hasta que cumpla dos años de edad. Según este bono se otorga a la madre 200 bolivianos por los 4 controles prenatales y 120 por el parto institucional; además de 125 bolivianos por cada uno de los 12 controles del niño, sumando un total de 1820 bolivianos.⁶³

A pesar de la implementación de este bono 4 de las 11 mujeres refieren conocer los beneficios de dicho bono pero, por otro lado, las 11 mujeres reconocen que los beneficiados son sus hijos, refiriéndose a los controles posteriores al parto, sin considerar el parto ni los controles pre-natales.

“El bono ayuda a los niños, con lo que cobramos algoito nos ayudemos pues”. (A)

“Plata para la wawa te da (Bono), ¿no ve?”. (B)

“Sí conozco (Bono Juana Azurduy), es lo que se pagan a los niños”. (H)

“Uno nomás (un control post-natal) he cobrado de mi wawa”. (I)

Por otro lado, las entrevistadas indicaron que aún conociendo los beneficios ofrecidos por el SUMI y por el Bono Juana Azurduy, 5 de las 11 mujeres no se

⁶³ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. DS N° 006. Bono Juana Azurduy. Bolivia. La Paz. 2009

animarían a tener su próximo parto en un establecimiento de salud, probablemente las 6 respuestas afirmativas estuvieron condicionadas por que la entrevista fue realizada por el mismo personal de salud, con respuestas afirmativas pero no categóricas:

“Sí me podría animar a ir al Centro de Salud”. (A)

“Podría estar yendo”. (D)

“Si es que hay esas cosas (gratuidad y beneficios del bono) puedo estarme animando a ir al Centro de Salud”. (K)

CUADRO Nº 7: DISPOSICION DE LAS MUJERES PARA ATENDERSE EL PROXIMO PARTO EN EL CENTRO DE SALUD

CODIFICACION DE MUJERES	Nº DE HIJOS	ESTARIAN DISPUESTAS A TENER SU PROXIMO PARTO EN UN CENTRO DE SALUD
A	2	SI
B	5	NO
C	4	SI
D	5	SI
E	4	NO
F	4	NO
G	3	NO
H	1	SI
I	10	SI
J	5	NO
K	1	SI

X. DISCUSIÓN

Históricamente se han manifestado contradicciones entre el modelo médico occidental y las necesidades y expectativas de las mujeres en torno a la atención en salud y particularmente en la atención del parto. Esta contradicción empieza a manifestarse más que todo con la institucionalización del parto cuando, de ser un evento natural controlado por las mujeres en su ámbito doméstico, pasó a ser un evento clínico institucionalizado y de control exclusivo de los médicos.

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

Los diferentes factores que se asocian con la decisión de optar por la atención del parto en el domicilio son de diversa índole. Los principales factores asociados con la preferencia del parto domiciliario encontrados en esta investigación, fueron: elección del lugar del parto, importancia del acompañamiento, privacidad y pudor, necesidad de abrigo, persona que atiende el parto, importancia del uso de mates y sujeción de la cabeza, corte del cordón umbilical, manejo de la placenta, alimentación después del parto, conocimiento de los riesgos del parto, rechazo a la cesárea, importancia del idioma, percepción de mal trato del personal, miedo a los procedimientos de rutina, mala información, falta de continuidad del personal, acceso geográfico al Centro de Salud, falta de auxilio, horario inadecuado, percepción del costo del servicio y finalmente, el conocimiento de las mujeres en relación al SUMI y al Bono Juana Azurduy.

Estos resultados no difieren considerablemente de los mencionados por otros autores nacionales o de países vecinos que comparten la misma cultura, acerca de los factores que limitan el acceso de las mujeres embarazadas y puérperas a los servicios de salud particularmente en las áreas rurales caracterizados por su condición socioeconómica pobre y su cultura.

En el área rural las distancias entre los domicilios y los servicios de salud, así como el maltrato a la usuaria y la falta de adecuación cultural de éstos constituyen otros impedimentos. En ciertos contextos donde la familia y la comunidad proporcionan escaso apoyo a la maternidad dificultan que ésta se movilice en búsqueda de asistencia calificada durante su embarazo, parto y posparto.

