

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION
Y TECNOLOGIA MÉDICA

UNIDAD DE POST GRADO



ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ELECCION DEL PARTO DOMICILIARIO,
POR MADRES EN EDAD FERTIL DE LA LOCALIDAD DE REYES GESTION 2012**

POSTULANTE: Dra. RUTH MARIA TORRES IGLESIAS

TUTOR: Dr. CRISTHIAM G. VILLARROEL SALAZAR

REYES BENI BOLIVIA- ENERO 2012

DEDICATORIA

A mis queridos padres: por su amor incondicional y el apoyo verdaderamente sacrificado que me otorgaron en los momentos más difíciles de mi vida, me brindan la satisfacción una herencia anhelada, a mis padres mi eterno agradecimiento como hija y como profesional.

AGRADECIMIENTOS

A dios por darme la vida, la fe y fuerzas para seguir adelante junto a las buenas amistades que me rodean.

A mis padres por la oportunidad de estudio y llegar a la meta de ser profesional.

Al apoyo internacional de Bélgica por darnos la oportunidad de obtener esta beca, que hace mucho lo necesitábamos.

A los diferentes docentes que nos impartieron sus conocimientos, para saber hacia dónde dirigimos en nuestra formación constante.

Al Dr. Tancara y otros docentes por haber aportado con su sabiduría, logrando en mi un ser con excelente base y sinergia de conocimientos.

A mi tutor y docente guía Dr. Cristian V. por confiar en mi capacidad apoyándome, invirtiendo tiempo, perseverando en lustrar mi trabajo de grado con su reconocida experiencia y paciencia.

A mis compañeros y amigos de siempre: por hacer de cada clase y pruebas, una experiencia fotografiada e inolvidable, por todos los momentos compartidos con ellos fueron buenos, marcando la vida por siempre.

A mi esposo e hijos por su apoyo moral y entusiasmo.

RESUMEN

Indicaremos que esta situación de optar por un parto domiciliario, es algo común en diferentes establecimientos de todo el país, con mayor predominio en el área rural, donde la idiosincrasia de nuestra población, esta aún fuertemente enraizada a las costumbres y culturas de cada región de nuestras diferentes provincias de nuestro país.

El problema de la elección o preferencia por algunas embarazadas por el parto domiciliario, se presenta sobre todo por, causas sociales y culturales que determinan de una manera muy fuerte, en toda la familia de la embarazada, al igual que de las personas que la rodean en su hogar.

También esta el tema de infraestructura y equipamiento de los diferentes establecimientos de salud, los que no presentan ningún tipo de construcción que tenga una adecuación cultural, esto por que el tema de interculturalidad, sin decir que sea un tema nuevo, solo que es importante hacer conocer que, aún no se ha socializado de una forma tal, el tema de interculturalidad, que sigue siendo desconocido para algunas autoridades de diferentes localidades del país, por lo que muchos elementos de adecuación interculturalidad se tendrá que tomar en cuenta, en los diferentes POA de salud, para reforzar este paso tan fundamental que podría cambiar la decisión, preferencia o elección de las madres para que sus partos sean dentro de un centro de salud, además de reforzar o hacer conocer este tema a las diferentes autoridades locales y comunales, al igual que a toda la población.

Por otro lado, esta el poco manejo del personal de salud con respecto al tema de atención con interculturalidad, en lo que significa el manejo de las mujeres que provienen, con toda sus costumbres, cultura y no es atendida de la forma que ellas se sientan complacidas de llegar a un centro de salud para la atención de su parto, la poca comunicación de los servidores públicos con las llamadas parteras o matronas, es otro punto de importancia en la elección de las mujeres embarazadas por un parto domiciliario.

CAPITULO I INTRODUCCIÓN

ASPECTOS GENERALES

I.1. ANTECEDENTES

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.3.3. JUSTIFICACIÓN

1.4. OPERACIONALIZACION DE LOS OBJETOS DE ESTUDIO

1.4.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

a) FACTORES SOCIALES

1.4.2. IDENTIFICACION DE VARIABLES

A. VARIABLE INDEPENDIENTE

a. FACTORES SOCIALES

B. FACTORES CULTURALES

B. VARIABLE DEPENDIENTE

1.4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1.4.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1.4.5. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

1.4.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1. CARACTERISTICAS DEL MUNICIPIO DE REYES

2.1.1. ANTECEDENTES E IMPORTANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA INFANTIL Y EL PARTO

2.2. FACTORES SOCIOCULTURALES EN SALUD

2.2.1. INTERCULTURALIDAD DEL PARTO

2.3. PARTO

2.3.1. TIPOS DE PARTO:

- a) PARTO VAGINAL ESPONTÁNEO
- b) PARTO VAGINAL CON FÓRCEPS

2.3.2. INICIO DEL PARTO

- a) TRABAJO DE PARTO FALSO

2.3.3. ETAPAS DEL PARTO

- a) PRODRÓMICO O PREPARTO
- b) DILATACIÓN
- c) NACIMIENTO O EXPULSIÓN
- d) ALUMBRAMIENTO

2.3.4. MECANISMO DEL PARTO

2.3.5. FISIOLOGÍA DEL PARTO

2.3.6. CONTROL DEL TRABAJO DE PARTO

2.3.7. LESIONES DEL CANAL BLANDO DE LA VAGINA

- a) LA EPISIOTOMÍA

2.3.8. CLASIFICACION DEL TRABAJO DE PARTO

- a) PARTO INMADURO

b) PARTO PRETERMINO O PREMATURO

c) PARTO DE TÉRMINO

d) PARTO POSTERMINO

2.3.9. APOYO Y ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO

2.3.10. COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO

a) EL SUFRIMIENTO FETAL

b) PROBLEMAS DE RESPIRACIÓN NEONATAL:

c) TRAUMA DEL NACIMIENTO:

d) DISTOCIA DE HOMBROS.

e) HIPOTERMIA:.

f) FIEBRE PUERPERAL.

2.3.11 PARTO FISIOLÓGICO

a) POSICIÓN DE LITOTOMÍA,

b) EL RASURADO PÚBICO:

c) LA SOLUCIÓN GLUCOSADA ENDOVENOSA:

d)INDUCCIÓN O CONDUCCIÓN:

e) EPISIOTOMÍA

2.3.12. PARTO INSTITUCIONAL

2.3.13. CESAREA

2.3.14. MORTALIDAD MATERNA

2.3.15. MORTALIDAD INFANTIL

2.3.16. TASA DE NATALIDAD.

2.3.17. MORTALIDAD NEONATAL

2.3.18. PARTO DOMICILIARIO

2.3.19. ANTECEDENTES DEL PARTO DOMICILIARIO

2.3.20. PARTO NATURAL

a) VENTAJAS Y DESVENTAJAS

2.3.21. LA PARTERA O MATRONA

2.3.22. LUGAR DEL PARTO

2.3.23. DOLOR DURANTE EL PARTO

2.3.24. CÓMO EVITAR EL DOLOR

2.3.25. MEDICINA TRADICIONAL

CAPITULO III METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

METODOS DE INVESTIGACION

3.1. TIPOS DE INVESTIGACION

3.2. UNIVERSO O POBLACION DE ESTUDIO

3.3. SUJETOS VINCULADOS A LA INVESTIGACION

3.4. FUENTES Y DISEÑOS DE LOS INSTRUMENTOS DE RELEVAMIENTO DE INFORMACION

3.5.1. FUENTES DE LA INVESTIGACION

3.5.2. DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE RELEVAMIENTO DE INFORMACION

3.5.3. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

CAPITULO IV RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1.1. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

4.1.2. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

4.1.3. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL

CAPITULO V PROYECTO DE INTERVENCION

1.- RESUMEN EJECUTIVO

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.- SOPORTE TEORICO

4.- JUSTIFICACION

5.- OBJETIVOS DEL PROYECTO

5.1. OBJETIVO GENERAL

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

6.- METODOLOGÍA

7.- ANALISIS DE FACTIBILIDAD

8.- ANALISIS DE VIABILIDAD

9.- CRONOGRAMA

10.- PRESUPUESTO

CAPITULO VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION

6.2. RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO 1 ARBOL DE PROBLEMAS

ANEXO 2 ARBOL DE SOLUCIONES

ANEXO 3 MARCO LOGICO

ANEXO 4 *CRONOGRAMA DEL PROYECTO (MATRIZ DE GANT)*

ANEXO 5 *PRESUPUESTO*

ANEXO 6 ENTREVISTA A MADRES EN EDAD FERTIL

ANEXO 7 GRUPO FOCAL

ANEXO 8 INVITACION A LAS PARTERAS DEL GRUPO FOCAL

ANEXO 9 FOTOGRAFIAS

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

ASPECTOS GENERALES

I.1 ANTECEDENTES

Una de las más importantes misiones durante la edad fértil de la mujer es la maternidad, además de ser una gran responsabilidad, por lo que va a dar vida a un nuevo ser, y es, en esta crucial misión, que se enfrenta en muchas oportunidades a diferentes complicaciones, las que pueden incluso causarle la muerte.

Debiéndose por lo tanto priorizar la protección a la mujer gestante, protección que deberá ser otorgada por la Sociedad y el Estado, evitando futuros daños, los cuales son prevenibles, que en muchas situaciones será irreparable.

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 plantea tres ejes estratégicos: acceso universal al Sistema Único de Salud, Promoción de la Salud en el marco de la SAFCI y recuperación de la soberanía sanitaria (rectoría); estos tres ejes conforman la guía que orientan las acciones en el Sector Salud, incluyendo sus respectivos programas y proyectos sectoriales, todos ellos orientados a la mejora del estado de salud de las Bolivianas y Bolivianos y a la eliminación de la exclusión social en salud.(1)

El sistema de salud pública se basa en estos ejes, para mejorar las condiciones de vida que presentan las madres en edad fértil, sobre todo en las áreas rurales de la localidad de Reyes, tratando de lograr cambios en la maternidad de estas madres que se encuentran en riesgo.

Las iniciativas de las Naciones Unidas por medio de sus ocho objetivos del milenio para el 2015, indica que la mortalidad en menores de cinco años hoy alcanza a nivel mundial 11 millones al año, y se quiere reducir en las dos terceras partes entre 1990 y 2015. La mortalidad materna alcanza a medio millón por año y se quiere lograr el

acceso universal aumentando la proporción de parto con asistencia del personal especializado, buena cobertura de atención prenatal con al menos cuatro consultas prenatales.

Por lo que además se contempla el objetivo de la erradicación de la pobreza, educación primaria universal, igualdad de género y sustento del medio ambiente. **(2)**

La propuesta de cambio del sector salud, fundamenta sus acciones en la nueva visión de desarrollo, en acuerdo con las características multiétnicas y pluriculturales de nuestro país, en el que se propone una alternativa de solución a los problemas de pobreza, desnutrición, exclusión social, inaccesibilidad a los servicios de salud, a través de la implementación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), y el SUMI. Además de promover los derechos sobre la salud sexual y reproductiva, las prácticas para cuidar su embarazo, la posición de parto que ella desee, el puerperio con buenas prácticas nutricionales. **(3)**

El modelo de salud SAFCI y la estrategia de salud SUMI, para la mujer y el menor de cinco años, aun llegan a ser insuficientes, para poder lograr los cambios esperados en las madres en edad fértil, en lo que respecta a su decisión de atención en el centro de salud y la atención de su parto en el centro de salud. Se ha logrado avanzar en el transcurso de los años, con apoyo del gobierno municipal que está presente de forma continua en los diferentes programas de salud, sin embargo esta tarea de poder evitar la morbilidad y mortalidad materno infantil, tendrá que ser un continuo trabajo en equipo con las diferentes organizaciones sociales y lograr erradicar estas barreras que evitan que las madres en edad fértil lleguen a los centros de salud, para el momento de su parto.

Por lo que el presente estudio tratara de identificar aquellos factores sociales y culturales que influye en la decisión de las madres en edad fértil, para tener sus partos domiciliarios y haciendo a un lado los centros de salud para la atención de parto institucional, con la creencia y su seguridad al indicar que, el mejor lugar para dar su parto es su domicilio junto a su familia y evitan la atención del personal de salud, en un centro de salud. **(3)**

Argumento que pretendemos verificar con esta investigación y considerar la intervención de las parteras como una aliada estratégica del servicio de salud, donde ella pueda cumplir una función de bisagra intercultural, en lo que es la atención de parto, trabajando juntos e íntimamente, para lograr evitar las diferentes complicaciones del parto como son: las hemorragias, retención placentaria, infecciones puerperales, shock hipovolemico, entre las más importantes para la madre y para el recién nacido complicaciones como: dificultad respiratoria, hipotermia, bronco aspiración, etc., de esta manera reducir complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre gestante y la del recién nacido.

Considerando la desintegración de toda su familia, sabiendo que la muerte de la madre profundiza la pobreza familiar y produce la desintegración familiar.

El proyecto de intervención, pretenderá dar solución a este problema, a través de estrategias diseñadas, para incrementar el acceso de las mujeres embarazadas en estado de parto al centro de salud, donde el parto domiciliario, con todos sus grandes riesgos y la ausencia del personal de salud, lograría disminuir, si es que no logramos su ausencia, evitando así, las altas tasas de Muerte Materna y Neonatal, respetando lógicamente, sus creencias, religión, costumbres, etc.

En el centro de salud de Reyes la tasa de cobertura atendidos de parto domiciliario es de 55.8 % representando aun, una tasa alta de inasistencia, tasa todavía elevada, para un centro de salud que esta con un equipamiento nuevo, en lo que se refiere a la atención de parto institucional, que es de 67 %, para atenderse su parto.

(5)

Esta investigación tiene por lo tanto el propósito de identificar los factores tanto sociales como culturales, que condicionan la preferencia de las madres en edad fértil, por el parto en su domicilio, en el área de influencia del Centro de salud Reyes, obteniendo los resultados que emita dicha investigación se podrá realizar estrategias para incidir en la preferencia, por el parto institucional.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio se llevara a cabo dentro de la gestión 2012 de Enero a Julio, dicho estudio se realizara en la localidad de Reyes, tomando en cuenta las comunidades más cercanas al centro de salud San Juan de Dios Reyes, donde haremos participar a las madres en edad fértil que tuvieron parto domiciliario, aunque este haya sido en una sola oportunidad.

La investigación se realizara en este centro de salud, por ser el investigador un miembro del personal de salud, que atiende todo tipo de problemas de salud de la madre, como es el control prenatal, parto y puerperio, donde además, en el transcurso de esta gestión en estudio, se han presentado muertes neonatales por partos atendidos en domicilio por parteras de la localidad de Reyes.

Los partos domiciliarios en la localidad de Reyes, llegan a un 55.8 %.(5)

Implica una problemática, desde el punto de vista del investigador, en lo relacionado a la salud de las madre y del recién nacido, por ser una cifra cercana al de los partos institucionales 67 %, por lo que es importante la investigación, de las causas sociales y culturales que hace que las madres en el momento de su parto elijan ser atendidas en su domicilio por partera familiares, vecina, etc. y rechazan la atención de su parto en el centro de salud por personal capacitado, arriesgándose a presentar complicaciones propias del parto como son las hemorragias, atonías uterinas, infecciones puerperales, y las complicaciones del recién nacido como ser la hipotermia, dificultad respiratoria, distocias, bronco aspiraciones, etc.

Las causas del parto domiciliario en madres en edad fértil, podría estar íntimamente relacionada a las costumbres de su comunidad y entorno familiar, enfocada en costumbres ancestrales y vivenciales propias de su cultura, sus creencias (de que el hogar les brinda mayor seguridad y protección), el idioma nativo (el chiman).

1.2.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores socioculturales que determinan la elección del parto domiciliario en las madres en edad fértil de la localidad de Reyes, gestión 2012?

1.3OBJETIVOS

1.3.1OBJETIVO GENERAL

Establecer los factores socioculturales que determinan la elección al parto domiciliario que presentan en las madres en edad fértil de la localidad de Reyes, gestión 2012.

1.3.2OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre parto domiciliario, de las madres en edad fértil.
- Identificar los factores sociales de las mujeres en edad fértil que influyen en su elección por el parto domiciliario.
- Identificar los factores culturales de las mujeres en edad fértil, que influyen en su elección, por el parto domiciliario.
- Analizar y establecer las condiciones que permitan, que las mujeres gestantes elijan al centro de salud, para su atención de parto.

1.3.3. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación nace de la preocupación, en conocer y encontrar las principales causas sociales y culturales que influyen en las madres que van a dar su parto, para que ellas tomen la decisión de dar su o sus partos en su domicilio, además de la percepción que estas madres tienen del centro de salud y el personal de salud, conociendo estos factores lograr que ellas puedan cambiar de preferencia

y decidan dar su parto en un ambiente donde estén satisfechas y seguras de su bien estar, tanto de ellas como la de su recién nacido.

La morbilidad y mortalidad neonatal domiciliaria, es también una preocupación en el centro de salud, una problemática actual cada vez más evidente, siendo en el transcurso de enero a noviembre cinco muertes neonatales **(5)**.

Los datos presentados son informes que se toman de la zona urbana, de la zona rural no existen registros en los cuales podemos apoyarnos.

En el municipio de reyes los datos otorgados por el SEDES Beni como partos esperados para todo el municipio de reyes es 481 partos, que alcanza el 100 %, y a la localidad de Reyes y sus comunidades cercanas le correspondería un 268 partos que es igual a 55.72 %, en lo que respecta a la gestión 2011. Hasta este momento se atendieron 176 parto, es decir 66 %, lo que significa que 305 partos aproximadamente se realizan o son atendidos en partos domiciliarios**(5)**, por personal que no es médico o paramédico, más bien personas del entorno de la parturienta o de su confianza de ella y de su familia.

La mortalidad materna al igual que la mortalidad neonatal son prevenibles, el parto domiciliario, que no es atendido por personal que sepa manejar las complicaciones, provocara daños que en algunas oportunidades será irreparable, por lo que es importante conocer los diferentes factores sociales y culturales que hace que decidan las madres por parto domiciliario.

Las creencias, su cultura de las madres, sus buenas experiencias propias o ajenas hacen que se apoyen en su entorno donde viven, creyendo y confiando su vida y la del futuro ser en las parteras, suegra, madre e incluso su esposo como jefe de familia para su atención de su parto, por lo que es importante conocer las verdaderas causas, sobre todo sociales y culturales por las que ellas deciden este tipo de atención domiciliaria.

La diversidad cultural, la perspectiva del género, el enfoque de derechos y equidad tiene como principal propósito, crear espacios equitativos y participativos, que aseguren el respeto por las diferencias culturales, y de género.

Por lo que es relevante este trabajo porque permitirá diseñar una estrategia de intervención sobre los factores socioculturales que coadyuven de alguna manera a disminuir los índices de parto domiciliario en la localidad de Reyes y cambiar las decisiones o elecciones de las mujeres embarazadas en edad fértil.

1.4. OPERACIONALIZACION DE LOS OBJETOS DE ESTUDIO

1.4.1. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

a) Factores sociales: La sociedad y la cultura moldean la manera en que los individuos aprenden y expresan su vida y dictan las normas relacionados con los roles de género y conducta sexual. Pero algunas creencias y prácticas culturales en relación a la maternidad y parto, pueden ser perjudiciales para las mujeres en edad fértil.

- **Edad**, de 15 a 40 años expresados en años desde el momento de su registro.
- **Estado civil**, es el grado de unión que tiene con su pareja.
- **Residencia**, lugar donde vive, casa, estancia, puerto.
- **Hábitos**, no son saludables, por la mala nutrición que presentan a causa de evitar vegetales y no toman el sulfato ferroso para no engordar.
- **Grado de instrucción**, es una variable con mucha influencia en salud, a mejor escolaridad mayor oportunidad socioeconómica.
- **Status social**, estrato bajos mayor paridad, los estrato alto menor embarazos o paridad.
- **Estabilidad económica**, el desempleo origina pobreza, la que ocasiona mayor paridad, porque no alcanza para usar métodos de planificación familiar, mujeres con poco ingreso económico que no llena las necesidades de la familia y le dificulta para pagar los gastos del traslado a los centros de salud

- **Acceso Geográfico** al Centro de salud, viven en lugares muy alejados del centro de salud, donde no existe más que un sendero a pie, que se aísla en épocas de lluvia. Y no existe buenos caminos, por lo que las mujeres difícilmente se pueden trasladar al servicio de salud para su parto.
- **Falta de IEC**, el desconocimiento por una información completa respecto al parto y sus complicaciones, que podría presentar en su embarazo y parto carece de importancia y lo subestiman el riesgo del parto, aun con el conocimiento de la gratuidad de la atención de parto, por tener información incompleta.
- **Percepción de mal trato y discriminación**, el ámbito de las relaciones interpersonales entre las usuarias y el personal de salud, el mal trato verbal, la desatención, no valoración de la opinión de la usuaria, manifiesta una inconformidad respecto a la atención. Esta percepción se basa en las experiencias previas negativas vividas en los centros de salud, así como de otras madres o rumores, que indican la dificultad de establecer una comunicación sincera con el personal de salud, donde la gestante lejos de encontrar el ambiente cálido de la casa, la presencia de familiares y la presencia constante de la partera durante la atención del trabajo de parto, la gestante se enfrenta a un modelo Institucionalizado del parto con escasa valoración humana.
- **Estabilidad familiar**, las hijas siguen los ejemplos de su madre, esto se da más en mujeres solas, que no cuentan con el apoyo de su pareja,

b)Factores culturales: Existen diversas características culturales que pueden ser factores que pueden determinar los partos domiciliarios en las mujeres en edad fértil. “Las cuestiones culturales influyen en el comportamiento sexual”, Dra. Virginia Camacho, Departamento de Salud y desarrollo del niño y Adolescente OMS.

- **Idioma.-** El idioma o lengua es una de las características principales de la cultura de los pueblos de América Latina; diversa en su cultura y en las lenguas propias.

Es la forma de expresión y mediante la cual, los seres humanos nos comunicamos e informamos de lo que sucede a nuestro alrededor, o puede una limitante para hacernos entender con los demás. En el área rural, se hablan idiomas nativos, el Maropa, Reyesano y Cavineño y el personal de salud no lo habla y menos lo entiende, una barrera que impide solucionar los problemas de salud existentes en la comunidad o cuando estos acuden a los Centros de Salud.

- **Etnia:** En todas las etnias, y culturas existen creencias, actitudes, practicas, así como también mitos y tabús en relación al parto domiciliario, algunas de ellas son beneficiosas y otras son perjudiciales.
- **Machismo:** La hombría o machismo, tradición de herencia latino-mediterránea, donde la virilidad del hombre, se mide por número de conquistas sexuales e hijos que tiene y el comportamiento de las mujeres a su alrededor. En muchas culturas, es un estado que se gana; durante la adolescencia a menudo los hombres prueban su sexualidad ante sus padres y mayores. (aprenden la definición de masculinidad de su sociedad de sus padres, sus pares, medios de comunicación y observando a los adultos), relacionándose con creencias, valores que pueden ser perjudiciales para la mujer en edad fértil.
- **Religión:** En el mundo las diversas expresiones religiosas tienen una fuerte influencia en cuanto al comportamiento del ser humano .Reyes, de acuerdo al PDM de 2007, la religión que predomina es la católica sobre la evangélica, estimándose que un 95% profesa el catolicismo.
- **Paridad:** Tiene arraigada, las creencias y costumbres ancestrales, la cual critica el uso de métodos anticonceptivos y lo ven como antinaturales y promueven el método natural, con altos índices de fracaso, por el alto

porcentaje de embarazos no planificados, donde la mujer debe subordinarse al hombre y aceptar los embarazos que Dios le mande.

- **Prácticas y conocimientos culturales** para la atención de parto, el uso de medicamentos tradicionales y baños para que no existan complicaciones en el parto.
- **Subestimación de los riesgos del parto**, la creencia de que Dios decide por la vida y la muerte de las personas, hace que tomen las complicaciones como parte de su vivencia y aceptan en lo que podría tener un final funesto para la madre y su recién nacido.
- **Pudor y vergüenza**, el conocer que los genitales son parte íntima de cada persona, impide que las mujeres sean atendidas por otras personas que no sean de su mismo nivel y peor aun si son del sexo opuesto, arriesgándose a ser atendidas incluso con su pareja que nunca atendió un parto en toda su vida.
- **Satisfacción del parto en su casa**, muchas mujeres aun en esta época de adelanto de la ciencia, en lo que refiere la tecnología médica, prefieren u optan por tener parto domiciliario, en vez de de la atención de parto en los centros de salud, indican que se sienten más satisfechas por el parto en su casa.

1.4.2. IDENTIFICACION DE VARIABLES

A.Variable independiente

a. Factores sociales

- Edad
- Estado civil
- Residencia
- Hábitos
- Grado de instrucción
- Estatus social
- Estabilidad económica
- Violencia
- Acceso geográfico al centro de salud
- Percepción de maltrato y discriminación
- Estabilidad familiar

b. Factores culturales

- Idioma
- Etnia
- Machismo
- Religión
- Paridad
- Subestimación de los riesgos del parto
- Pudor, Vergüenza
- Prácticas y conocimientos culturales para la atención del parto.
- Satisfacción al parto en su casa

B. Variable dependiente

- Partos domiciliarios de mujeres en edad fértil.

1.4.3. Criterios de inclusión.

- Mujeres en edad fértil, en un grupo etareo comprendido entre los 15 y 49 años, de la localidad de Reyes.
- Madres que asisten al centro de salud Reyes, que hayan tenido, por lo menos un parto domiciliario.
- Madres en edad fértil, que acepten ser parte del estudio, previo consentimiento informado, de lo que pretende el estudio y tomando en cuenta los criterios éticos y morales, además de respetar la confidencialidad.

1.4.4. Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 15 años y mujeres mayores de 49 años. Además de todo aquello que vulnere los criterios de inclusión.
- Mujeres en edad fértil que nunca tuvieron un parto.
- Mujeres en edad fértil que se encuentran en tránsito y no son residentes de la localidad de Reyes.
- Mujeres que no asisten al centro de salud de Reyes

1.4.5. Instrumentos de recolección de la información

En el presente trabajo utilizaremos dos técnicas, una para la parte cualitativa de la investigación y otra para la parte cuantitativa.

La primera, son las entrevistas personalizadas, que nos permitirán obtener datos e información a través del dialogo con mujeres en edad fértil, que presentaron parto domiciliario.

Segundo, las encuestas, que mediante un cuestionario, que contiene un listado de preguntas relacionados con los aspectos que deseamos investigar de los partos domiciliarios, el mismo no tiene ningún tipo de identificación de la paciente porque el mismo no es de interés para el trabajo.

Tercera, el grupo focal, son la agrupación de todas las parteras de la localidad de Reyes, con las cuales se realizó, una misma pregunta a todas, en número de diez, en la que tratamos de conocer los motivos o razones por lo que las mujeres prefieren parto domiciliario y que instrumentos ocupan para la atención de la púérpera, y como manejan a la misma.

1.4.6. Operacionalización de variables

Variab le 1	Defini ción Operat iva	Di me nsi ón	Categoría	Indicador	Escala	ITEM
Facto res social es y cultur ales relaci onado s con los partos	Caract erístic as de la forma de vida y las mujer es en edad	CUL TU RAL	idioma	Habla de una lengua	Español, Reyesano , Cavineño, Maropa	¿Qué idiomas hablas? El idioma es una limitante para que puedas acceder a los servicios de salud?
			Raza o etnia	Personas que comparten característica	Mestiza, Cavineña,	¿A qué raza Perteneces

domic iliario s	fétil		s comunes	blanca	etnia?	
			machismo	Creencia de patriarcado	Estudio algún curso de patriarcado?	¿Su esposo atendió su parto?
			Religión	Relación de lo divino con el ser humano	Ninguna, católica, evangélica, otro	Pertenece a alguna religión
			paridad	Conocimiento de PF	1-3 4-6 6 y mas	Cuantos hijos deseas tener
			Subestima ción de los riesgos del parto	Grado de riesgo de parto	Complicaciones maternas y del recién nacido	¿Conoces las complicaciones del parto?
			Pudor y vergüenza	Grado de confianza	Mayor confianza en hombre o mujer	¿Con quien te atenderías tu parto?
			Practic as y conoci miento s ancestr ales para la	Nivel de confianza en el conocimiento de parteras	Uso de medicina tradicional	¿Tienes algún tipo de conocimiento para la atención de tu parto?

			atención de parto domiciliario			
			Satisfacción del parto en su casa	Atención de parto domiciliario	Motivos para la atención de parto domiciliario	¿Estas satisfecha con la atención de tu parto en tu domicilio?
		SO CIA LES	edad	° de años que vive la mujer en edad fértil	15-24 25-34 35-45	¿Qué edad tienes?
			Estado civil	Condición jurídica y/o social de la MEF	Casada, soltera, concubina, separada, viuda	¿Cuál es tu estado civil?
			residencia	Dueño o inquilino	Es cuidador, trabajador a, propietaria	¿El lugar que habitas es propio?
			hábitos	Ocupación en su domicilio	Limpieza, sembrado, crianza de	¿Qué cosas realizas en tu hogar?

					animales, etc.	
			Grado de instrucción	Nivel de educación	Primaria, secundaria, superior, ninguno	¿Hasta que curso estudiaste?
			Estatus social	Nivel social	Alta, media, baja	¿A que clase social perteneces?
			Estabilidad económica	Salariado o asalariado	Mensual, semanal, diario	¿Cada cuanto hay ingreso económico en tu familia?
			Violencia	Grado de agresión	Física, verbal, psicológica	¿Sufres algún tipo de agresión en tu hogar o fuera de ella?
			Acceso geográfico	Distancia del domicilio al centro de salud	1-2Km 3-4km 6 o mas	¿A qué distancia vives del centro de salud?
			deficiencia de IEC	Actividad en IEC por el personal de salud	Radiales, panfletos, rota folios, charlas	¿Ha recibido en alguna oportunidad algún tipo de información sobre el parto y sus

						complicaciones ?
			Percepción de maltrato y discriminación	Tipos de discriminación	Verbal, física, psicológica	Sufrió algún tipo de discriminación en el centro de salud
			Estabilidad familiar	Grado de relaciones familiares	Relación con el esposo y los hijos	¿Tu vida en el ámbito familiar es estable?

Variable 2	Definición operativa	dimensión	categoría	indicador	escala	ITEM
Parto domiciliario	Mujer en edad fértil que tiene su parto en domicilio	Domicilio	Cuál es la prevalencia de partos domiciliarios	Mujer en edad fértil que decide tener parto en domicilio	cuantitativa	¿Has decidido tener parto domiciliario? ¿Realizas tus controles prenatales normalmente? ¿Tuviste algún problema de salud en tu embarazo? ¿Presentaste algún tipo de complicación en tu parto?

CAPITULO IIMARCO TEORICO

2.1. CARACTERISTICAS DEL MUNICIPIO DE REYES

El Municipio De Reyes, capital de la provincia Ballivian, sede del Vicariato Apostólico, en el afán de sus autoridades de constituir en un verdadero centro de contactos que irradie su poder y desarrollo hacia la región y el resto del país con su máximo empleo de sus bondades, principalmente Ganadera y turística, que son verdaderos retos de desafío económico. Ciudad de los Santos Reyes fundada el 6 de enero de 1706 situada al sur de Beni, con una población de 14.567 habitantes, de clima cálido, con una tasa de crecimiento de 3,92%(5). Con lengua española en su mayoría, auto identificadas con los pueblos Chiman y Maropa, con una tasa en su educación de 9,35 de analfabetismo.

Después de arduas negociaciones entre el ministerio de salud y autoridades locales de Reyes, en el año 1956 se da inicio a la construcción del primer Centro de Salud San Juan de Dios Reyes, con las mismas características del hospital de Rurrenabaque, en el año siguiente , cuando ya la construcción estaba por terminar, esperando el arribo de las autoridades nacionales, sucedió que un grupo de trabajadores adelantándose al festejo del mismo, tomaron demasiado y por accidente crió una llama la vela que tenían, produciendo de esta manera el incendio del hospital que al cabo de unas horas se redujo a cenizas, quedando solamente las paredes.

Años más tarde nuevamente el padre en un intento de reconstruir el hospital, organizan un “Comité Pro Hospital “emprendiendo una encomiable labor, esta vez pidiendo colaboración a los ganaderos y personalidades de buena voluntad, ya que el Ministerio de Salud negó el desembolso del dinero adicional para la reconstrucción.

En el año 1960 se inaugura definitivamente el actual Centro de Salud, considerado “Hospital de primer nivel” **(6)**

La primera sección Municipal de la provincia General José Ballivian (Municipio de los Santos Reyes) se encuentra ubicada al Oeste del Departamento del Beni con una latitud sur de 11°55'00” y una latitud oeste de 66°40'00” sobre 230.6 m.s.n.m.

Teniendo los siguientes límites territoriales al norte con el municipio de Riberalta al este con el municipio de Santa Ana, al sur con los municipios de Rurrenabaque y San Borja y al oeste con los municipios de San Buenaventura e Ixiamas.

El Municipio de Reyes de la provincia “José Ballivian” del departamento del Beni, presenta una topografía semi-ondulada conformada por una zona de monte a lo largo del río Beni y de llanura al lado este, donde tiene grandes extensiones de pastizales surcados por numerosos ríos y lagunas.

Los distritos están definidos tomando en cuenta el área de influencia de las comunidades que se encuentran cercanas unas a otras y tomado en cuenta los pueblos indígenas que se encuentran concentrados y organizados en sub. Centrales indígenas.

Los Distritos Indígenas 5 y 6 son los que reúnen la mayor cantidad de comunidades de origen Cavineño Cantones.

Actualmente el municipio cuenta con tres Cantones que son:

- Reyes, creado mediante DS del 9-VII-1856
- Cavinás, creado mediante DS del 9 - Vil -1956
- Concepción Comunidades y centros poblados.

Dentro de la jurisdicción Municipal se tienen registradas un total de 44 comunidades de origen campesino - indígena Los centros poblados más importantes identificados

en el Municipio son 7; El Cózar, San José, Baquety, Puerto Cavinás, Peña Amarilla, Candelaria y Reyes, es importante señalar que la única área urbanizada del municipio es la capital Reyes.

Existen un total de 8 Juntas Vecinales todas ubicadas en la Capital Reyes; los otros centros poblados del área rural no cuentan con juntas vecinales.

En los distritos N° 5 y N° 6, se registran estancias pobladas por familias indígenas y comunidades que se han convertido en barracas (cuentan con 2 a 7 familias), las mismas son denominadas barracas o poblaciones conformadas por trabajadores de estancias o puestos ganaderos. **(7)**

Reyes se encuentran en una zona semi – húmeda a lo que se adiciona altas temperaturas entre los 35° y 38°.

El clima es cálido y húmedo con temperaturas elevadas y mucha precipitación; los vientos son moderados y huracanados en algunas ocasiones surazos (fuertes vientos del Sur), en donde la temperatura baja alrededor de los 6° C. las altas precipitaciones fluviales causan inundaciones estacionales que pueden ir de 2 a 6 meses del año. Estas condiciones climáticas permiten la existencia de época o estaciones climáticas bien determinadas como son el periodo lluvioso y el periodo seco. **(7)**

La precipitación media anual según datos proporcionados por AASANA regional Reyes fue de 265.30 mm /m² en el mes de Marzo del año 2011 y mientras que en el mes de Agosto del mismo año se presentó la mínima precipitación con 0.3 mm /m².

La estación Meteorológica de Reyes nos ha proporcionado los siguientes datos de Temperatura registradas en la población de Reyes.

Teniendo una temperatura mínima promedio en estos tres años es de 17.16° C, promedio del año en curso y la temperatura máxima promedio alcanza a 30.57°.

Según Plan de Ordenamiento Territorial P.O.T. los suelos del Municipio son franco arcilloso limoso, franco arcilloso y arcilloso, que se caracterizan por tener una baja absorción de agua y pobreza en nutrientes, los que pueden tener un buen drenaje. Así mismo se han identificado que los suelos son aptos para la producción agrícola

debido a que cuentan con una mayor cantidad de materia orgánica, una importante capa arable, textura y estructura favorable para el desarrollo de los cultivos.