El poco entendimiento entre el proveedor de salud y la usuaria durante la atención de salud se explica por las diferencias y dificultades que se suscitan en el momento de establecer las relaciones interpersonales, dado que el personal de salud asume un papel particular puramente funcional con la población, con características asimétricas, a diferencia de la atención dada por familiares e incluso por parteras a los que se considera como “iguales” y que comparten los mismos códigos. Este factor, sumado a la desatención y no valoración de la opinión de la usuaria provoca una manifestación de inconformidad respecto a la atención del parto. La incomprensión de las prácticas médicas a las que son sometidas las mujeres durante el parto, es sentida por las mujeres como una grave falta de calidez en el servicio y en algunos casos como mal trato.

Al respecto, un estudio sobre la “Maternidad en Mujeres Indígenas Quechuas” trabajo ejecutado por la organización no gubernamental Causananchispaj, identifica como un aspecto importante para la mortalidad materno infantil en los municipios de Caiza D y Cotagaita del departamento de Potosí, el desconocimiento y la no valoración por parte del servicio de salud de las

prácticas tradicionales de atención de la maternidad que realizan las parteras de la comunidad en la población campesina e indígena, lo que origina la incomunicación como fenómeno socio-médico, y la incomunicación entre los actores (equipo de salud y gestantes), aspecto principal que explica las bajas coberturas en maternidad.

La importancia de la continuidad del personal de salud se puede explicar por la sensación de abandono que muchas mujeres refieren durante la atención del parto en alguna institución de salud, dado que se enfrentan a un ambiente desconocido, frente a personas extrañas a su entorno familiar y además están aisladas de su familia.

Las actitudes de apoyo, protección y atención en el momento del parto son sumamente valoradas por las mujeres, actitudes que se encuentran en un ambiente familiar como lo es la casa y distante del trato biomédico.

El parto en domicilio provee aspectos considerados positivos por las mujeres, como la presencia y apoyo emocional del esposo. Al respecto una organización no gubernamental (DIBBITS Y TERRAZAS, 2003) llevó adelante un estudio para conocer las formas de implicación de los hombres en el período del embarazo, parto y post parto y el apoyo concreto que brindan a su compañera (prácticas y conocimientos). El estudio muestra que la visión de las familias entrevistadas es que: “todos los partos pueden ser normales”. Cuando el parto es domiciliario, el esposo participa durante los preparativos y durante el parto de acuerdo a pautas culturales, generando un ambiente de intercambio de afecto entre la pareja, valores humanizadores del parto.

Las políticas de salud implantadas por el Gobierno, tales como el SUMI y el bono Juana Azurduy no han sido aprovechadas por la mayoría de madres debido a la poca importancia que le dan a la información que poseen y al poco respeto a las costumbres ancestrales por el personal de salud que ve a las

mujeres como simples pacientes y no con una mirada humanizadora que conlleve a la integración de su cultura y sus raíces en el fomento de su salud.

XI. CONCLUSIONES

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

- La atención del parto por personal desconocido que las revisa médicamente sin brindar información adecuada. Esto provoca que las mujeres sientan miedo o “vergüenza” a quitarse la ropa frente a otros, especialmente si son varones.
- La atención cálida que se produce en el hogar donde se cubre las necesidades de las madres, como el abrigo, el consumo de mates, la sujeción de la cabeza y la presencia de familiares crean en la mujer un sentido de bienestar y seguridad.
- El parto requiere un ambiente seguro, familiar, comodidad y atención de los suyos.
- El tratamiento de la placenta es uno de los puntos fundamentales de las costumbres de la mujer aymara, que se desconocen en los establecimientos de salud.
- El conocimiento de los riesgos del parto. La consideración del parto como algo natural conlleva a una subestimación de los riesgos. La mujer conoce que pueden ocurrir complicaciones, sin embargo, no tiene intenciones de recurrir al servicio médico mientras no suceda tal evento.
- El rechazo a los procedimientos de rutina que muchas veces son realizados sin tomar en cuenta la idiosincrasia de la mujer y, por el contrario, son tomados como acciones que atentan contra su bienestar.