La producción principal es la cría de ganado vacuno y porcino, los mismos que son comercializados en el Municipio de Reyes y otros centros poblados como Rurrenabaque, Santa Rosa y San Borja en donde los productos se comercializan en forma directa.

El ingreso estimado por familia, resulta de la comercialización de estos productos los cuales varían en función de la misma comercialización.

Los medios más importantes para poder acceder a el Municipio son el Terrestre, fluvial y finalmente el aéreo, estos medios tienen sus restricciones.

Por medio de los accesos terrestres, en el periodo de lluvias afecta considerablemente el fluido de vehículos y encarece el costo de transporte, otro aspecto es que los caminos vecinales son reducidos.

El transporte fluvial, es afectado por el periodo de sequía por que el caudal de los ríos se reduce y dificulta el movimiento de grandes embarcaciones y en los arroyos prácticamente es nula la navegación.

En el caso del transporte aéreo, la gran limitante es el elevado costo de los pasajes y otro factor es que no se puede transportar grandes cantidades de productos.

Para la eliminación de excretas en el área urbana se utilizan los pozos ciegos y letrinas; en el caso de los pozos ciegos estos se encuentran en menor cantidad respecto a las letrinas. El sistema de alcantarillado sanitario no existe en el municipio.

En el municipio de Reyes se cuenta con energía eléctrica que se utiliza para diversos servicios y en muchos casos favorece a la creación de fuentes de trabajo.

La fuente de energía eléctrica es la más importante, es sinónimo de desarrollo de los pueblos, en la localidad de reyes la distribución de energía eléctrica en algunos casos se realiza hasta la media noche. El servicio en la capital de Reyes está al

servicio de toda la población, se cuenta con una cooperativa que se encarga de la distribución, atención al cliente, reparación del tendido eléctrico, conexiones domiciliarias, etc.

En Reyes, la energía eléctrica se utiliza principalmente para uso doméstico, así también proporciona fuente de energía para toda clase de actividades como comercio, periodismo, locales públicos (bares, discotecas, karaokes, etc.)

Producto del petróleo que es utilizado principalmente en el sector urbano, para las labores domésticas (cocina) aunque también se utiliza en algunos pequeños talleres y cerrajerías de Reyes.

Una de las fuentes de energía más importantes para el sector rural, se obtiene de los árboles secos principalmente del chaqueo, la leña es utilizada en las labores domésticas y en la elaboración de trabajos artesanales como la cerámica, actividad que es frecuente en algunas comunidades.

La empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL), presta los servicios de telefonía local y larga distancia, fax, Internet, etc.

Existen organizaciones consolidadas como La Asociación de Ganaderos y las centrales Indígenas que tienen oficinas en la localidad de Reyes y en algunas comunidades estratégicas (Baquety, Puerto Cabinas, Misión Cavinás, Candelaria), realizan contactos diarios puesto que en las comunidades cuentan con equipo de radio comunicación.

Los ganaderos cuentan con radio de comunicación aficionado de banda corrida en sus oficinas, el mismo que se utiliza para brindar información a sus afiliados.

- En la ciudad de Reyes, existen dos canales de televisión de propiedad privada.
- Existen también radioemisoras que tienen programas informativos y de servicios a la comunidad (avisos, comunicados y mensajes).
- No existe prensa escrita local en Reyes, anteriormente existió.

La Ley de Participación Popular 1551, define a las comunidades campesinas, pueblos indígenas y juntas vecinales, organizadas según sus usos y costumbres o disposiciones estatutarias, los cuales son sujeto de la Participación Popular. Así mismo reconoce como representantes de las OTBs a los hombres y mujeres, capitanes grandes, secretarios (as), corregidores, designados según sus usos y costumbres o disposiciones estatutarias.

Un número considerable de comunidades pertenecientes al Municipio de Reyes cuentan con Títulos comunales y personería Jurídica de OTB, existen comunidades que no cuentan con esta documentación.

De acuerdo al Censo Poblacional y Vivienda 2001, realizado por el INE, en el Departamento de Beni, la densidad poblacional es de 1.7 hab. /km², mientras que la Sección de José Ballivián registra 1.69 hab. /km².

Los pobladores del Municipio de Reyes tienen como idioma predominante el español, el Reyesano y algunas familias hablan el Cavineño. Los mismos indígenas se han identificado con los idiomas Reyesano y Maropa, que corresponden al segundo grupo étnico de mayor importancia en el Municipio.

De acuerdo a la definición y clasificación de la población concentrada y dispersa realizada por el INE. Para el censo 2001, se consideran poblaciones concentradas aquellas comunidades que tienen una población de 500 habitantes o más.

La estabilidad poblacional (emigración/inmigración estacional o permanente)

Sobre los factores que inciden en la dinámica poblacional en el ámbito provincial existen algunos datos, que para el nivel municipal y comunal en algunos existe y en otras es limitada la información, razón por la cual no se puede hablar de índices o tasas solo se mencionan causas.

La emigración temporal en el municipio de Reyes tiene las siguientes características:

- El éxodo mayor se observa en la población joven (18 a 20 años) anualmente por lo menos 60 bachilleres se gradúan y por la falta de centros de enseñanza técnica y/o superior emigran a ciudades como Trinidad, La Paz y Santa Cruz.

- Otro porcentaje de la población emigra por la falta de fuente de trabajo en la región (20 a 60 años), la cual se da mayormente en la población de escasos recursos.
- Por estudio, Trinidad, La Paz y Santa Cruz son las ciudades que acogen a estos emigrantes agregándose con fuentes de trabajo.
- En ambos casos el porcentaje de emigrantes temporales es similar entre hombres y mujeres.
- Los hombres generalmente son empleados como obreros y las mujeres en labores de casa.
- Muchos frustrados del trato recibido, y al no haber cubierto sus expectativas, retornan a su lugar de origen.
- Otra emigración que se ve a diario es, la emigración a la capital de sección, ya que sin fuentes de trabajo y con una producción agropecuaria de autoconsumo, no les brinda estabilidad económica alguna.
- Los hombres son empleados en estancias aledañas como peones para la ganadería, las mujeres en labores domésticas.
- La emigración en general tiene como objetivo la búsqueda de una nueva vida, y además un periodo marcado: enero, febrero, luego de las fiestas de fin de año por que quedan sin recursos y con responsabilidad que asumir.

La inmigración, en esta región oriental es frecuente, por varias razones:

- La falta de oportunidad de fuentes de trabajo en lugares de origen.
- Capitalistas que deseen invertir en la ganadería o explotar algún recurso natural.
- El comercio es otro factor importante que mueve la inmigración.

El flujo de inmigración temporal varía de acuerdo a la temporada, normalmente se genera en:

- Pobladores del occidente boliviano que inicialmente desarrollan el comercio o contrabando hormiga, comercializando determinados y contados productos.
- Pobladores oriundos de Trinidad y La Paz al ser propietarios de estancias o haciendas, con inversiones más o menos fuertes tienen que permanecer por temporadas para atender las mismas.
- Extranjeros, en busca de mejores condiciones.

Al igual que la inmigración temporal, se vuelve definitiva por:

- La emigración se toma definitiva por las siguientes causas:
- La juventud, al emigrar temporalmente para realizarse profesionalmente, consigue oportunidades de trabajo que lo obliga a radicar en esa ciudad.
- Parte de esos mismos emigrantes, por razones sentimentales (matrimonio), se ven obligados a permanecer en las ciudades que emigraron temporalmente
- Los adultos, al conseguir fuentes de trabajo y al mejorar sus condiciones de vida, deciden radicar definitivamente en tierras que les ofrecen esas alternativas.
- Lazos sentimentales (matrimonios con oriundos del lugar)
- Mejores oportunidades de trabajo que en sus lugares de origen, este fenómeno se da normalmente en los occidentales, que ingresan como comerciantes y al brindarles estas tierras mejores condiciones de vida, quedan a radicar en la región.
- -Últimamente el asentamiento de ciudadanos extranjeros o inmigración definitiva, que adquiriendo terrenos (área Urbana) y propiedades (área rural), están iniciando en el municipio cambios sustanciales (restaurantes, hoteles, ganadería, agricultura).

La tasa de crecimiento poblacional, de una región, se refiere al número de personas que se agregan anualmente a la población cada 100 habitantes.

La tasa de crecimiento poblacional ínter censal en el municipio de Reyes en el área rural es de 5.18%.**(8)**

En el área urbana, el promedio de personas por familia es de 4.2 miembros, pero en cada vivienda se puede encontrar entre 1 y 3 familias, existiendo un promedio máximo de 12 personas (entre niños y adultas) por vivienda.

En el área urbana (Reyes) se pueden encontrar cuatro tipos de viviendas que es un resumen del tipo de viviendas existentes en todo el municipio.

- Viviendas construidas con materiales de construcción
- Viviendas construidas con paredes de adobe
- Viviendas construidas con paredes de tabique
- Viviendas construidas con materiales del lugar (rustica)

Los productos básicos de consumo son carne vacuna, porcino, gallina y pato, arroz, yuca, plátano, maíz entre los más principales.

El Centro de Salud, San Juan de Dios, se encuentra ubicado en la calle conchitas del área urbana del municipio de Reyes capital de la provincia Ballivián, pertenece a la red de salud 06 Ballivián, este nosocomio es de primer nivel de atención y es el centro de referencia del municipio, cuenta con una estructura orgánica constituida por un director de hospital, 2 licenciadas y jefe de enfermeras, personal de planta, 4 médicos de planta, 1 dentista, 8 auxiliares de enfermería, 1 personal de Laboratorio, 2 responsables de farmacia, 1 RX., y personal tercero.

Se realizan atenciones de medicina general, internación de pacientes, cirugías de emergencia, atenciones odontológicas, servicios a la caja de salud de caminos, caja CORDES, la C.N.S. y poblaciones en general.

Se ejecuta los programas de Planificación familiar, Programa Ampliado de inmunizaciones, Tuberculosis, control de niño sano, leishmaniosis, malaria, VIH/SIDA, atención integral a la mujer, Desnutrición cero.

La población que atiende es de 8036 Hab. Como área de influencia de los 14681 de todo el municipio de Reyes

La cobertura de los servicios de salud en el Municipio de Reyes es reducida, existiendo un centro hospitalario (Hospital San Juan de Dios) y algunas postas sanitarias en el área rural (Ratije, Baquety, Puerto Cavinás, Misión Cavinás y Buen Destino) las que tienen deficiencias tanto de personal como de medicamentos, materiales, equipos y por lo general éstos no reúnen las condiciones indispensables para su funcionamiento.

Cuadro Nro. 1

Centros de Salud en las Comunidades del Municipio de Reyes

AREA DE ACCION	TIPO DE ESTABLECIMIENTO		TIPO DE CONSTRUCCION	
	CENTRO DE SALUD	POSTA SANITARIA	MAT. CONSTRUCCION	RUSTICO
REYES SAN JUAN DE DIOS	1		1	
DISTRITO CAVINEÑO Misión Cavinás Baquety Puerto Cavinás Natividad		1 1 1 1	1 1 1 1	

TOTAL	1	4	5	0
--------------	----------	----------	----------	----------

FUENTE: Elaboración propia. Reyes. Septiembre. 2012.

El Centro de Salud San Juan de Dios de Reyes realiza sus actividades en forma individual prestando atención médica al área urbana (Reyes) y los enfermos que llegan del área rural. Así mismo el Hospital planifica campañas de vacunación para el área el área rural, esto se realiza temporalmente, en esta actividad el Centro de Salud cuenta con el apoyo de la Dirección Distrital de Salud y la Honorable Alcaldía Municipal.

Entre las enfermedades más comunes que se presentan son: las Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedades Diarreicas Agudas y Malaria.

2.1.1. Antecedentes e importancia de la mortalidad materna infantil y el parto

En Bolivia según la encuesta nacional de salud (ENDSA 2008) la mortalidad neonatal representa un 50% de la mortalidad infantil, en la tendencia de mortalidad neonatal por departamentos hay un incremento variable en: Potosí, La Paz, Santa Cruz, Tarija, Beni y Cochabamba, una reducción importante en los departamentos de Oruro y menor grado Chuquisaca, donde las principales causas son prematuridad 30 %, infecciones 32 %, asfixia 22 %, malformaciones 6 %, mal definidos 2 % y otros 8 %. **(9)**.

En lo que respecta a la muerte materna, la mayor cantidad se presenta en la región del Altiplano, las principales causas son: hemorragias 33%, infecciones 17%, aborto 9%, hipertensión 5%, parto prolongado 2% y otras 34%(accidentes, violencia, homicidios, y suicidios).

El 53% se produjo en DOMICILIO, el 37% en el servicio de salud y 10% en otro lugar, como son carretera, fluvial o por tierra, de lo que 7 de cada 10 muertes de mujeres podrían ser evitadas, el 38% de las mujeres presentan anemia, sobre todo del área rural con 42.8%.

Estas muertes maternas se presentan por desconocimiento de los diferentes problemas que se presentan, durante el embarazo y parto, donde el riesgo de muerte para las mujeres en edad fértil en el área rural es de cuatro veces más. **(10)**.

2.2. FACTORES SOCIOCULTURALES EN SALUD

Su terminología científica, se denomina Factor a todo elemento, causa, concausa que unidos a otros tiene participación en el desarrollo o constitución de un fenómeno, o constituye la parte de un efecto. Es la causa determinante o condición necesaria de un acontecimiento o causa.

Perteneciente o relativo a la sociedad o a las contiendas entre una u otras clases sociales, perteneciente o relativo a una compañía o sociedad, aliados o confederados.

Su definición es, como un estilo de ser, de hacer, de pensar, un conjunto de rasgos que caracterizan los diferentes modos de vida y se manifiesta a través de una serie de objetos, modos de actuar y de pensar que son creados y transmitidos por los hombres y mujeres como resultado de sus interacciones recíprocas y de sus relaciones con la naturaleza a través de su trabajo.

La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de Salud/Enfermedad. Con frecuencia los estudios sobre salud, han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los socio-culturales.

La diversidad geográfica de nuestro país ha sido escenario propicio para el desarrollo de diferentes culturas, dando origen a una diversidad de grupos humanos con sus propias características culturales y sociales, existiendo una pluriculturalidad de sistemas médicos (doctrinas que rigen problemas de salud y enfermedad en culturas determinadas) y de medicinas tradicionales (sistemas de conocimientos adquiridos a través de la experiencia y transmitidos de generación en generación) en nuestro País, pluricultural, multiétnico y plurilingüe, permite que su riqueza cultural origine todo un sistema de concepciones, en torno al embarazo parto y puerperio; en

las zonas rurales de Reyes, muchas mujeres optan por el parto atendido por parteras, en su propia casa, buscando respeto por sus costumbres y su forma de concebir y actuar en ese momento. De esta manera, cada grupo humano crea y recrea todo un sistema de conocimientos y prácticas que le da significado a su propia existencia, y al mundo que le rodea. Esta realidad plantea la necesidad de entender y comprender el rol tradicional de la mujer en la salud y conocer los sistemas médicos con raíces autóctonas **(11)**.

Los estudios demográficos y de salud materna infantil han avanzado en obtener información de forma sistemática y desagregada sobre la dinámica demográfica y el estado de salud de las madres y niños y complementariamente conocer y estudiar los niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad, mortalidad infantil, salud sexual y reproductiva y otros temas de interés importante, pero este estudio de calidad bien, puede enriquecerse, complementando estudios cualitativos y cuantitativos, que aborden aspectos no considerados en los estudios demográficos, como son los aspectos sociales y culturales que son factores determinantes en la salud de la población campesina, cuya fecundidad como promedio es de 14 hijos, asociadas a una elevada morbilidad y mortalidad materno –infantil y los embarazos en mujeres mayores de 40 años con enfermedades crónicas no transmisibles: malnutrición severa y otras carencias de índole social, especialmente el área del municipio de Reyes. **(12)**

En la zona oriental, las personas tienen una cosmovisión del hombre el cual interactúa con el mundo, con respeto, logrando un equilibrio y preservando la salud, donde el mundo se genera y regenera permanentemente, donde la muerte es como nacimiento a otra vida, esto motiva a que el embarazo, parto y puerperio, sean vistos con un profundo respeto, donde dichos eventos tienen orden, normas, reglas de comportamiento y sistemas rituales, y el parto en especial trasciende de lo biológico y se convierte en fenómeno social y cultural, que son la base de su organización social.

Se tiene que tener muy en cuenta que estos aspectos socio- culturales pueden ser un factor positivo de cambio de mejora o pueden ser un obstáculo para alcanzar la salud **(12)**.

La localidad de Reyes al igual que en otros centros, la medicina está basada específicamente en el conocimiento científico y tecnológico, que es denominada medicina académica y junto a esta se encuentran la medicina tradicional, la alternativa y la complementaria, que tratan a la enfermedad con técnicas, procedimientos y concepciones culturalmente adecuadas, como es el caso del uso de conocimientos y creencias sanitarias, incorporando medicinas basadas en plantas, animales, minerales, terapias espirituales, técnicas manuales, ejercicios, baños, estos son aplicados en forma individual o en combinaciones, otorgando bienestar, además de dar tratamientos, realizar diagnósticos y prevenir enfermedades.

2.2.1.INTERCULTURALIDAD DEL PARTO

Se produce cuando dos o más culturas entran en interacción de una forma horizontal y sinérgica. Esto supone que ninguno de los grupos se encuentra por encima del otro, lo que favorece la integración y la convivencia de las personas.

Otro concepto se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, donde no se concibe, que un grupo cultural esté por encima de otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia entre culturas.

La capacidad de actuar equilibradamente, entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y la enfermedad, a la vida o la muerte y a los aspectos biológicos sociales y relacionados, estas últimas no solamente con los entornos visibles, si no con la dimensión espiritual de la salud. **(26)**

El médico indígena acude a la casa del doliente para tratarlo en forma de atención domiciliario. El hospital es un dominio extraño, costoso, de atención deshumanizada, donde los indígenas se encuentran perdidos y desorientados. Resulta

tremendamente triste repetir las frases con frecuencia de los familiares indígenas ante una crisis de salud “El hospital es un lugar donde la gente va a morir” “Abren los cuerpos para curiosear” “Saca sangre para vender a otros”, desde la perspectiva indígena no resulta conveniente hacerlo. Los médicos indígenas dedican su trabajo a un solo paciente, sea de noche o días completos, el tiempo que haga falta, el tratamiento. Las connotaciones estadísticas de la medicina convencional, reconoce “hacer medicina” por presencia masiva de enfermos en las instituciones. **(27)**

La declaración en su artículo 21 dice que “Los pueblos indígenas tienen derechos, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras cifras, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento, profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social”.

En el artículo 24 reconoce el derecho de los pueblos indígenas de participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les concierna y en lo posible administrar estos programas mediante sus propias instituciones y el derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental.

El Instituto Nacional de Pueblos Andinos, Amazónicos y afro-peruano (INDEPA) fue creado el 2005. El seguro Universal Materno Infantil (SUMI) mediante la ley SUMI Nro 2426 del 21 de noviembre del 2002, cuando se corresponda se adecuará y ejecutará mediante la medicina tradicional Boliviana, donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia sea de elección.

Salud Familiar Comunitaria Intercultural- SAFCI

El objetivo del Plan Nacional de salud es eliminar la exclusión social en salud a través de la implementación del SAFCI, que asume el principio de la participación social en la toma de decisiones en todos sus niveles de gestión y atención de salud de bolivianos/nas como un Derecho Fundamental que el Estado garantiza Pág. 94

Así la SAFCI constituye en la nueva forma de hacer salud es el Sistema Nacional de Salud. En esta nueva forma de hacer salud, el equipo de salud, la comunidad y sus

organizaciones implementan la gestión compartida de la salud y la atención de salud en el establecimiento, en el domicilio, y en la comunidad.

En el ámbito familiar hay nexo entre el servicio de salud y las familias de la comunidad, con la promoción, prevención y recuperación de la salud.

Es un instrumento participativo al buscar e impulsar a los actores sociales, sean protagonistas en la gestión de salud y su entorno, a través de acciones intersectoriales e integrales, donde se articulan, complementan y revalorizan las medicinas alternativas e indígenas. Pág. 95

En el establecimiento de salud, brindando servicios de salud donde se aceptan, respetan lo que las personas y familiares sienten, conocen y practican para solucionar sus problemas de salud. Acordando y concertando con la comunidad, la adecuación cultural de espacios físicos y otros, tomando en cuenta a la familia como el núcleo de la atención de salud adecuando normas y protocolos de atención definidos por el Ministerio de Salud y Deportes de acuerdo a la realidad de la familia y comunidad. Evaluando las acciones de implementación de la salud, familia comunitaria intercultural. Pág. 95

En la propuesta de Nueva Constitución Política del Estado contempla en la siguiente artículo III el Sistema de Salud será Universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. Pág.97.

Posteriormente en el 2000 nuevamente se reunieron 189 países en la ONU y firmaron el documento que define las Metas del Milenio, con el objeto de mejorar la salud materna en dos terceras partes hasta el año 2015. De la misma manera de los objetivos de dicho documento, procura reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes

El parto intercultural en Bolivia, con el propósito de mejorar el acceso de las mujeres a una atención más confiable de la maternidad que controlen y prevengan los riesgos, se desarrollaron experiencias importantes que apuntan a una estrategia de “Atención de la maternidad, concertada e intercultural”

Los ejemplos de atención de parto domiciliario atendida por partera, familiares y vecinos, continua vigente, es obra de la comunidad y parte de la cultura. La primera observación es el reconocimiento, de altos niveles de mortalidad Materno Neonatal, derivadas de causas prevenibles, por la falta o mala atención, por lo que el propósito de establecer mecanismos de articulación, funcional y continua, entre las mujeres embarazadas, parteras tradicionales, y servicios de salud, con capacidad de desarrollar, cuidados obstétricos y neonatales, respetando culturas originarias. El trabajo de la partera es exitoso si lo hace con seriedad y responsabilidad, con aplicación de parto limpio, refiriendo oportunamente los riesgos al servicio de salud. Pág. 98-99.

El parto vertical promocionado en Perú, donde ha servido al mismo tiempo para la incorporación de casas de espera de los centros de salud con adecuación intercultural, ha hecho que la parturienta se sienta más protegida realmente y además, pudo vincular el trabajo de la partera con el trabajo del personal de salud, para el beneficio de la parturienta a la que se la toma muy en cuenta **(13)**.

Se han recogido algunas características de modelos de salud con interculturalidad, como es en Chile, con los establecimientos de salud llamados “Interculturales” con signos de cambio, como imagen objeto, donde un punto de los muchos que presenta, se refiere a la alternativa de atención de parto respetando procedimientos ancestrales, lo cual ayudaría a mejorar y a que la mujer embarazada prefiera el parto institucional y no se arriesgue por un parto domiciliario **(14)**.

Las mujeres del área rural pertenecen a un rezago en lo que es la materia en salud, por la triple marginación de la que son objeto como es el género, clase y etnicidad, situación que la condiciona a presentar complicaciones durante su embarazo parto y puerperio, el cual es tres veces más que en la mujer embarazada de la ciudad, donde además no existen hospitales de segundo nivel, donde la mayoría de las veces esta población es atendida por unidades móviles de salud, ahondando más la inasistencia a los servicios de salud, y aumentado las cifras en la atención de parto domiciliario por parteras**(15)**.

Tomar en cuenta los numerosos beneficios que traerá la atención del parto respetando sus creencias y costumbres ancestrales en lo que es la atención de parto en posición vertical y dicho respeto atraerá a las mujeres embarazadas a dar su parto en el servicio de salud, y evitar las complicaciones que se puedan presentar si este embarazo terminase en un parto domiciliario, por lo que el respeto a sus costumbres debe enseñar al personal de salud a que se considere en forma seria **(16)**.

2.3. PARTO

Según la norma Boliviana de salud, el parto es la expulsión del feto (mayor a 400 gramos) por vía vaginal después de cumplidas las 40 semanas de gestación. **Ver en Anexos Registro fotográfico, fotografía No. 1.**

El **parto humano**, también llamado **nacimiento**, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino

El proceso del parto humano natural se categoriza en tres fases: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Aunque el parto puede verse asistido con medicamentos como oxitócicos(oxitocina) sirve para provocar el parto ante la decisión de ciertos ginecólogos debido a cualquier prisa que surja o ante complicaciones de retraso grave de alumbramiento y ciertos anestésicos y una posible episiotomía, todo esto no debe hacer nunca de manera rutinaria, el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente.

En algunos embarazos catalogados como de riesgo elevado para la madre o el feto, el nacimiento ocurre por una cesárea que es la extracción del bebé a través de una incisión quirúrgica en el abdomen, en vez del parto vaginal.

En la mayoría de casos el parto es un proceso natural que la mujer desarrolla con o sin apoyo de otras mujeres experimentadas, entre las que se encuentran las llamadas, comadronas o parteras, o por profesionales del área de la salud como las matronas. La participación de médicos especialistas en obstetricia suele verse cuando aparece alguna complicación del embarazo o del parto ya sea cesárea o el uso de fórceps. **(17)**

Bolivia tiene el porcentaje más bajo de toda la región en materia de atención prenatal (52%) y el tercero más bajo en partos atendidos por personal calificado (46%).

También debemos hacer notar mientras que, aproximadamente el 73% de las mujeres del área urbana y 25% del área rural acuden al servicio de salud en el momento del parto. Un 25% de las mujeres del área urbana y 72% del área rural prefieren quedarse en casa y ser atendidas por parteras tradicionales (96%) o por familiares o amigas/os (57.1%) **(9)**

La frecuencia de las **contracciones uterinas**, oscila normalmente entre 3 a 5 contracciones en 10 minutos; la duración es de 20 a 40 segundos; el tono que corresponde a la presión más baja que se registra entre dos contracciones, es de 8 a 12 mmHg. La intensidad es la fuerza desarrollada por el miometrio durante su contracción alcanza valores normales de 30 a 50 mmHg. La contractilidad uterina que es el resultado de la intensidad y frecuencia se mide en Unidades de MONTEVIDEO y su valor normal es de 120 a 150 Unidades de Montevideo. **(17)**

El aumento de la frecuencia se denomina poli sistólica y a la disminución como oligosistólica. Los valores elevados del tono se denominan hipertonía y los disminuidos como hipotonía.

Cada embarazo tiene su propio patrón contráctil que suele repetirse en partos sucesivos. Por ello es necesario tener cierto grado de cautela en cuando a definir anomalía de la contractilidad uterina durante el trabajo de parto, por lo cual se recomienda un tiempo prudente de observación de la evolución de éste y de los efectos de la contractilidad sobre la salud del feto, antes de indicar acciones terapéuticas. **(17)**

2.3.1. TIPOS DE PARTO

Existen diversas modalidades por la que nace el bebé al final del término del embarazo, o en algunos casos, antes de las 40 semanas o 9 meses de gestación:

a) Parto vaginal espontáneo

En el parto natural, el bebé nace cruzando por la vagina de la madre, siguiendo las indicaciones del profesional de salud, con la asistencia de poca tecnología o ninguna y sin la ayuda de fármacos. En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico. Se conoce con el nombre de posición de litotomía, ha sido usada durante años como rutina en el nacimiento. Sin embargo, es una posición controvertida, pues el parto puede ocurrir naturalmente en posición vertical—por ejemplo agachada— en el cual la gravedad ayuda a la salida natural del niño. En la litotomía existe más probabilidad de descensos lentos, expulsivos prolongados, sufrimiento fetal y desgarros perineales maternos. Idealmente, el entorno de la madre en el momento del parto debería ser de tranquilidad, sin prisas, intimidad y confianza: luz suave, pocas personas y pertenecientes a su entorno íntimo, una posición cómoda elegida por ella, tal vez música o flores o aromas si a ella le gustan. También existe el parto en agua caliente, en el propio hogar, en hospitales o en centros privados. **(17)**.

b) Parto vaginal con fórceps

Ocasionalmente el parto vaginal debe verse asistido con instrumentos especiales, como el fórceps o pinza obstétrica que prensa la cabeza del recién nacido con la finalidad de asirlo y jalar de él fuera del canal de parto. Se indica con poca frecuencia en ciertos partos difíciles. Cerca del 20% de los partos en países desarrollados como los Estados Unidos, se realizan quirúrgicamente mediante una operación abdominal llamada *cesárea*. No todas las cesáreas son por indicación médica en casos de partos de alto riesgo, un porcentaje de ellos son electivos, cuando la madre elige por

preferencia que su bebé no nazca vaginal. **Ver Anexo. Registro Fotográfico. Fotografía Nro. 2**

2.3.2. INICIO DEL PARTO

Se espera que el parto de una mujer ocurra entre las semanas 37 y 42 completas desde la fecha de la última menstruación. El inicio del trabajo de parto varía entre una mujer y otra, siendo los signos más frecuentes, la expulsión del tapón mucoso cervical, la aparición de leves espasmos uterinos a intervalos menores de uno cada diez minutos, aumento de la presión pélvica con frecuencia urinaria, la ruptura de las membranas que envuelven al líquido amniótico—con el consecuente derramamiento del voluminoso líquido—con indicios de secreciones con sangre.

Aunque no existen evidencias científicas que lo apoyen, es frecuente oír que las madres sienten una urgencia de «limpiar el nido», poco antes del franco trabajo de parto, o dar los últimos toques al cuarto del bebé, afirmando hasta levantarse de madrugada con tales faenas. (Aunque sería muy fácil obtener pruebas científicas de que las madres digan que sienten la urgencia de limpiar el nido, u obtener pruebas científicas de que las madres no dicen que sienten la urgencia de limpiar el nido.)

d) Trabajo de parto falso

La aparición de contracciones uterinas breves e irregulares—tanto en intervalo como en duración—sin cambios cervicales se denomina trabajo de parto falso o *falsa labor*. A menudo resulta conflictivo, en especial durante los días finales del embarazo, decidir si se ha comenzado el trabajo de parto o la aparición de ciertos signos es una falsa alarma, en especial si se sienten contracciones que no aumenten en intensidad y frecuencia.⁶ Las contracciones leves previas a las verdaderas contracciones del trabajo de parto son normales y llevan el nombre de contracciones de BraxtonHicks. Además de ser contracciones leves, son esporádicas, no tienen un patrón definido y tienden a desaparecer con el descansar, cambiar de posición, baños tibios y la

hidratación. Es importante realizar un correcto diagnóstico del inicio de la fase activa del parto, ya que un error en el mismo puede conducir a una serie de intervenciones en el parto que no son necesarias. (17).

2.3.3. ETAPAS DEL PARTO

Se desconocen cuáles son las causas que precipitan el parto, pero se cree que determinadas sustancias producidas por la placenta, la madre o el feto, y de factores mecánicos como el tamaño del bebé y su efecto sobre el músculo uterino contribuyen al parto. Por lo tanto los efectos coordinados de todos estos factores son probablemente la causa de la aparición del trabajo del parto.

Se habla de inicio del parto cuando se conjugan varias situaciones como son las contracciones uterinas, el borramiento (o acortamiento de la longitud del cérvix) y la dilatación del cuello uterino. La fase activa del parto suele iniciarse a partir de los 4 cm. de dilatación del cuello uterino.

a) Prodrómico o preparto

Es un periodo excluido del trabajo del parto el cual no tiene un inicio definido, comienza con la aparición progresiva de un conjunto de síntomas y signos que le servirán a la madre para darse cuenta que se aproxima el momento del parto, aunque no siempre en forma inmediata. Este periodo puede durar hasta dos semanas y finaliza con la dilatación del útero. No todas las embarazadas perciben que están pasando por la etapa del preparto, por tanto, comienzan directamente con las contracciones rítmicas características del trabajo de parto. Durante este periodo se produce un incremento progresivo de la frecuencia e intensidad de las contracciones, se expulsa a veces el tapón mucoso y se incrementan las molestias a nivel de la pelvis.

b) Dilatación

El primer período del trabajo de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 s o más cada una y de una intensidad creciente. Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta un dolor cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a este período como período de dilatación. La duración de este período es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 18 horas) La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino.

c) Nacimiento o expulsión

También llamada período expulsivo o período de pujar y termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos. En el período expulsivo o segundo período distinguimos dos fases: la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. Es deseable no forzar los pujos hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el normal desarrollo del parto. **(17) Ver Anexo. Registro Fotográfico. Fotografía Nro. 3**

d) Alumbramiento

Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el

cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina. Ese movimiento natural del cordón umbilical proporcional al descenso de la placenta se conoce con el nombre de signo de Ahlfeld. **Ver Anexo. Registro Fotográfico. Fotografía Nro. 4**

El desprendimiento de la placenta ocurre en dos posibles mecanismos. El primero el desprendimiento ocurre en el centro de la unión útero-placentaria, mecanismo conocido como mecanismo de Baudelocque-Schultze y por lo general son cerca del 95% de los casos. Menos frecuente es cuando la placenta se desgarrar inicialmente de los lados de la unión útero-placentaria, conocido como el mecanismo de Baudelocque-Duncan. Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, las cuales ayudan a comprimir los vasos terminales del miometrio que pierden su utilidad después del parto, proceso que se conoce en obstetricia como las ligaduras vivas de Pinard.

Para muchos autores en el alumbramiento termina el período del parto, pero otros consideran un cuarto periodo que sería el de recuperación inmediata y que finaliza dos horas después del alumbramiento. En este período denominado "puerperioinmediato", la madre y el niño deben estar juntos para favorecer el inicio de la lactancia, la seguridad del niño y su tranquilidad. En este sentido, se emplea el concepto "alojamiento conjunto" para designar la permanencia del bebé en el mismo cuarto que su progenitora, mientras se encuentran en el hospital o lugar del alumbramiento. Para favorecer ese "alojamiento conjunto" e instaurar una lactancia exitosa es de vital importancia el descanso y la tranquilidad de la madre y el recién nacido, por lo que se deberían reducir en número y duración las visitas por parte del entorno durante los primeros días. **(17)**

2.3.4. MECANISMO DEL PARTO

Durante la mecánica del parto, los diámetros menores del feto pasan por los diámetros mayores de la pelvis materna. Con el fin de no quedar encajado en algún punto durante su trayectoria fuera del útero, el neonato pasa por una serie de movimientos naturales que constituyen el mecanismo del parto.

- Descenso: ocurre por acción de la gravedad una vez dilatado el cuello uterino, así como de las poderosas contracciones uterinas y de los músculos abdominales maternos. El descenso tiende a ser lentamente progresivo basado en la estructura pélvica materna.
- Flexión: la cabeza del feto se flexiona, de modo que el mentón fetal hace contacto con su pecho, al encontrarse el primer punto de resistencia del piso pélvico.

Encajamiento: el diámetro de la cabeza del feto que va desde un hueso parietal al opuesto, llamado diámetro biparietal, alcanza el estrecho superior de la pelvis a nivel de las espinas isquiáticas. Por lo general ocurre en la fase tardía del embarazo, justo al iniciarse el trabajo de parto.

- Rotación interna: ocurre en el estrecho medio de la pelvis, cuando el feto, al continuar su descenso, hace una rotación de 90° en el sentido contrario a las agujas del reloj, de modo de adaptarse a la configuración romboidal de los músculos del piso pélvico, entre el músculo elevador del ano y los ileocoxígeos. Así, la cara del bebé está dirigida mirando hacia el recto materno.
- Extensión: la cabeza del feto atraviesa el canal del parto, se extiende de tal manera que la frente se desplaza primero el orificio vulvar. La cabeza está por debajo de la sínfisis púbica y ha distendido al máximo el perineo.
- Rotación externa: una vez que ha salido la cabeza, se gira 45° para restaurar su posición original antes de la rotación interna y quedar en posición normal en relación con los hombros. Se denomina por ella la restitución, haciendo el paso de los hombros más factible.
- Expulsión: el hombro púbico tiende a salir primero, seguido por el hombro perineal. El resto del cuerpo sale por sí solo con una leve impulsión materna.
- Estos movimientos son todos debido a la relación que existe entre la cabeza ósea y hombros del feto y el anillo óseo de la pelvis materna.