- Temor a la posibilidad de parto por cesárea. Muchas mujeres toman como una condición negativa el ser trasladadas al hospital más cercano para ser sometidas a cesárea en caso de complicaciones. El recurso de la cesárea muchas veces es utilizado por el personal de salud cuando se quiere llamar la atención a las mujeres para que acudan al establecimiento de salud. Sin embargo esto provoca una acción contraria y el personal de salud pierde credibilidad.
- El idioma como una barrera cultural. En su generalidad el personal de salud conoce poco o nada del idioma originario, por otro lado, las mujeres que habitan en las laderas del pueblo tienen dificultades en la comprensión del español.
- Las dificultades de accesibilidad de algunas mujeres debido a las distancias largas hasta el establecimiento de salud y la falta de transporte continuo desde las comunidades hace difícil el acceso.
- La falta de continuidad del personal. Existe una alta tasa de rotación de personal que tiene a su cargo la atención de parto. Esto provoca desconfianza y temor a lo desconocido.
- A pesar de la implementación del SUMI, el bono Juana Azurduy y el conocimiento de la gratuidad del parto, esto no influyen en la decisión de las mujeres por el parto institucional. Se evidencia que el factor económico está subordinado ante la necesidad de bienestar de la mujer.

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

XII. RECOMENDACIONES

El manejo del concepto de maternidad segura que se promueve desde el sistema formal de salud, basado en la atención institucional del parto, no va a encontrar resonancia mientras que la población carezca de la confianza necesaria. Pues las sensaciones de confianza y seguridad suelen ser inseparables, por ejemplo, el enfoque intercultural con énfasis en el respeto por la cultura y el trato humano.

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

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

- Iniciar con la adecuación cultural de los servicios de salud para salvar las barreras culturales: explicación de los procedimientos a la parturienta; evitar la desnudez; permitir el acompañamiento por el esposo o familiar más cercano, la toma de mates, elección de la posición a voluntad durante el trabajo de parto y el expulsivo; devolver la placenta; evitar que la madre pase frío. Es necesario diseñar

estrategias que acorten la brecha intercultural entre el personal de salud y la usuaria.

- Incorporar a los promotores de salud y demás recursos de la comunidad como los principales nexos entre el servicio de salud y la comunidad, para lograr la captación oportuna de las parturientas; el personal de salud debe trabajar de forma articulada con las diferentes organizaciones de la comunidad (gobierno municipal, organizaciones de base, organizaciones no gubernamentales, instituciones locales, agentes comunitarios de salud, pareja y familia de la gestante) para formar una red activa que promueva la atención prenatal y la atención institucional del parto.
- Implicar a las parteras como aliadas del personal de salud, para conocer las preferencias de las mujeres y las costumbres que son importantes para ellas, respetando su trabajo, aprendiendo de sus prácticas y adecuándolas al sistema bio-médico.
- Implementar un mecanismo de traslado de pacientes mediante la participación social y comunitaria.
- Iniciar un proceso de información y capacitación a las mujeres para generar conciencia sobre la importancia de acudir al servicio durante la maternidad y el parto para una atención segura y riesgo prevenido y controlado.
- Revisar la información difundida por los medios de comunicación sobre los seguros materno-infantiles, tanto el SUMI como el bono Juana Azurduy, para que se enfoque no solo el aspecto económico, sino más bien, el aspecto de salud y la importancia y facilidad que se le otorga tanto a la madre como al niño para su bienestar.
- Si estas recomendaciones emanadas de este trabajo de investigación son implementadas, estamos seguros que se incidiría favorablemente en la reducción de la tasa de mortalidad materna e infantil en la región.

XIII. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

13.1. ANTECEDENTES

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

Según la investigación, las mujeres tienen una gran preferencia por el parto en domicilio con la asistencia de los familiares y la partera, argumentando que es lo más natural y normal. Además consideran que en el hospital sufren maltrato, el personal subestima sus prácticas culturales, no entienden su idioma y dan razones para dudar de su capacidad resolutive. Califican como positivo el buen trato, participación del esposo o familiares, comunicación fluida y sincera, mates y fricciones para ayudar en el parto, aspectos que solo lo pueden encontrar en el hogar, según ellas. A todo esto se suma las largas distancias y la falta de transporte continuo que impide el traslado de la parturienta al servicio. En todo esto sobresale el hecho de la subestimación a los riesgos que se pueden presentar en el parto. Las mujeres consideran que mientras no haya certeza de alguna complicación no es necesario acudir al Centro de Salud. Por otro lado está el pánico y rechazo de las mujeres a la cesárea y otros procedimientos médicos de rutina que involucra dolor, falta de respeto por la intimidad femenina y falta de condiciones de seguridad y bienestar.