2.3.5. FISIOLÓGÍA DEL PARTO

El inicio de las contracciones uterinas puede que se deba a un aumento de la concentración de ciertas prostaglandinas y del aumento en el número de receptores para la oxitocina. Los amnios y el corion producen fosfolípidos que son metabolizados en ácido araquidónico, del cual se sintetizan los eicosanoides prostaglandina I (PGI) y F (PGF), los cuales aumentan durante el parto humano. En total, los cambios bioquímicos que anteceden al trabajo de parto tienen como finalidad liberar al miometrio de los elementos inhibitorios presentes durante el embarazo, como la progesterona, prostaciclina, relaxina, lactógeno placentario humano y el óxido nítrico. A su vez, el útero es activado o estimulado por otras proteínas asociadas a la contracción muscular, como la oxitocina y otras prostaglandinas estimuladoras.

2.3.6. CONTROL DEL TRABAJO DE PARTO

Los centros asistenciales equipados con salas de parto tienen diferentes procedimientos y protocolos en la atención del parto. Entre los más frecuentes usados para el monitoreo de la madre y su bebé, están:

- Auscultación: de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) usando un estetoscopio o con ultrasonido. En algunos centros se acostumbra imprimir el control de los latidos del feto, y en otros son apuntados en un parto grama por el personal de atención al parto. Se recomienda auscultar la FCF de forma intermitente, durante 60 segundos como mínimo, cada 15 minutos en el periodo de dilatación y cada 5 minutos en el periodo de expulsivo. La auscultación intermitente deberá interrumpirse y sustituirse por la monitorización continua cuando aparezcan alteraciones en la FCF o en la evolución del parto.
- Dinámica uterina: el control de las contracciones uterinas puede ser realizado de manera mecánica, usando un manómetro y ocasionalmente un catéter de presión intrauterino el cual brinda lecturas más precisas de las contracciones uterinas y de los latidos fetales.
- Control de signos vitales: tales como el pulso, la Presión arterial y la frecuencia respiratoria de la madre durante el trabajo de parto. Todos estos

valores son registrados en un partograma que dura mientras dure el trabajo de parto.

- El tacto vaginal es el método más aceptado para valorar el progreso del parto. El número de tactos debe limitarse a los estrictamente necesarios. Éstos suelen ser experimentados por las mujeres como una fuente de ansiedad, ya que invaden su privacidad e intimidad. Siempre que sea posible deben ser realizados por la misma matrona, ya que se trata de una medida con un componente de subjetividad.
- La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido.¹² El estudio de la frecuencia cardíaca fetal constituye el método más utilizado actualmente para conocer el estado de oxigenación del feto. El control de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) durante el parto puede realizarse de manera intermitente mediante el estetoscopio de Pinard o utilizando ultrasonidos (Doppler) en las mujeres de bajo riesgo y con una evolución normal del parto.

2.3.7. LESIONES DEL CANAL BLANDO DE LA VAGINA

En el momento del parto es frecuente que la zona perineal sufra daños que pueden ser más o menos importantes. Existen una serie de factores que pueden influir en su aparición: el masaje perineal prenatal, la paridad, la posición en el expulsivo, el profesional que asiste el parto, la práctica o no de episiotomía, la macrosomía fetal, el tiempo de duración del expulsivo y la analgesia epidural. También son más frecuentes las lesiones si se trata de un parto instrumental, particularmente si se usan fórceps. La posición en el expulsivo determina en gran medida el posible trauma perineal:

- En la posición lateral se consiguen más perinés intactos (66,6%).
- Se practican más episiotomías en la posición semisentada o en decúbito supino que en cualquier otra posición, sobre todo en mujeres nulíparas.

- En las posiciones verticales (de pie y cuclillas) se producen menos episiotomías, aunque esto se encuentra contrarrestado, en parte, por un aumento de los desgarros perineales de segundo grado, así como de laceraciones y desgarros labiales. Asimismo, se producen escasos desgarros de tercer grado, y de los que aparecen, existe una incidencia siete veces mayor en posiciones verticales sin apoyo (cuclillas, rodillas o de pie) que en las verticales con apoyo (taburete o silla de partos).

Una mayor cantidad de traumatismos perineales (>53%) y la tasa más baja de perinés intactos (<42%) se dan en la posición de cuclillas para las nulíparas. También en nulíparas se produce la tasa más alta de desgarros de tercer grado (3,2 comparado con el 0,9% del total). Por tanto, las posiciones menos lesivas para el periné en el expulsivo son la posición lateral o las posiciones verticales con apoyo. Sin embargo, puesto que en las revisiones efectuadas los resultados no son concluyentes, se debe dejar a la mujer elegir la postura en la que se encuentre más cómoda.

a) La Episiotomía

Según la OMS (1996), el uso indiscriminado de episiotomías tiene efectos perjudiciales y, por tanto, se aconseja su uso restringido en el parto normal. Un porcentaje del 10% de episiotomías sin que se produzcan lesiones en la madre o el bebé sería un buen objetivo a alcanzar. **Ver Anexo. Registro Fotográfico. Fotografía Nro. 5**

Entre los beneficios de esta práctica se encuentra el hecho de que previene el traumatismo perineal de la zona anterior, y entre sus inconvenientes:

- Mayor lesión perineal y sus secuelas.
- No previene la debilidad de la musculatura del suelo pélvico y sus secuelas.
- No protege al feto de la asfixia intraparto.
- Aumenta la pérdida sanguínea de la mujer.

- Incrementa la profundidad media de los desgarros perineales posteriores.
- Aumenta el riesgo de lesión al esfínter anal.
- Incrementa los problemas de cicatrización y el dolor en los primeros días posparto.

En función de los datos anteriores, se recomienda el uso restrictivo de la episiotomía únicamente en las indicaciones maternas o fetales siguientes:

- Riesgo de pérdida del bienestar fetal.
- Parto vaginal complicado.
- Cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado anteriores mal curados.

Ver Anexo. Registro Fotográfico. Fotografía Nro. 6

2.3.8. CLASIFICACION DEL TRABAJO DE PARTO

Se clasifica según la edad de gestación en:

- a) **Parto inmaduro.**- entre las 20 y 28 semanas.
- b) **Parto pretermino o prematuro.**- Entre 28 y 36 semanas.
- c) **Parto de término.**- Entre las 37 y 40 semanas.
- d) **Parto posttermino.**- Después de las 42 semanas en adelante **(18)**

2.3.9. APOYO Y ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO

Todas las mujeres deben contar con apoyo durante el trabajo de parto y el parto. El apoyo proporcionado por la pareja, u otra persona elegida por la mujer, complementa el que prestan los profesionales. Todas las mujeres tendrían que poder elegir la persona que les proporcionará apoyo social durante el parto; ya sea la pareja, otro miembro de la familia o una amiga. Se debe respetar los deseos de las mujeres y proporcionarles apoyo físico y emocional. El apoyo continuo de la mujer durante el

parto ha demostrado tener beneficios, como son una menor utilización de analgesia farmacológica y del número de parto vaginal, instrumental y cesárea; asimismo, las mujeres se sienten más satisfechas con su experiencia del parto. En los programas de educación maternal se debe ofrecer a las mujeres gestantes instrumentos y estrategias para afrontar el dolor y el estrés en el trabajo de parto. El alivio del dolor durante el parto contribuye a aumentar el bienestar físico y emocional de la gestante y debe de ocupar un lugar prioritario en los cuidados. Debe proporcionarse información a las mujeres en la gestación y el parto sobre los métodos farmacológicos y no farmacológicos disponibles. Algunas de las técnicas complementarias no farmacológicas de alivio del dolor en el parto que se utilizan son:

- Deambulación y cambios de posición durante la dilatación y el expulsivo.
- Poder moverse libremente durante el proceso de parto ayuda a la mujer a afrontar la sensación dolorosa. La evidencia disponible sugiere que si la mujer está en posición vertical en la primera fase del parto tiene menos dolor, menos necesidad de analgesia epidural, menos alteraciones en el patrón de la FCF y se acorta el tiempo de la primera fase del parto. Además, la verticalidad y el movimiento favorecen que el bebé tenga el máximo espacio posible en la pelvis.
- Apoyo continuo de la gestante.
- Los efectos del apoyo continuo de la mujer durante el parto ha sido objeto de una revisión Cochrane, en la que se ha concluido que las mujeres que contaron con apoyo continuo durante sus partos tuvieron menor necesidad de analgésicos y estuvieron más satisfechas con la experiencia.
- Uso del agua como analgésico.
- La utilización del agua caliente durante la dilatación induce a la mujer a la relajación, reduce la ansiedad estimulando la producción de endorfinas, mejora la perfusión uterina y acorta el periodo de dilatación, y aumenta la sensación de control del dolor y la satisfacción. Los resultados de la revisión Cochrane muestran que la utilización del agua caliente reduce de forma estadísticamente significativa el uso de analgesia epidural durante el periodo

de dilatación sin efectos adversos en la duración del trabajo de parto, la tasa de partos quirúrgicos y el bienestar neonatal

- Inyecciones de agua estéril.
- Esta forma de analgesia consiste en la administración de agua estéril mediante inyección intracutánea (0,1-0,5 ml) se forman unas pápulas de agua que estimulan los receptores de presión. La transmisión de estos estímulos hacia el cerebro interrumpe la transmisión de los estímulos dolorosos a través de los nervios espinales. Las inyecciones deben ponerse a ambos lados de la base de la columna vertebral dentro del área comprendida por el rombo de Michaelis. Existen varios estudios con buena calidad metodológica en los que se demuestra su efectividad analgésica
- TENS, acupuntura, técnicas de relajación y masajes.

Son otras técnicas no farmacológicas de alivio del dolor en el parto sobre las que no existe evidencia científica demostrada, aunque algunos ensayos clínicos recomiendan su utilización.

Papel de la pareja en el parto

Cada vez es más evidente que la participación de la pareja de la mujer durante el nacimiento conduce a mejores partos y también afectan de manera positiva los resultados posparto. Las investigaciones también muestran que las mujeres que tuvieron apoyo continuo durante el parto, como un miembro de la familia de la paciente, tienen resultados significativos en términos de reducción en la tasa de cesárea, partos instrumentalizados (como el uso de fórceps), menos anestesia, episiotomía, uso de oxitocina y mayor tiempo de apego, así como una reducción de la duración del trabajo de parto y el bebé nace con una mayor puntuación Apgar (Dellman 2004, Vernon 2006). La pareja puede proporcionar apoyo físico y emocional: ayudando a la mujer a que comprenda cómo progresa el parto, apoyarla en las contracciones, las respiraciones adecuadas, etc.

Un estudio español demostró cierto alejamiento de los hombres con respecto al proceso de embarazo, parto y posparto y que la vivencia del padre en el proceso de nacimiento es corporalmente mediado, que los desplaza a un segundo plano e imposibilita participar en ciertas actividades y vivencias. Por lo general, el padre no muestra tanto una actitud proactiva, sino que más bien quedan a la espera, finalmente frustrada en muchos casos, de que los servicios sanitarios les asignen un espacio y un papel que desempeñar.

Anestesia Epidural

Consiste en la administración de diferentes fármacos analgésicos a través de un catéter colocado en el espacio epidural de la médula espinal.

2.3.10. COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO

Las complicaciones del parto pueden ocurrir durante cualquiera de los periodos del parto y requieren de una intervención rápida y eficaz para evitar el daño en la madre y en su bebé.

Son dificultades que entorpecen el normal desarrollo del proceso del parto que ocurre generalmente durante el alumbramiento y requieren la intervención de un Obstetra.

La utilización de tecnología médica incomoda a la mujer, pues altera su salud y la de su recién nacido.

La no progresión del parto puede deberse a contracciones uterinas muy débiles o irregulares que no producen la dilatación cervical y se trata generalmente con oxitocina sintética intravenosa o con prostaglandina en gel tópico cervical.

También puede deberse a una desproporción cefálica pélvica debido a macrosomía fetal o a estrechez del canal pélvico.

- a. **El sufrimiento fetal** es la aparición de signos que indican el deterioro biofísico del feto. El término de sufrimiento fetal está últimamente cayendo en desuso en la bibliografía clínica, y se están usando los de «sospecha de pérdida de bienestar fetal» o «pérdida definitiva de bienestar fetal». Los signos a los que hacíamos antes referencia son básicamente la alteración del patrón normal del ritmo cardíaco fetal. Para ello se monitoriza a la madre con un toco cardiografía fetal la cual establece cierta relación de dos variables que son, la frecuencia cardíaca fetal y la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas. A su vez otro signo que hace pensar en la pérdida de bienestar fetal, es la aparición de líquido amniótico de color verde o teñido de meconio (heces fetales), el cual es expulsado cuando el feto circunstancialmente o de forma crónica tiene un déficit en el aporte de oxígeno.
- b. **Problemas de respiración neonatal:** como solo usan los dedos para extraer las secreciones de la nariz y de la boca, muchas veces es insuficiente y los recién nacidos se bronco aspiran.
- c. **Trauma del nacimiento:** No progresión de la expulsión fetal, una vez salida la cabeza del feto el resto del cuerpo no logra salir por falla en las contracciones uterinas, para ello interviene el obstetra que debe hacer uso del fórceps, vacuum o finalmente cesárea.
- d. **d) Distocia de hombros:** se queda un hombro dentro del canal del parto y no se puede producir el descenso del feto al exterior.
- e. **e) Hipotermia:** el baño que recibe el neonato inmediatamente después de su nacimiento provoca un cambio de temperatura brusco y como el termostato de su cerebro del recién nacido es inmaduro no puede regular ese cambio brusco provocándole incluso su deceso.

Tanto la no progresión del parto como el sufrimiento fetal se tratan acortando el periodo de dilatación, ya sea mediante fórceps, vacuum extractor o practicando una cesárea de emergencia.

- e) **fiebre puerperal** ha sido en el pasado una causa importante de muerte materna, debido a la deficiente asepsia durante el parto, así como a la mayor susceptibilidad a las infecciones por la madre si tiene anemia o desnutrición.

2.3.11. PARTO FISIOLÓGICO

Para que el parto transcurra en la forma más fisiológica posible tanto la parturienta como su pareja deben de estar suficientemente preparados para la "prueba" a la que se enfrentan.

En el parto, donde los principales protagonistas son la madre y el niño que nace, tradicionalmente se ha privado al padre de la presencia y colaboración en el parto. En algunas sociedades el parto está vetado a todos los varones. En las últimas décadas del siglo XX, el padre cada vez tiene una presencia más activa.

- a) **Posición de litotomía**, favorece los desgarros perineales, dificulta la ventilación pulmonar y la presión sanguínea.
- b) **El rasurado púbico**: produce infecciones y laceraciones.
- c) **La solución glucosada endovenosa**: reduce la tolerancia al dolor
- d) **Inducción o Conducción**: produce hiperestimulación, anoxia, hemorragia intracraneal, espasmos uterinos con la separación prematura de la placenta, laceraciones del canal del parto y ruptura uterina.
- e) **Episiotomía**: no es fácil su reparación, no mejora la función de los músculos peri anal, provoca laceraciones severas, dispareumia y pérdida sanguínea.

El parto, que en la mayoría de las ocasiones ocurre sin incidencias, se ha convertido en un proceso médico de alta tecnología, que ocurre en paritorios de grandes hospitales, con un equipo sanitario multidisciplinario compuesto por obstetra, matrona, anestesista, pediatra, etc. En la mayoría de las culturas del planeta, el

nacimiento es considerado el comienzo de la vida de un individuo y su edad definida relativo a la fecha del parto.

Placenta humana, lado fetal hacia arriba, comestible en ciertas tradiciones.

Algunas familias ven a la placenta como una parte especial del nacimiento por motivo de su rol en la nutrición y soporte vital por tantos meses. Algunos tienden a querer ver o tocar al órgano, en otras culturas es costumbre enterrar a la placenta y sobre ella se planta un árbol, el día del nacimiento del infante. En otras culturas la placenta es ingerida por los familiares del neonato, de manera ceremonial, un hábito denominado placentofagia. La placenta es usada también con fines cosméticos.

2.3.12. PARTO INSTITUCIONAL

El parto institucional es aquel que es atendido por el personal de salud dentro del Centro de Salud o también el parto domiciliario atendido por el personal de salud. No incluye el parto domiciliario atendido por partera aunque esta haya sido capacitada por el personal de salud.

En este tipo de atención, primero se inicia con la interrogación general, de la mujer y la exploración física, se la traslada a la sala de labor, se le proporciona bata hospitalaria y permanece acostada en una cama, se le realiza a veces rasurado de la parte genital o vello púbico, se da anestesia epidural y oxitócicos, de ahí se la lleva a sala de expulsión, se la coloca en la mesa en posición de litotomía, haciéndoles asepsia y antisepsia de la región perianal, episiotomía y en el posparto revisión de la placenta, atendido por médico general.(19)

El término personal o proveedor calificado se refiere exclusivamente a aquellas personas con destrezas en la atención profesional de parto, por ejemplo médicos, paramédicos, parteras capacitadas, enfermeros que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas necesarias para brindar cuidados competentes durante el embarazo y el parto.

La atención calificada se refiere al proceso mediante el cual una mujer embarazada y el bebé reciben un cuidado durante su embarazo, su parto, puerperio y atención neonatal, sea que el parto haya sido en su hogar, en el centro o hospital. Para que esto ocurra el proveedor deberá tener las destrezas necesarias, contar con el apoyo necesario de un entorno habilitante en los diferentes niveles de atención de salud. Esto incluye

Políticas y normas, suministros adecuados, equipamiento e infraestructura, además de un eficiente y efectivo sistema de comunicación, de referencia y transporte.

Según la Organización mundial de Salud, un establecimiento de salud que ofrece una mala atención es un peligro y además hace más difícil el acceso y el uso de atención calificada, pues las malas experiencias fundamentan expectativas negativas.

Por lo que los servicios de salud tomen en cuenta las costumbres y creencias de las poblaciones locales, para que la comunidad perciba el servicio positivamente y acuda a buscar atención.

2.3.13. CESAREA

En la sociedad occidental de los países desarrollados el nacimiento de un niño se ha medicalizado hasta extremos peligrosos, donde el énfasis se sitúa en obtener un bebé sano a cualquier precio y donde se tiende a la práctica cada vez más frecuente de nacimientos por cesárea.

El parto es concebido por ciertos elementos de la sociedad como un proceso doloroso, casi como una enfermedad, cuando es un proceso fisiológico en el que puede aparecer el dolor. Existe tanto pánico al dolor, que la raquianestesia (anestesia epidural) es un acto médico cada vez más frecuente en los partos del mundo occidental.

Aunque la discusión de éste fenómeno se encontraba ausente en la literatura médica y científica, algunos grupos feministas se han interesado en recopilar información sobre mujeres que experimentan orgasmos durante el parto. Existen eventos

similares durante un orgasmo y el dar a luz, ambos implican contracciones involuntarias de muchos músculos comunes. El orgasmo libera endorfinas, los cuales ayudan a mediar el dolor, así como la hormona oxitocina, el cual juega un papel importante en el parto y en el apego materno-infantil. Algunos autores indican que el orgasmo durante o poco antes del parto puede ser interpretado como un evento doloroso por razón de la expectativa de las contracciones durante la dinámica uterina. En la literatura médica y científica, las únicas asociaciones entre el orgasmo y el dar a luz se fundamentan en la manera en la que las nuevas madres experimentan sus orgasmos después del parto en comparación con sus experiencias antes de su primer parto. Esta relación pre- y post-parto de la experiencia del orgasmo puede poner en relieve alguna etiología de la dispareunia y orgasmos inhibidos después del embarazo.

El periodo de las mujeres en edad fértil se considera entre los 15 y 49 años, alcanzando su máxima capacidad entre los 20 y 35 años, por lo cual una mujer que no regule su fecundidad puede tener alrededor de 15 hijos, pero poniendo en riesgo en muchos casos su salud así como la de sus descendientes, esto ha sido demostrado en el año 1923 entre las primeras investigaciones en multíparas corroborado por las prácticas médicas, demostrando además la asociación que existe entre una elevada morbilidad y mortalidad materno-infantil y los embarazos en mujeres mayores de 40 años con enfermedades crónicas no transmisibles: malnutrición severa y otras carencias de índole social.(16)

2.3.14. MORTALIDAD MATERNA

Es la Muerte Materna durante el embarazo o dentro de las 42 horas posteriores a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo y o su desarrollo, pero no a causas accidentales o incidentales.”(22)

La razón de la Mortalidad Materna (RMM) en Bolivia se ha incrementado en los últimos años, ascendiendo de 229 a 310 casos por cada 100.000 nacidos vivos,

según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ocupando el segundo lugar de muertes materna e infantil en el mundo.

Las causas más frecuentes de Mortalidad materna son: toxemia, hemorragia, infección, shock y aborto.

La OMS revelo que de 10.000 nacimientos vivos, existen más de 400 casos de Muerte Materna en Países no Industrializados, y en cambio son 9 casos de 100.000 en Países Desarrollados. Las regiones con más alto índice de Mortalidad materna están en el Sur de Asia y en África (UNICEF), alerta sobre la vulneración a la cual están expuestas miles de mujeres en todo el mundo **(23)**.

En Bolivia la tasa de mortalidad Materno Infantil continua siendo elevada, sobre todo en el área rural, la que por distintos factores socioculturales presenta partos domiciliarios, incrementando las cifras de Morbilidad y mortalidad **(23)**

Las madres fallecidas en el 2000 durante el embarazo, parto y puerperio dejaron en la orfandad a por lo menos 444 recién nacidos/as. Si se considera el número de hermanos/as mayores afectados dado que la mayor parte de las muertes maternas ocurrieron en mujeres con más de tres hijos, el impacto de la estabilidad del núcleo familiar se multiplica por la alta paridad de la mujer boliviana, y muy especialmente la mujer del campo.

Las desigualdades en la probabilidad de muerte materna siguen siendo mayor para las mujeres que vienen en el área rural, aquellas que tienen bajo grado de instrucción, las que son de origen indígena y/o campesina y también las que han migrado a los centros urbanos en busca de mejores condiciones de vida.

2.3.15. MORTALIDAD INFANTIL

- -A nivel departamental según el censo de 2001, de cada 1000 niños que nacían, 88 fallecían.
- -En el ámbito provincial o rural del departamento era de 74.26% por cada mil nacidos vivos.

Bolivia redujo la tasa de mortalidad infantil en un 43 %, a pesar de ello la tasa de mortalidad en menores de cinco años sigue siendo la tercera más alta en la región (UNICEF) esto al pasar de 94 a 54 muertes infantiles por cada cien mil nacidos vivos entre 1989 y el 2003, aunque un 75 % de niños menores de cinco años vive en condiciones de pobreza, cifra que llega a 84 % en el área rural.

El informe del programa multisectorial desnutrición cero en el 2007, uno de cuatro niños es desnutrido antes de llegar a los dos años, donde cerca de 125.000 niños / as no han logrado un natural crecimiento. **(24)**.

2.3.16. TASA DE NATALIDAD.

La tasa de natalidad (proporción de los nacidos vivos en el año calendario en el total de la población), factor demográfico que se tiene a nivel provincial y no así municipal.

Para el municipio de Reyes no se pudo determinar esta tasa, porque la Secretaria Departamental de Salud no registra el total de niños nacidos vivos en la jurisdicción municipal de Reyes.

2.3.17. MORTALIDAD NEONATAL

La tasa de mortalidad neonatal del año anterior fue de tres, este año es hasta el momento de seis neonatos, los que están registrados, pero no muestra la verdadera realidad del Municipio por la falta de registros en los Centros de Salud del área rural, por lo que no existen fuentes respectivas, como son personal de estadística que cubra esa área de salud, a nivel de la provincia Ballivián. **(4)**.

2.3.18. PARTO DOMICILIARIO

Para que un parto domiciliario sea atendido correctamente sólo son necesarias unas mínimas preparaciones. La matrona ha de asegurarse de que hay agua limpia y que la habitación tiene una temperatura óptima. Se ha de lavar las manos concienzudamente. La ropa y toallas calientes han de estar preparadas para arropar al recién nacido y mantenerlo caliente. Debe existir a su vez un equipo de parto, como recomienda la OMS para crear un campo lo más limpio posible de cara al nacimiento y a los cuidados del cordón umbilical. Así mismo deben existir facilidades de transporte en caso de que la mujer deba ser trasladada a un centro de referencia.

2.3.19. ANTECEDENTES DEL PARTO DOMICILIARIO

Investigación realizada en mujeres del área rural e indígenas, tienen preferencia por parto domiciliario, por diferentes causa o factores, hace que estas mujeres se arriesguen al parto en domicilio, sin importar si el servicio de salud cuenta con infraestructura adecuada y personal capacitado Dr. Pedro Mamani; factores que conduce a la preferencia de la madre por el parto domiciliario en el área de influencia del centro de salud Charasani. La paz 2006. **(2)**

La investigación realizada, sobre creencias y costumbres del embarazo en mujeres nativas, realizada por Armando Medina Ibáñez y Julio Mayca Pérez, 2009, quienes relacionan la forma de cultura y sus diferente costumbres y creencias en la atención de parto domiciliario y si estas poblaciones indígenas reconocen o no signos de peligro durante el embarazo parto y puerperio y se llega a la conclusión de que la mayoría lo hace, pero su cultura enfocado como vergüenza hace muchas veces que tomen decisiones erróneas, que afectan o incrementan la mortalidad Materna Infantil.**(11)**

El estudio de la atención de parto vertical por Al maguer Alejandro, García Hernán y Vargas Vicente. En su estudio documentado como atención intercultural del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud, muestran las grandes ventajas y disposición del cuerpo en el momento del parto, para la innovación del parto vertical y lo que fomentar este tipo de cultura a las mujeres indígenas, nos

daría la ventaja de que dichas mujeres den a luz en los diferentes centros de Salud, donde se le proporcionaría además la salud plena de la madre y del recién nacido , sin tener que preocuparse por ningún tipo de complicación y nos haría acercarnos más a ese tipo de población tan desprotegida , como es la mujer indígena y la campesina que poco o nada acude al centro de salud.**(14)**

Esta investigación en lo que refiere a los Aspectos Sociales del Embarazo y fecundidad adolescente en América latina por Pantelides Alejandra en 2001, nos muestra al embarazo y maternidad en la adolescencia, marca algo tan importante como es el embarazo y parto de mujeres demasiado jóvenes que es un problema macro social, como es su lugar de residencia , sus recursos económicos, anticoncepción, estructura familiar, interacción con padres adulto y otros grupos pares, además se analizan su edad, grupo étnico, recursos, su percepción sobre la reproducción sexual adolescente. para ellos y su entorno.

En esta edición, comenta sobre la intervención de UNICEF y de varios Países en cuanto al apoyo de los derechos de los niños indígenas en febrero del 2004, de su cultura, religión costumbres, ha sido reforzadas por la organización Internacional de Trabajo, el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas y Movimiento de los Pueblos Indígenas y otros, apoyan el derecho a mayor participación y empoderamiento en la toma de decisiones, en lo que esta su vida en plenaria, además de preservar y alimentar su patrimonio.

Otra edición nos da a conocer el derecho de todos los niños en contar con entornos saludables con énfasis en Agua Potable y Saneamiento Básico, e Higiene, mediante políticas del desarrollo del Milenio, claves para una vida digna y el vivir bien.

La Dra. LifchitzAliza comente en su publicación vida y salud sobre la preparación de las mujeres durante el embarazo, con sus diferentes etapas, sus síntomas, cuidados, riesgos, complicaciones, parto. Sobre la fertilidad y sus problemas de poder embarazarse, el estrés del vivir en ciudades con la vida agitada que implica esto y consume a las personas dejándolas sin espacio, para cuidar su salud.**(10)**

2.3.20. PARTO NATURAL

Es aquel que se desarrolla con la mínima intervención y donde se destacan estos elementos:

Con la intimidad, un entorno favorable, acompañados y en un **ambiente familiar**. Con la libertad de decidir cómo, donde, cuanto, con quien transitar ese proceso. Sin que interfieran con la labor de parto los que lo atienden.

Respetando el reflejo de expulsión fetal se define como la necesidad imperiosa de empujar que en un momento dado tiene la mujer, y que no puede controlar. Si este momento se respeta, él bebe nace al cabo de pocos instantes.

Otro aspecto importante del parto natural es la no utilización de medicamentos durante el **trabajo de parto**, ya sea para provocar contracciones, para aliviar los dolores, o para cambiar los tiempos de la naturaleza y el universo. La utilización de agua caliente es habitual en este tipo de partos, pues actúa en la última fase de la dilatación como un analgésico. La mujer se sumerge dentro del agua, y el ritmo y la intensidad de las contracciones disminuyen sin bloquear el proceso de dilatación.

Es necesaria una partera competente, que contenga en todo momento a la mujer en el momento de parir.

a) VENTAJAS Y DESVENTAJAS

En casa, la mujer cuenta con la intimidad y la comodidad del su entorno familiar, rodeada de quien ella elija, sin límites de tiempo y espacio.

En el **trabajo de parto y el parto** la mujer puede expresar las emociones y los sentimientos que desbordan ante el nacimiento de su hijo.

Sus necesidades son prioritarias y nada se hace sin su consentimiento.

Todo el nacimiento fluye con total naturalidad, sin que los asistentes intervengan si no es absolutamente necesario.

La mujer puede hacer lo que desee: caminar, ducharse, tomar un baño de inmersión, escuchar música, dormir, comer, beber, etc.

La mujer no necesita preocuparse de cuándo ir al sanatorio, no se tiene que mover de la casa.

La mujer y su pareja deben asumir una gran responsabilidad de su estado de salud, tanto físico, como mental y espiritual.

Requiere su continua participación en lo que se refiere al cuidado y a la certeza para aceptar los resultados de las decisiones tomadas.

La pareja debe trabajar junto a su partera el deseo y el costo/ beneficio del plan de parto elegido. **(20)**.

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

El parto es un evento natural, donde su atención es por parteras tradicionales donde se hace uso de conocimientos y recursos comunitario.

La atención del parto se realiza en las viviendas de las mujeres donde la parteras suelen recomendarles, tener disponibles dos hamacas limpias, una para la atención del parto y la otra hamaca para que descansen luego del parto la madre y el recién nacido.

La partera arriba cuando la mujer presenta dolores de parto, la mujer camina y le hacen masajes abdominales o “sobadas” para estimular las contracciones uterinas y además acomodan al feto.

En el momento del parto la mujer se acomoda de la forma que para ella sea más cómoda (cuclillas, echada, sentada al borde de la cama o en el suelo) extiende sus

brazos y se agarra con fuerza de los extremos de la cama o de sus rodillas, muchas veces el esposo u otro familiar la sujeta por la espalda de sus axilas para que se apoye en el, con seguridad, limpian la zona perineal, rompen la bolsa amniótica, revisan la placenta.

Las secreciones del recién nacido fueron extraídas en forma manual, envolviendo sus dedos en algodón, se usa cintas de trapo o hilos de hamaca o cintas para amarrar el cordón umbilical y se corta el cordón con navaja de rasurar o tijeras y finalmente bañan al recién nacido (19).

2.3.21.LA PARTERA O MATRONA

Una **matrona** o un **matrón** (el género masculino del término se incluirá en la vigésimo tercera edición del Diccionario de la Real Academia Española) es la persona que se encarga del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, de la asistencia al parto y seguimiento del posparto, así como también de la regulación de la fecundidad (métodos anticonceptivos). Es un término derivado del latín que, a pesar de no tener forma masculina aceptada, es el más utilizado, y existen también los sinónimos **comadrón/comadrona** y **partero/partera**. Además de la asistencia a la mujer embarazada, son personas también capacitadas para prestar atención ginecológica a mujeres sanas (por ejemplo, en la realización de citologías), en la asesoría en planificación familiar y en la atención durante la menopausia.

Se trata de personal sanitario especializado en el seguimiento de los embarazos de bajo riesgo, la atención al parto y el cuidado de la embarazada durante el periodo de posparto. Apuestan por una asistencia no medicalizada, intentando que el parto sea lo más natural posible. Aunque la formación de la matrona también comprende la asistencia al parto en determinadas situaciones anormales, como los partos de nalgas (utilizando siempre técnicas no invasivas), están capacitadas para reconocer aquellas situaciones de riesgo donde es necesaria la intervención médica, siendo los gineco-obstetras los especialistas encargados de prestar la asistencia en tales situaciones.

La función de la matrona se complementa con la del obstetra, al cual son derivadas las mujeres que necesitan cuidados que están más allá del ámbito de actuación de los matrones. Aunque en muchos sistemas de salud ambos profesionales trabajan en colaboración, hay zonas del mundo donde las matronas tradicionales (renombradas como "asistentes tradicionales al parto" por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros grupos) son las únicas autorizadas para proveer cuidados a la mujer embarazada.

Básicamente desde un punto de vista la "Partera" o también conocida como "Matrona" y el o la "Ginecoobstetra" realizan el mismo trabajo con las diferencias de que la Partera es más tradicional y la Ginecoobstetra está más evolucionada y ésta preparada para cualquier complicación durante y después del parto.(21)

2.3.22.LUGAR DEL PARTO

Mientras que en muchos países desarrollados el parto pasó de ser un proceso natural a 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 mujeres se les dejaba solas por un gran período de tiempo; se las controlaba desde lejos. Este era el lado opuesto de aquellas partes del globo en las que no más del 20 % de las mujeres tienen acceso a algún tipo de facilidad para dar a luz. La llamada a retornar al proceso natural en muchas partes del mundo civilizado hizo que se abrieran los paritorios a los padres y a otros miembros de la familia, pero la ubicación siguió siendo la misma: el hospital. (21).

2.3.23. DOLOR DURANTE EL PARTO

Casi todas las mujeres experimentan dolor durante el parto, pero la respuesta de cada mujer a este dolor se manifiesta de forma diferente. De acuerdo con

experiencias clínicas, un parto anormal, una distocia complicada, inducida o acentuada por oxitócicos, o resuelta con un parto instrumental, parece ser más doloroso que un parto natural. De todas formas incluso un parto completamente normal también resulta doloroso **(21)**.

2.3.24. CÓMO EVITAR EL DOLOR

Con analgésicos, ofrecer a la mujer la posibilidad de adoptar la postura que ella prefiera, en o fuera de la cama. Muchas mujeres sienten alivio del dolor tomando una ducha o un baño. También parecen ser efectivos los masajes por el acompañante. Estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias como la música, técnicas para concentrar la atención, técnicas de respiración, relajación y preparación oral, alejando la atención del dolor. **(21)**.

2.3.25. MEDICINA TRADICIONAL

Es el conjunto de conocimientos, habilidades y practicas basadas en teorías, creencias y experiencias indígenas de distintas culturas que pudiendo explicarse o no, se utilizan para el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, el diagnostico, el mejoramiento o tratamiento de las enfermedades físicas y mentales.

Debemos señalar que en la Normativa de la salud Materno Infantil, no existen muchos datos en el centro por que poco o nada se realizaron este tipo de estudio en la localidad de Reyes.

La constitución Política del estado en su artículo 7, establece haber elaborado protocolos del Sistema Único de Salud, los mismos han sido validados por diferentes colegios médicos, por especialidades y sociedades científicas, además se han incorporado protocolos interculturales y tratamientos con medico tradicional desde la visión de pueblos indígenas originarios; Aymaras, Quechuas, Guaraníes, elaborado con las organizaciones de los médicos tradicionales, parteros/as, familia y la comunidad y / o barrio**(25)**.

Por lo que la importancia de este trabajo es, que a pesar de la implementación de este tipo de estrategias, como el Bono Juana Azurduy y Juancito pinto continua siendo bajo la asistencia para la atención de parto institucional, por parte de las mujeres embarazadas al centro de salud , lo que nos da un porcentaje bajo, (67%),

probablemente debido a la falta de propagandas tanto radiales, como televisivas, las cuales en nuestro País no tienen accesibilidad en muchos puntos del país, y el hecho de que un elevado número de sus habitantes no tiene conocimiento de estos tipos de seguros públicos de salud, para la asistencia gratuita a estos centros, a diferencia de otros países latinoamericanos.