13.2. OBJETIVOS DEL PROYECTO

13.2.1. OBJETIVO GENERAL DE INTERVENCIÓN

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

13.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN

I. Realizar la capacitación de los recursos humanos del Centro de Salud para la asistencia humanizada y con adecuación cultural.

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

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

II. 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 óptimas de parto institucional en la localidad de Warisata.

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

En base a los resultados de la investigación también se detectó la falta de información de las mujeres respecto a la maternidad, el parto y sus complicaciones, lo que conduce inevitablemente a la subestimación de los riesgos del parto. En esta circunstancia es necesario generar conciencia en las mujeres sobre la importancia de acudir al servicio durante la maternidad y el parto para una atención segura y riesgo prevenido y controlado. Es por esta razón que se plantea un proceso sistemático de información y educación con el fin de acabar con la falta de información y/o la mala información.

IV. Lograr la responsabilidad y el empoderamiento de las autoridades municipales y redes sociales sobre los problemas de parto y sus riesgos de la atención domiciliaria, a través de sesiones de capacitación y asignación de tareas.

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

V. Sensibilizar al personal de salud y a las autoridades del Gobierno Municipal sobre la importancia de la implementación de las salas de parto con adecuación intercultural.

La política estatal en materia de infraestructura obedece a un enfoque occidental de la medicina. Como resultado tenemos centros y puestos de salud idénticos, aunque para comunidades muy distintas. Por esto es necesario tomar en cuenta las características culturales del uso del espacio en

la vida cotidiana de los pobladores. Propiciar ambientes cálidos y privados donde la mujer se sienta familiarizada con un ambiente hogareño.

13.2.3. RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADO ESPERADO I:

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

ACTIVIDADES:

- Realizar un curso de capacitación al personal de salud para mejorar sus conocimientos respecto a la cosmovisión andina y el sistema médico tradicional.
- Realizar un curso de capacitación personal de salud para difundir información relacionada a la atención humanizada de parto con adecuación intercultural (trípticos, videos, presentaciones, etc.).
- Solicitud y gestión de un espacio físico para el funcionamiento de una Oficina Intercultural a la Gerencia de la Red desde donde se pueda monitorear el trabajo intercultural del personal de salud y donde se pueda recibir las inquietudes de la población.

RESULTADO ESPERADO II:

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

ACTIVIDADES:

- Realizar diálogos comunitarios en la escuela, juntas vecinales y organizaciones de mujeres acerca del parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones y la referencia al servicio.

- Difundir por los medios de comunicación social materiales audiovisuales, adecuado culturalmente a la región, sobre el parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones y la referencia al servicio.

RESULTADO ESPERADO III:

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

ACTIVIDADES:

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

RESULTADO ESPERADO IV:

Mejoramiento de salas de parto. Autoridades y redes sociales concientes de la importancia de la implementación y el mejoramiento de las salas de parto.

ACTIVIDADES:

- Crear una sala de parto que tome en cuenta las características culturales del uso del espacio en la vida cotidiana de los pobladores.

— Asesoramiento en el diseño de las salas de parto con adecuación intercultural de representantes de ambas medicinas.

— Crear salas de parto de ambientes cálidos con reducción de corrientes de aire frío y con calefacción de una estufa; aislados de los demás ambientes institucionales, que favorezcan la privacidad y comodidad de la gestante, así como adecuación de camas o colchonetas que sirvan tanto para el parto como para el puerperio.

13.2.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INTERVENCION:

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	RESPONSA- BLE
1. Capacitar recursos humanos del Centro de Salud para la asistencia humanizada con adecuación cultural.	1.1. Realizar un curso de capacitación al personal de salud para mejorar sus conocimientos respecto a la cosmovisión andina y al sistema médico tradicional.	- Fotocopias de documentos - Lap Top - Data Display - Facilitador - Hojas Bond - Bolígrafos - Refrigerio	Dra. Mónica Reyes Responsable de la investigación
	1.2. Realizar un curso de capacitación al personal de salud para difundir información relacionada a la atención humanizada de parto con adecuación intercultural (trípticos, videos, presentaciones, etc.)	- Fotocopias de documentos - Lap Top - Data Display - Facilitador - Hojas Bond - Bolígrafos - Refrigerio	
	1.3. Solicitud y gestión de un espacio físico para el funcionamiento de una Oficina Intercultural a Alcaldía y al la Gerencia de red	- Pasaje terrestre - Alojamiento y alimentación - Teléfono	
2. Realizar actividades de Información,	2.1. Realizar diálogos comunitarios en la	- Impresión de Materiales educativos	Dra. Mónica Reyes Responsable