En la idiosincrasia de esta zona está fuertemente establecida el pensamiento de pertenencia a un país llamado Bolivia y la cual la toma no como a un hijo y mantiene a esta región olvidada, y desde la aparición de la llamada Autonomía propuesta hace siete años atrás los “cambas” que es un nombre guaraní (cuimbae) que significa amigo, hombre, señor, señora, donde la hospitalidad y la franqueza es su peculiaridad, son personas que aman su territorio, su música, son alegres y se sienten libres, les encanta convivir con la naturaleza que les proporciona todo lo que ellos creen y es suficiente para vivir con tranquilidad, con un lenguaje característico y propio de toda esta región oriental.

CAPITULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

METODOS DE INVESTIGACION

3.1. TIPODE INVESTIGACION

El presente estudio es de tipo cualicuantitativo, longitudinal, descriptivo, rettroprospectivo.

3.2. UNIVERSO O POBLACION DE ESTUDIO

El universo de estudio, son mujeres de 15 a 49 años, que en la localidad de Reyes de acuerdo a la población asignada del SEDES Beni es de 2140 mujeres en edad fértil, de estas 315 mujeres corresponden a la embarazadas, que presentaron parto institucional y/o que en alguna oportunidad presentaron parto domiciliario, atendidas

bajo prácticas ancestrales y o mujeres atendidas por otro tipo de familiar, del municipio de Reyes.

Para la entrevista, se tomara una muestra dirigida a 10 mujeres en edad fértil, que tuvieron o presentaron parto domiciliario (atendida por partera, familiar, u otra persona), que acuden al centro de salud de Reyes.

De acuerdo a estratificación y cálculo muestral, bajo enfoque de población finita, se calcula realizar 59 encuestas a mujeres en edad fértil que acuden al centro de salud de Reyes, en forma aleatoria, bajo un índice de confiabilidad de 90% y margen de error del 5%.

Es decir, el total de asistencia al control Prenatal en la gestión 2011 es de 315 mujeres gestantes. El cálculo de la muestra se ha determinado con la siguiente fórmula para obtener un 95% de confianza.

Con estos criterios la fórmula es la siguiente: (27)

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

En donde:

n = Tamaño de la muestra

Z² = Nivel de confianza 95%. Valor igual a 1.96 elevado al cuadrado.

P = Probabilidad de éxito o proporción esperada.

q = Probabilidad de fracaso

d² = Grado de precisión deseada de 0.05

N = Población atendida en el último año

Reemplazando los datos tenemos los siguientes resultados:

$$n = \frac{315 \times (1.96)^2 \times 0.05 \times 0.95}{(0.05)^2 \times (315 - 1) + (1.96)^2 \times 0.05 \times 0.95}$$

$$n = \frac{315 \times 3.8416 \times 0.05 \times 0.95}{0.0025 \times 314 + 3.8416 \times 0.05 \times 0.95}$$

$$n = \frac{12101040 \times 0.05 \times 0.95}{0.785 + 0.182476}$$

$$n = \frac{57.47994}{0.967476}$$

$$n = 59.4$$

$$n = 59 \text{ usuarias}$$

3.3. SUJETOS VINCULADOS A LA INVESTIGACION

Las personas que están vinculados a la investigación, son Mujeres en edad Fértil que asisten al centro de salud, y en alguna oportunidad presentaron parto domiciliario, pero que también dieron parto en el centro de salud, otro grupo mujeres que sus

partos se dieron exclusivamente en su domicilio, y el tercer grupo las parteras o matronas de la localidad de Reyes.

3.4.FUENTES Y DISEÑOS DE LOS INSTRUMENTOS DE RELEVAMIENTO DE INFORMACION

3.5.1. FUENTES DE LA INVESTIGACION

Se revisaron datos del SNIS de la localidad de Reyes,(sin tomar en cuenta los otros centros de salud del municipio) donde mostraron que la atención de parto institucional en la gestión 2011, de un total de 268 partos esperados, se alcanzó a la atención de 117 partos institucionales, que en porcentaje representa un 44 %, quedando una población de 149 partos , con una atención de partos domiciliarios, que en porcentaje llego a 56 % . Se consultaron el SIAL Municipal, se consultaron libros de Ginecología, libros con historia de Reyes, textos con datos del municipio de Reyes, Internet la mayoría de los datos.

En la parte de instrumentos se utilizo encuestas a las usuarias de los servicios, inmediatamente después de realizar la atención de salud a la que la mujer vino al centro.

3.5.2. DISEÑO DE LOS INSTRUMENTOS DE RELEVAMIENTODE INFORMACION

Se realizara encuestas, entrevistas a profundidad y grupos focales.

Para el diseño de las encuestas, se realizaran un cuestionario con preguntas estructuradas, con interrogantes para la obtención de respuestas precisas, de tipo cerrada, en número de veinte dos, de fácil comprensión y dirigida a las mujeres en edad fértil, para lograr obtener datos relevantes, con énfasis en los aspectos socioculturales.

Para realizar las entrevistas se informara previamente obteniendo su consentimiento informado a 10 mujeres en edad fértil, con antecedente de parto

domiciliario, cuyo instrumento consta de ocho preguntas abiertas, para la captación de información relevante al tema de referencia.

El estudio del grupo focal se realizara preguntas abiertas, a un grupo de 6 parteras o matronas, en base a 10 preguntas, para conocer los medios y métodos tradicionales que utilizan en la atención de un parto domiciliario.

3.5.3. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

El procesamiento y el análisis de la información, se realizaran mediante la ordenación de los datos, la categorización, tabulación de las respuestas, transformándolos en números, una vez que se hayan analizado cada una de ellas. Se utilizo para este fin, el Microsoft Excel.

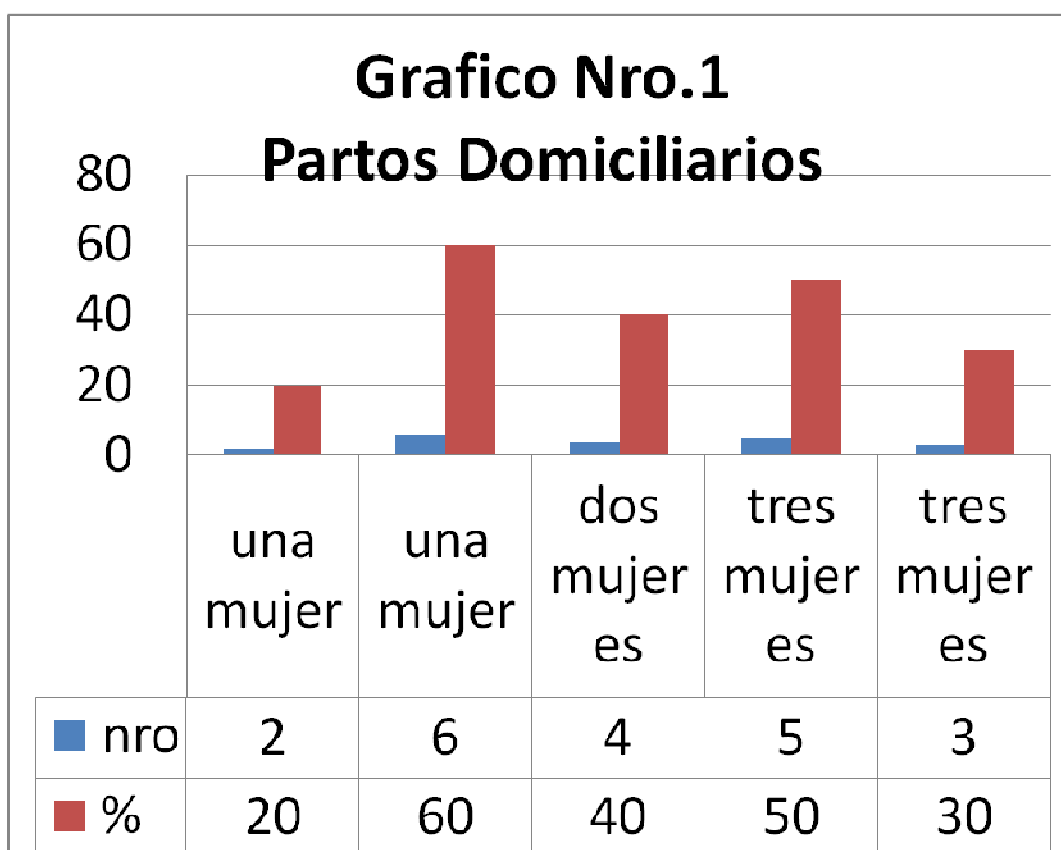
CAPITULO IV RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1.1 PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 1

Determinar ¿cuántos partos tuvo en su casa o domicilio?



Fuente propia; Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 1

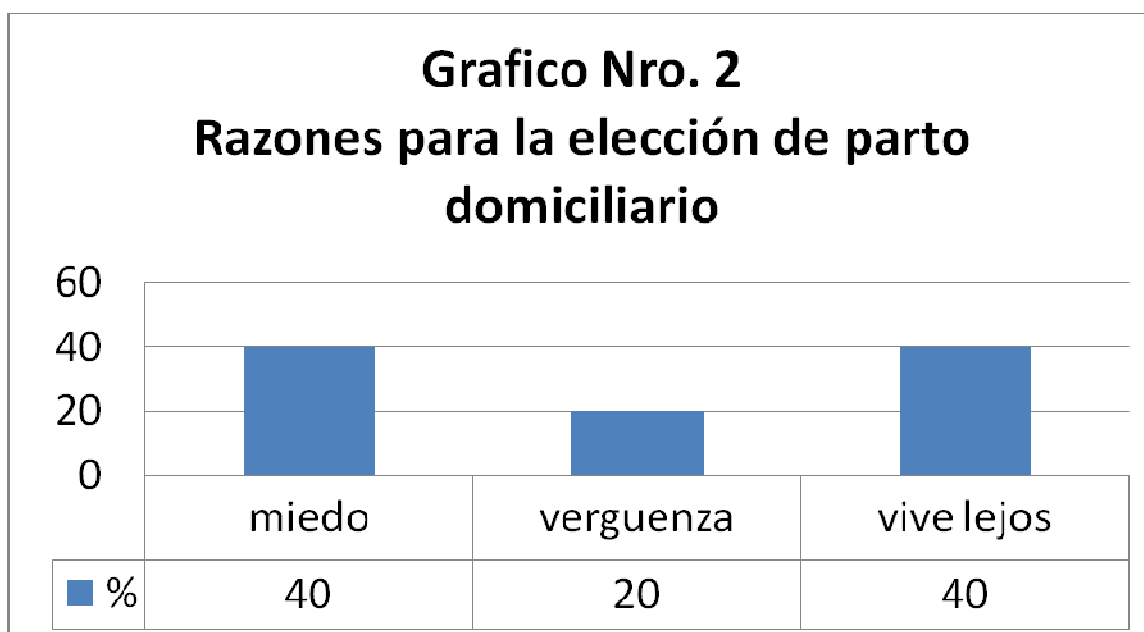
Del total de las diez mujeres entrevistadas, que presentaron parto domiciliario, y en porcentaje representan el 100%, de la población en estudio que se tomo como muestra, se obtuvo el siguiente resultado: tres de las diez entrevistadas, presentaron un total de cinco partos domiciliarios, dos mujeres de las diez entrevistadas presentaron cuatro partos domiciliarios, tres de las diez mujeres entrevistadas presentaron tres partos en su domicilio, una mujer de las diez entrevistadas tuvo un parto en domicilio y finalmente una mujer de las diez entrevistadas presento seis partos en su domicilio, siendo este dato más sobresaliente.

ANALISIS DE LA INFORMACION

Las mujeres entrevistadas, presentan uno a seis partos domiciliarios, por lo que se puede interpretar como, una confianza en las parteras o personas que atienden su parto, donde no se ha presentado ninguna complicación en su parto o en su puerperio, tanto en la madre como en el recién nacido, obteniendo la mujer una satisfacción en la atención de su parto, por lo que ella nuevamente en sus siguientes parto es atendida en su domicilio, sin buscar la atención por el personal de salud.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro2

Saber la razón para su elección, de parto en su domicilio.



Fuente propia; Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 2

De las diez mujeres entrevistadas, cuatro de ellas respondieron, que no asisten al centro de salud por tener miedo, dos de las diez entrevistadas respondieron que no asisten al centro para tener parto institucional, por tener vergüenza, y las últimas cuatro entrevistadas respondieron que prefieren parto domiciliario por que viven lejos del centro de salud.

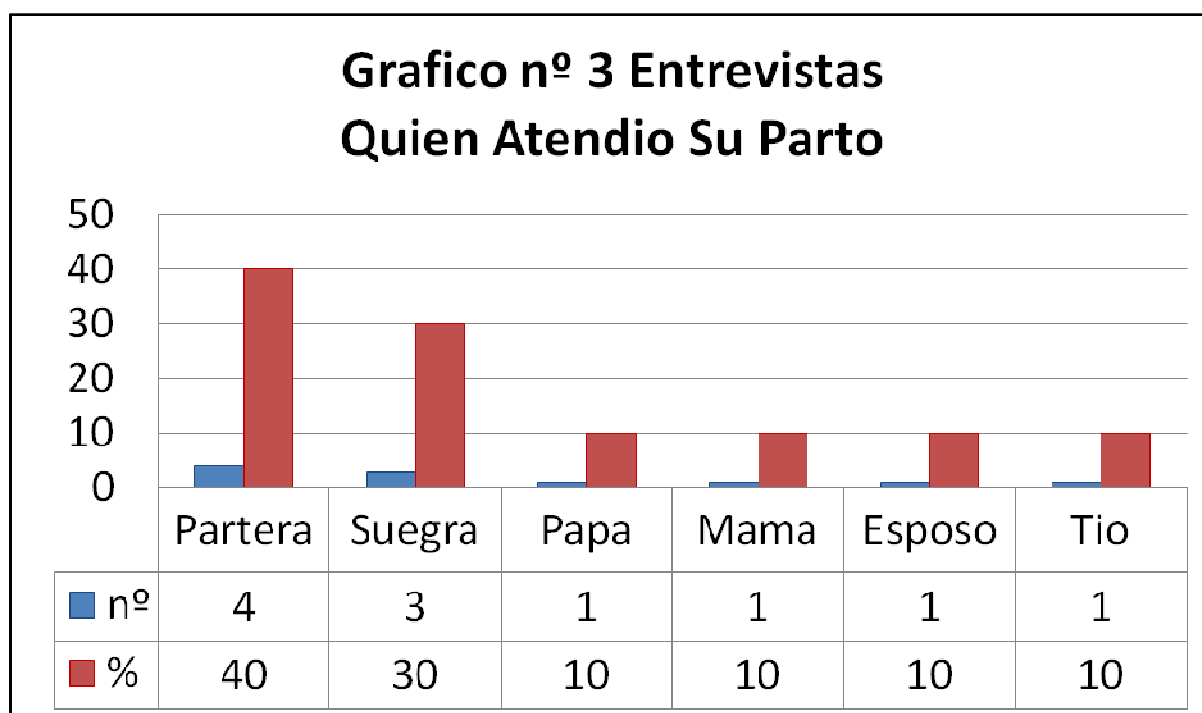
ANALISIS DE LA INFORMACION

Las entrevistadas que la causa considerada para su elección del parto domiciliario es por **miedo** al hospital, por los malos recuerdos de sus familiares o conocidos y sobre

todo por saber que muchas personas mueren ahí (refiriéndose a otras personas que fallecen por otras causas), las otras dos entrevistadas respondieron que no asistían al centro de salud por la vergüenza a mostrar sus genitales a una persona extraña, el resto de las entrevistadas respondieron que no asisten al centro de salud por que viven en lugares distantes del hospital y en su mayoría no pueden conseguir moviidades que quieran traerlas, por lo que deciden tener su parto en su domicilio.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 3

La confianza que depositan sobre una persona determinada en el momento de su parto



Fuente propia; Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 3

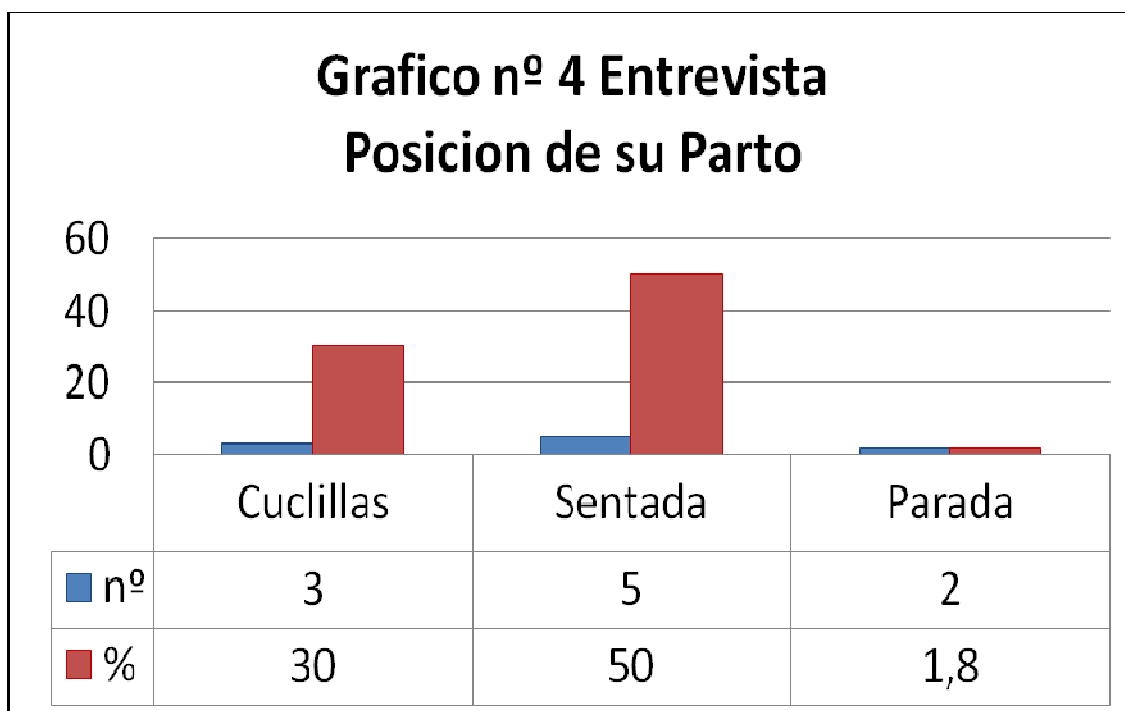
En lo referente a la pregunta sobre la confianza que tienen las entrevistadas, cuatro de ellas indicaron que confiaban en la partera, luego tres de las entrevistadas depositaban su confianza en su suegra, una de las entrevistadas en su padre, otra de de las entrevistadas en su madre y la última de las entrevistada en su tío.