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	RESPONSABLE
Educación y Comunicación a las mujeres respecto al parto y sus complicaciones.	escuela, juntas vecinales y organizaciones de mujeres acerca del parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones y la referencia al servicio.		de la investigación Personal de Salud del Centro de Salud Warisata y de sus comunidades
	2.2. Difundir por los medios de comunicación local materiales audiovisuales, adecuado culturalmente a la región, sobre el parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones y la referencia al servicio.	- Elaboración de cuñas publicitarias - Espacio en radio - Impresión de trípticos	
3. Involucrar en la responsabilidad a los representantes sociales de la comunidad mediante talleres de capacitación y asignación de tareas.	3.1. Realizar un taller de capacitación de los recursos humanos de la comunidad (autoridades del municipio, maestros, parteras y médicos tradicionales) para difundir conocimientos básicos acerca de toma de decisiones en las emergencias obstétricas y neonatales para la rápida derivación al servicio de salud.	- Fotocopias de materiales - Folletos - Lap Top - Data Display - Facilitador - Hojas Bond - Bolígrafos - Refrigerio	Dra. Mónica Reyes Responsable de la investigación
	3.2. Asignar roles y funciones a los representantes sociales de la población en las actividades de la información.	- Impresión de material	
	3.3. Realizar un taller de socialización sobre el marco normativo legal,	- Fotocopias - Lap Top - Data Display - Bolígrafos	

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	RESPONSABLE
	sobre las responsabilidades y competencias de la Red Social a los representantes y al personal de salud de Warisata para generar una corresponsabilidad y participación activa de la comunidad, en la problemática de la salud materna.	- Refrigerio	
4. Mejoramiento de las salas de parto	4.1. Crear una sala de parto que tome en cuenta las características culturales del uso del espacio en la vida cotidiana de los pobladores.	Equipamiento del mismo Centro de Salud adaptado a esta sala	Dra. Mónica Reyes Responsable de la investigación Personal de Salud del Centro de Salud Warisata y de sus comunidades Autoridades Locales
	4.2. Asesoramiento en el diseño de las salas de parto con adecuación intercultural de representantes de ambas medicinas.	- Impresión de oficios y solicitudes	
	4.3. Crear salas de parto de ambientes cálidos con reducción de corrientes de aire frío y con calefacción de una estufa; aislados de los demás ambientes institucionales que favorezcan la privacidad y comodidad de la gestante, así como adecuación de camas o colchonetas para facilitar tanto el parto como el puerperio.	- estufa - cortinas - colchones o colchonetas	

**CUADRO Nº 8: PRESUPUESTO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO
DE INTERVENCIÓN**

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	<i>COSTO TOTAL</i>
Cuaderno de 30 hojas	200	1.5	<i>300</i>
Bolígrafo	200	0.5	<i>300</i>
Papel sábana tamaño resma	500	0.6	<i>300</i>
Marcadores gruesos de diferentes colores	10	3.5	<i>35</i>
Refrigerio	200	2.5	<i>500</i>
Material audiovisual	-	-	-
<i>TOTAL</i>			<i>Bs. 1435</i>

XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABRIR-SALUD. Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional. Guía para una Comunicación Interpersonal en el Marco de la Salud Intercultural. Bolivia. 2005.

ARAVENA, Marcela; KIMELMAN, Eduardo; MICHELI, Beatriz; TORREALBA, Rodrigo; ZÚÑIGA, Javier. Investigación Educativa I. [en línea] Chile. 2006.
< <http://jrvargas.files.wordpress.com/2009/11/investigacion-educativa.pdf>>.

ARNOLD, Denise; MURPHY-LAWLESS, Jo.; YAPITA, Juan de Dios. Hacia un Modelo Social del Parto: Debates Obstétricos Interculturales en el Altiplano Boliviano. La Paz: ILCA, 2001.

ARNOLD, Denise; YAPITA, Juan de Dios. Las Wawas del Inka: Hacia la Salud Materna Intercultural en Algunas Comunidades Andinas. La Paz: ILCA, 2002.

BALLADELLI, Pier Paolo y COLCHA, J Miguel. Entre lo Mágico y lo Natural: la Medicina Indígena: Testimonios de Pesillo. Tercera Edición. Quito: Abya-Yala, 1996.

BANT, Astrid y MOTTA, Angélica. Género y Salud Reproductiva: Escuchando a las Mujeres de San Martín y Ucayali. Lima: Stampa Gráfica S.A.C, 2001: 64.

BOLETÍN MENSUAL DEL SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD. Producción de Servicios. [en línea] N° 7. La Paz. Marzo 2004 < http://www.sns.gov.bo/snis/documentos/boletines/boletines_prod/ps7.pdf>.

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

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y DE PREVISION SOCIAL DE BOLIVIA. Resolución Ministerial 0496 del 09-10-2001. Sobre 18 Practicas y Tecnologías Apropriadas en Salud Materna y Neonatal. La Paz. 2001.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Programa Nacional De Salud Sexual Y Reproductiva. La Paz. 2004.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL. Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna. Serie: Documentos Normativos. La Paz. 2005.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Seguro Universal Materno Infantil SUMI. La Paz. 2005.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015. La Paz. 2009.

BOLIVIA. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. DS N° 006. Bono Juana Azurduy. Bolivia. La Paz. 2009.

BORDA VILLEGAS, Catalina. Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá D.C. Rev Salud Pública 2001; 3 (2): 154-170.

BRADBY, Barbara; MURPHY-LAWLESS, Jo. "¿Volveré, no Volveré?: Aportes al Diálogo entre Modelos Culturales del Parto. La Paz: Grupo Design, 2005.

CASTELLON QUISBERT, Juan René. Escuela ayllu tuvo 3 impulsos, Warisata, Caiza D y Cazarabe. [artículo de periódico en línea] 2009 10 de Agosto; sección sociedad. http://www.laprensa.com.bo/noticias/10-08-09/noticias.php?nota=10_08_09_socd1.php.

CHALMER, B. MANGIATERRA V, PORTER R. WHO. Principles of Perinatal Care: the Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care Course. Birth. 2001; 28 (3): 202-207.

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

DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL. La Posición Tradicional de Atención del Parto (Parto Vertical), en los Servicios de Salud. [Documento en línea]. México. 2007. <http://www.rebohupan.org/files/Adjunto%20a%203-%207%20Leyes%20Mexico.doc.pdf>>.

ENKIN M, KEIRSE MJNC, NEILSON J, CROWTHER C, DULEY L, HODNETT E, HOFMEYR J. A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. [en línea] Third Edition. USA.. Oxford. University Press, 2000. <
<http://www.childbirthconnection.org/article.asp?ClickedLink=194&ck=10218&area=2> >

FERNANDEZ ROMANÍ; José Luis; MAYORGA ZARATE, Silvia Luz. Factores Condicionantes en la Preferencia por el Parto Domiciliario en Madres de Zona Urbana y Rural de San Jerónimo. [artículo de revista en línea] SITUA 1995; 3 (5). <
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/1995_n5/partod.htm>.

GAVILAN, Vivian; VIGUERAS, Patricia; CARRASCO, Ana María; CABEZAS, Romina; MADARIAGA, Vesna; ESCOBAR, Mónica et al. Pautas de Crianza Aymara. Estudio: Significaciones, Actitudes y Prácticas de Familias Aymaras en Relación a la Crianza y Cuidado Infantil de los Niños y Niñas desde la Gestación hasta los 10 Años [en línea] Iquique; CIHDE y Escuela de Enfermería Universidad Arturo Prat, 2009. <
http://www.innovemosdoc.cl/diversidad_equidad/investigacion_estudios/crianza_aymara.pdf >.

GIRAULT, Louis. Kallawaya. Curanderos Itinerantes de los Andes. Investigación sobre Plantas Medicinales y Mágicas. París: Orstom. 1987.

GONZÁLES, Fernando, MARTÍN. Maria Antonieta, MENDOZA, Rosario, y VERNON, Ricardo. Cross-cultural Adaptation of Reproductive Health Services in Bolivia [en línea] Washington DC; Population Council, 2005. <
http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Bol_Culture.pdf>.

HEATH BILBAO LA VIEJA, Alexandra, EYZAGUIRRE MONJE, Ximena; JOVER LOPEZ, Ely. Parto en Domicilio: Percepción Tradicional de Nuestro Pueblo. Car Med AIS Bol 1992; 6(1): 26-30.

LAURELL ASA, Cristina. La Salud-Enfermedad Como Proceso Social. Rev Latinam Salud 1982; N° 2:7-25.

MANOS, Alice. Como Mujer Yo Decido: El Derecho de Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres Aymaras de Putre Chile. Chile. [en línea]. Chile; 2008. <http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=isp_collection>.

MERCK. Complicaciones del Parto y el Alumbramiento. En: Manual Merck. [libro en línea] Madrid: Merck Sharp & Dohme, 2005. <http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/seccion_22/seccion_22_249.html>.

MICHAUX, Jacqueline y SEBERT, Anne. Salud Sexual y Reproductiva en Cuatro Comunidades Aymaras del Área de Trabajo del Consejo de Salud Rural Andino: Los Puntos de Vista del Personal de Salud y de la Comunidad. La Paz. Consejo de Salud Rural Andino, 1999. Informe de Investigación.

MOTHERCARE Matters. Behavioral Dimensions Of Maternal Health & Survival. A Quarterly Newsletter and Literature Review September 2000; 9(3).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cuidados en el Parto Normal. Guía Práctica. Ginebra: Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo OMS. 1999.

OTIS; Kelsey E; BRETT, John A. Barreras al Parto Hospitalario ¿Porqué Muchas Bolivianas Dan a Luz en Casa? En Rev. Pan. De Salud Pública. 2008; 24 (1): 46-53.

PEREZ LOPEZ, Faustino. Parto Normal. [en línea] España, 2005. En: <<http://www.unizar.es/gine/parto/parto.htm>>.

PLATT, Tristán. El Feto Agresivo. Parto, Formación de la Persona y Mito-Historia en los Andes. En: Salud e Interculturalidad en América Latina. 1 edición. Quito: Abya-Yala: 145-173.

RED BOLIVIANA PARA LA HUMANIZACION DEL PARTO Y NACIMIENTO (REBOHUPAN). Documentos de Actualización. Bolivia. 2009.

ROZÉE, Virginia. Les Patrons Culturels du Comportement Reproductif et Sexuel dans les Andes Boliviennes. [artículo de revista en línea] Rev Electrónica Nuevo Mundo.14-01-2007. <<http://nuevomundo.revues.org/index3168.html>>.

SALAS, W. MATOS, D. Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Huachocolpa, Tayacaja, Huancavelica, Perú. [artículo de revista en línea]. Rev Per Med Exp Salud Publica 2003; 20 (Suppl) <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/363/36310010.pdf>>.

TARQUI M., Carolina y BARREDA G., Alejandro. Factores Asociados con la Elección del Parto Domiciliario en una Zona de Atención Primaria. Callao-Perú. Rev Per Med Exp Salud Pública 2005; 22(2):109-116.

TERRA, Consuelo. El Aporte del Parto Aymara. [en línea]. Chile. 05 de Agosto 2009. <<http://www.paula.cl/blog/salud/2009/08/05/el-aporte-del-parto-aymara/>>.

VARGAS QUIROGA, Yolanda y ALEMAN, Luis Víctor. La Maternidad en Mujeres Indígenas Quechuas. Caso de 10 Ayllus de los Municipios de Caiza "D" y Cotagaita del Departamento de Potosí. Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj. Population Concern. La Paz. 2003.

VARGAS QUIROGA, Yolanda y CASTRO TARQUI, Alberto. Primera Fase de Intervención de la Estrategia Materna, Concertada e Intercultural en Ayllus de los Municipios de Caiza “D” y Cotagaita. Prisa Ltda, 2003.

USAID & THE ACQUIRE PROYECT. Competencias Interculturales en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Competencias interculturales para la Atención Sexual y Reproductiva. [en línea]. Bolivia. <<http://www2.msh.org/culturalcompetence/competencia/01.html>>.

XV. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

AÑO 2009-2010												
MESES												
FA SE S	ACTIV.	jun	jul	ago	sep	oct	nov dic	ene	feb mar	abr may	jun	jul
1	Planif.	X										
2	Organiz		X									
3	Investig			X	X	X						
4	Interv.						X					
5	Análisis							X				
6	Elabor. Informe								X	X		
7	Present. y defens.										X	X

XVI. ANEXOS

ENTREVISTA A MADRES

Fecha de la entrevista: _____

Codificación de la informante: _____

Edad: _____ N° de Hijos: _____ Ultimo hijo: _____

Grado de Instrucción: _____

A. ASISTENCIA PARA ATENDERSE EL PARTO

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

SÍ _____

NO _____

(SI) ¿Le ha gustado como la han atendido?

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

SÍ _____

NO _____

(SÍ) ¿Por qué?

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

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

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

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

5 ¿No ha considerado la posibilidad de tener su parto en un Centro de Salud?

6 ¿Quién le aconsejó para tener su parto en el lugar que eligió? ¿Con quienes ha hablado para tener su parto en el domicilio?

7. ¿Cómo se sintió usted con la persona que le atendió el parto?

8. ¿Cómo se sintió usted en el momento del parto?

9. ¿Hizo usted algo especial para estar preparada antes del parto?

10. ¿Cómo se ha preparado para el parto?

11. ¿Había hablado usted con su esposo o algún familiar de qué hacer si se presentara una complicación durante el parto?

12. ¿Estaba acompañada cuando empezaron los dolores del parto?

No _____

¿Qué hizo usted?

Si _____

¿Cómo la ayudaron? ¿Con masajes, mates, sahumeros, consejos? ¿Qué es lo que hablaban durante el trabajo de parto?

13. ¿Es importante que le agarren de la cabeza en el momento del parto?

Si _____

No _____

¿Por qué?

14. ¿Usted que hizo durante el trabajo del parto? (caminar, estar sentada, etc.)

15. ¿En qué lugar de su casa tuvo su parto? Y ¿por qué eligió ese lugar?

16. ¿Quién la acompañó en el momento del parto? ¿Quiénes más estuvieron presentes?

¿Qué hacían estas personas?

17. ¿Cómo fue el trabajo de parto? Tiempo y si ha sentido mucho dolor

18. ¿Tuvo usted alguna complicación? ¿Cuál? Y ¿que hizo?

19. ¿Estaba usted calentita, bien abrigada?

20. ¿En qué posición dio a luz? ¿así lo quería usted?

21. ¿Quién ha cortado el cordón?

22. ¿La placenta nació bien? ¿Después de cuanto tiempo?

23. ¿Qué hizo usted con la placenta? ¿Por qué se hace eso?

24. ¿Qué comida le han dado después del parto? ¿Después de cuanto tiempo?

25. ¿Cuántas veces se ha atendido, anteriormente, el parto en el centro de salud usted?

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

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

SÍ _____

NO _____

(SÍ) ¿Por qué?

(NO) ¿Por qué?

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

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

MUY BUENO _____

BUENO _____

REGULAR _____

MALO _____

¿Por qué dice eso?

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

SI _____

NO _____

¿Por qué dice usted eso?

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

SI _____

NO _____

¿Por qué dice usted eso?

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

SI _____

NO _____

¿Por qué dice usted eso?

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

SI _____

NO _____

(SI) ¿Cuáles?

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

SÍ _____

NO _____

(SÍ) ¿Qué información recibió?

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

SÍ _____

NO _____

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

(SÍ) ¿Por qué no le agradó...?

35. ¿Le da vergüenza que el personal de salud la revise en el momento del parto?

Si: _____

No: _____

¿Por qué?

B. INFORMACIÓN ACERCA DEL PARTO Y SUS COMPLICACIONES

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

SÍ _____

NO _____

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

37. ¿Tiene usted miedo a algún procedimiento durante el parto? Por ejemplo ¿la cesárea?

Si _____

No _____

¿A algún procedimiento más?

C. FACTORES SOCIO-ECONOMICOS

38. ¿Sabe usted que es el SUMI?

Si _____

No _____

¿Que beneficios obtiene?

39. ¿Sabe usted que es bono Juana Azurduy?

Si _____

No _____

¿Qué beneficios obtiene?

40. Sabiendo que por el SUMI el parto y el transporte en ambulancia son gratuitos, y que por el bono Juana Azurduy recibe 320 bolivianos por 4 controles prenatales y el parto en un centro de salud ¿se animaría usted a atenderse su próximo parto en un Centro de Salud?

Si _____

No _____

¿Por qué?