ANALISIS DE INFORMACION

Las cuatro entrevistadas se sienten más seguras cuando son atendidas por la partera, por ver a la misma atendiendo a su familia y las otras mujeres y al ver que todo sale bien, continúan siendo asistidas en sus otros partos, en tres de ellas su confianza la depositan en su suegra, algo muy común en la región, por ser la madre de su esposo y porque muchas de las entrevistadas viven con la suegra, una de ellas confía en su madre por ser una persona que tubo niños anteriormente, otra de las entrevistadas indica que pone su confianza en su padre, que generalmente atendió otros parto en su comunidad, y la ultima entrevistada confía en su tío, que es el que atiende los partos de toda la comunidad (chiman).

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 4

Conocer la posición que adoptan las mujeres en el momento del parto.



Fuente propia; Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 4

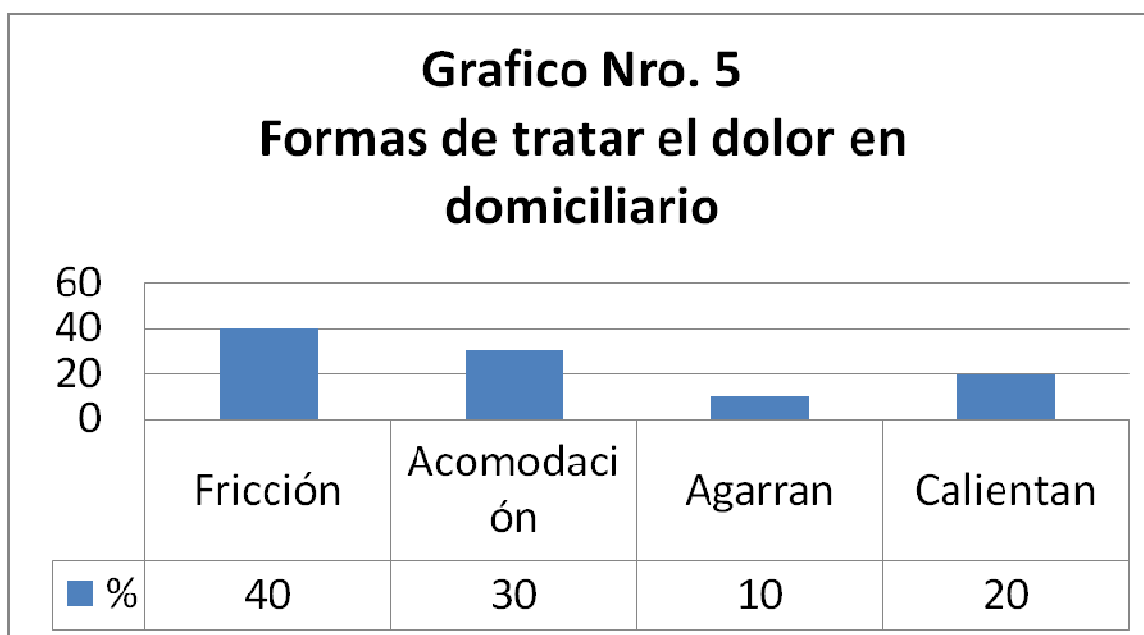
Las madres entrevistadas respondieron que prefieren la posición de cuclillas en número de tres, las otras cinco entrevistadas respondieron, que prefieren la posición de sentada y dos de las entrevistadas respondieron que prefieren la posición de paradas.

ANALISIS DE INFORMACION

La posición de preferencia que tienen las madres entrevistadas, en el momento del parto es la preferencia de cuclillas encima de una frazada cubierta de nailon para que no se ensucie, el recién nacido o la madre, las otras cinco tienen preferencia por la posición de sentadas, apoyadas en un familiar que la sujeta de la espalda y con sus manos empuja al recién nacido abajo en el momento del pujo, también esta encima de una frazada cubierta por nylon, y las últimas dos entrevistadas la prefieren por la posición de pie, pues indican que tienen más fuerzas para dar su parto y la mayoría se agarra de una cuerda sujeta al techo, haciendo fuerza en el momento del pujo, ellas están paradas encima de una colcha cubierta por nylon y debajo de ella la partera para recibir al recién nacido.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 5

En el momento que ella tiene los dolores de su parto, que hace la partera o la persona que la atiende.



Fuente propia; Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro.5

De las diez entrevistadas, a cuatro de ellas le hicieron fricción, a las tres entrevistadas le acomodaron al producto en su vientre, a una de las entrevistadas la agarraron de su espalda para ayudarlas en el dolor, y a dos de las entrevistadas le calentaron todo su cuerpo con mestizan.

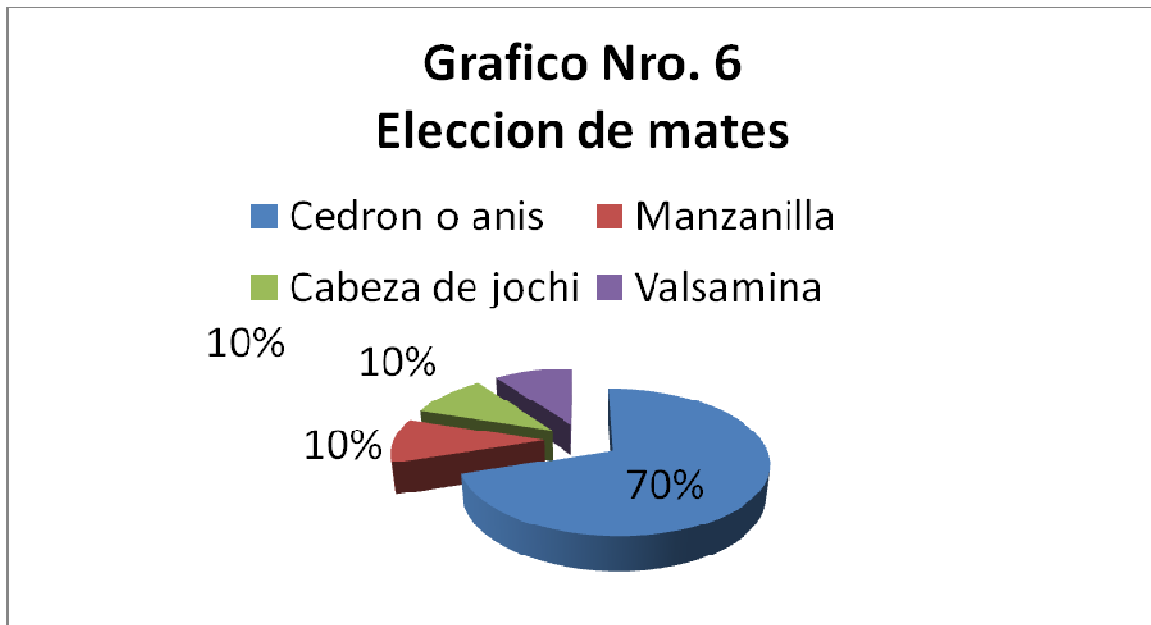
ANALISIS DE LA INFORMACION

Las fricciones o sobadas de la espalda y la cadera, que reciben las entrevistadas, les calma el dolor, disminuyendo las sensaciones dolorosas del trabajo de parto, donde luego las calientan con baños calientes y su pareja se pone atrás de la

espalda y sujeta a la entrevistada mientras suceden los dolores y el posterior pujo, estas maneras de atención ayuda aliviando mucho los intensos dolores, de las contracciones uterinas y la cadera, haciendo el parto menos laborioso.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 6

Conocer si en algún momento de su parto, las mujeres recibieron algún tipo de mate o hierba, para que su parto sea rápido y no se tranque el producto al momento de nacer.



Fuente propia; Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro.6

En las entrevistas que se realizaron, respondieron que a siete de las entrevistadas se les dio mate de paja cedron, a una de las entrevistadas le proporcionaron mate de manzanilla, otra de las entrevistadas recibió mate de balsamina, la otra recibió como mate cabeza de jochi.

ANALISIS DE INFORMACION

A todas las entrevistadas se les dio diferentes tipos de mates, por ello sintieron que su cuerpo se calentó, ayudándolas a relajarse, haciendo sus partos más rápidos y el producto salió fácilmente y por lo tanto se sintieron más aliviadas y tranquilas, pues nunca se les quedó ningún resto placentario.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro.7

Conocer que es lo que hace la partera o la persona, con el recién nacido y la placenta cuando atiende el parto domiciliario.





Fuente propia; Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 7

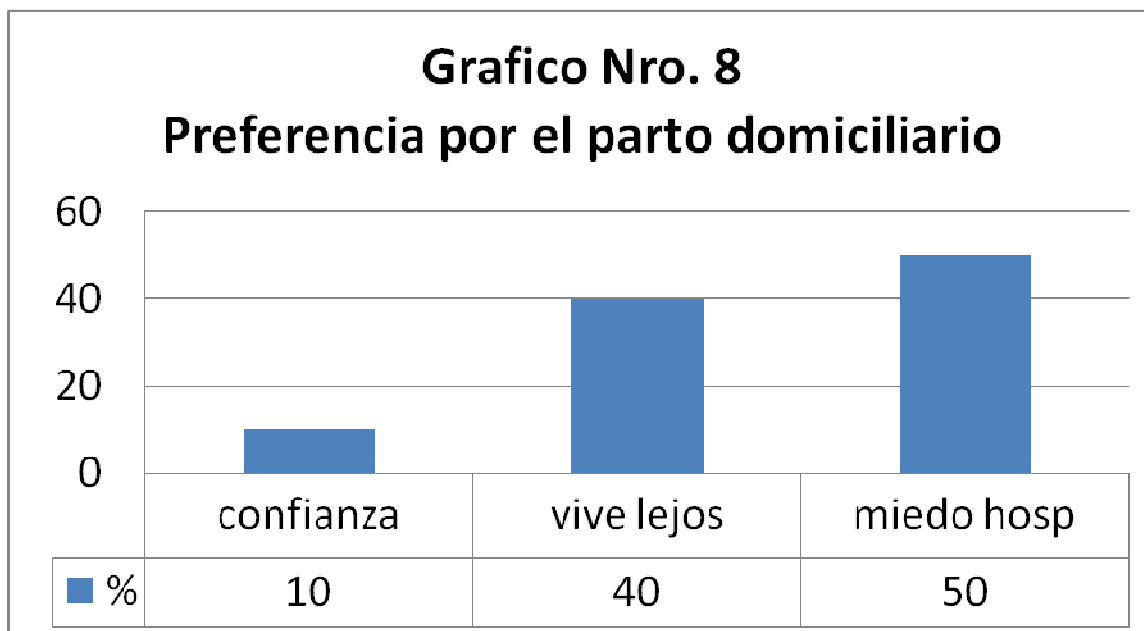
De todas las entrevistas realizadas, todas respondieron que bañan con agua natural inmediatamente del nacimiento al recién nacido y entierran la placenta.

ANALISIS DE LA INFORMACION

Todas las entrevistadas informaron que al salir el producto la persona que lo atiende, agarra al recién nacido y le atan el cordón umbilical con un hilo que es hecho por las personas que lo atienden, inmediatamente lo bañan con agua natural y los envuelven, al salir la placenta los familiares de la parturienta lo entierra en el patio de su casa, para que tenga éxito en su vida el recién nacido.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 8

Conocer si volverían a tener parto en su casa, en otra oportunidad.



Fuente propia; Reyes 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 8

De las diez entrevistadas todas respondieron afirmativamente, una de las entrevistadas respondió que si, por la distancia en la que vive, cuatro de las entrevistadas indico que si la haría por miedo al hospital, las otras cinco entrevistadas, respondieron que tendrán sus otros partos en su domicilio por falta de confianza y por la no seguridad en el centro de salud.

ANALISIS DE LA INFORMACION

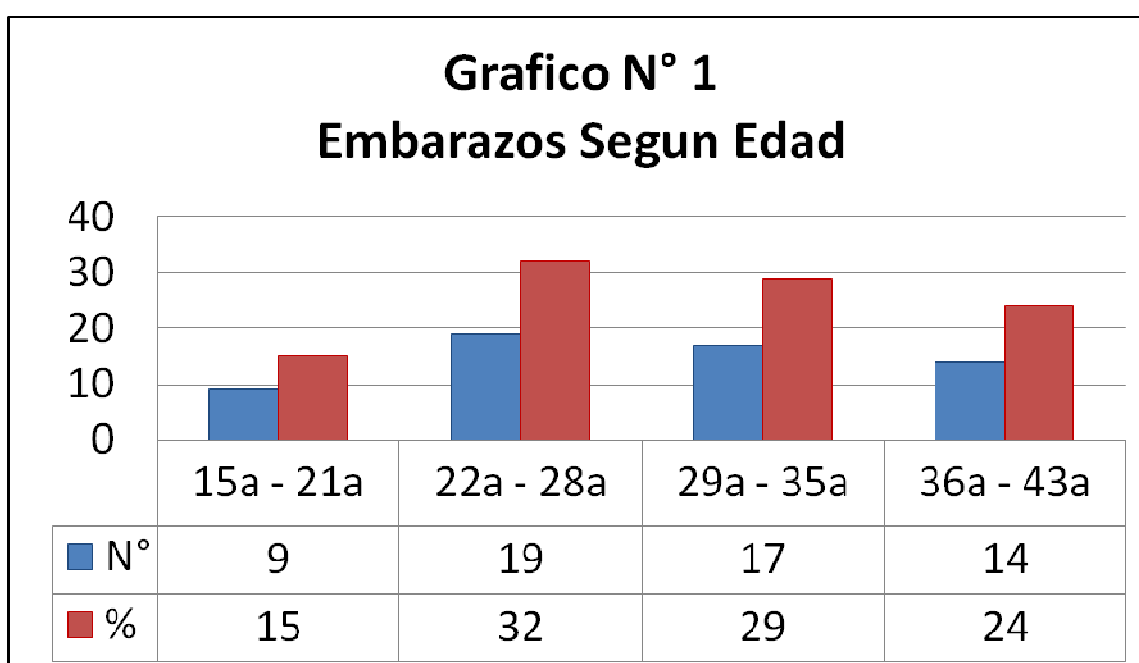
De las diez un 50% de las mujeres entrevistadas dijeron en su domicilio por que existe más confianza y se sienten más tranquilas por estar cerca de sus otros niños, un 40% de las mujeres respondió que lo tendrán nuevamente en su domicilio porque

les da miedo el hospital y les da vergüenza, en un 10% lo tendrán en su domicilio porque su vivienda es alejada del centro de salud y no le da tiempo a llegar.

4.1.2. PRESENTACION DE LOS RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

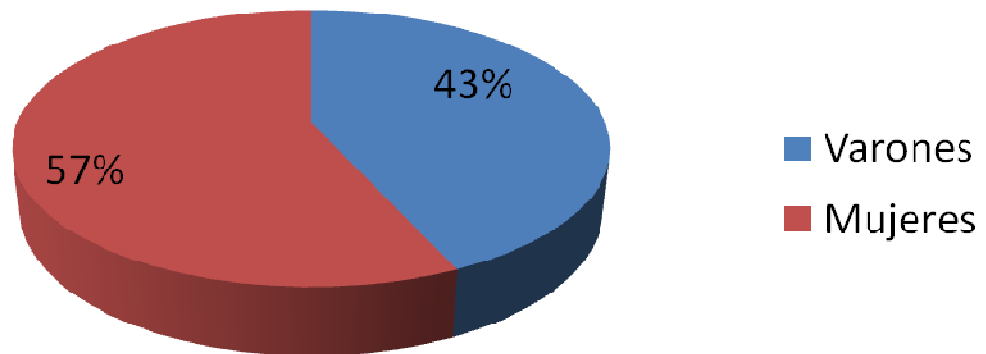
OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 1

Los antecedentes ginecoobstetricos de las mujeres encuestadas, además de su edad, el género de sus niños y pérdidas de embarazo.

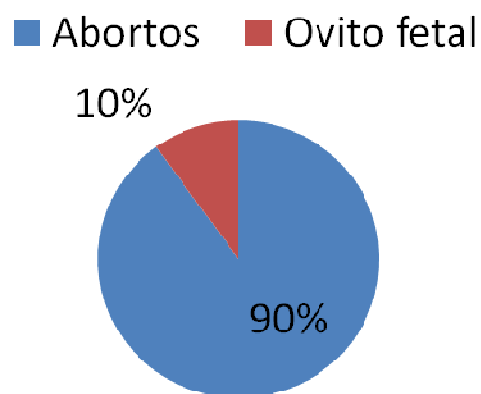


Fuente propia: Reyes Junio 2012

**Grafico Nro. 1
Genero**



**Grafico Nro 1
Perdidas de embarazo**



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 1

En la primera tabla se realizó una agrupación de las encuestadas en cuatro grupos, con un intervalo de siete años; de 15 a 21 años, se embarazaron en un número de 9 oportunidades, el grupo de 22 a 28 años, se embarazaron en un número de 19 oportunidades, el tercer grupo de encuestadas de 29 a 35 años, se embarazaron en un número de 17 oportunidades, el cuarto grupo de encuestadas de 36 a 43 años se embarazó en un número de 14 oportunidades.

En la segunda presentación de tablas, muestra el número de hijos según género, donde 43% pertenecen al género masculino y un 57% corresponden al género femenino.

En la tercera presentación de tablas, muestra el número de pérdidas de embarazo por abortos corresponde a un 90% y por causa de muerte in útero es de 10%.

ANALISIS DE LA INFORMACION

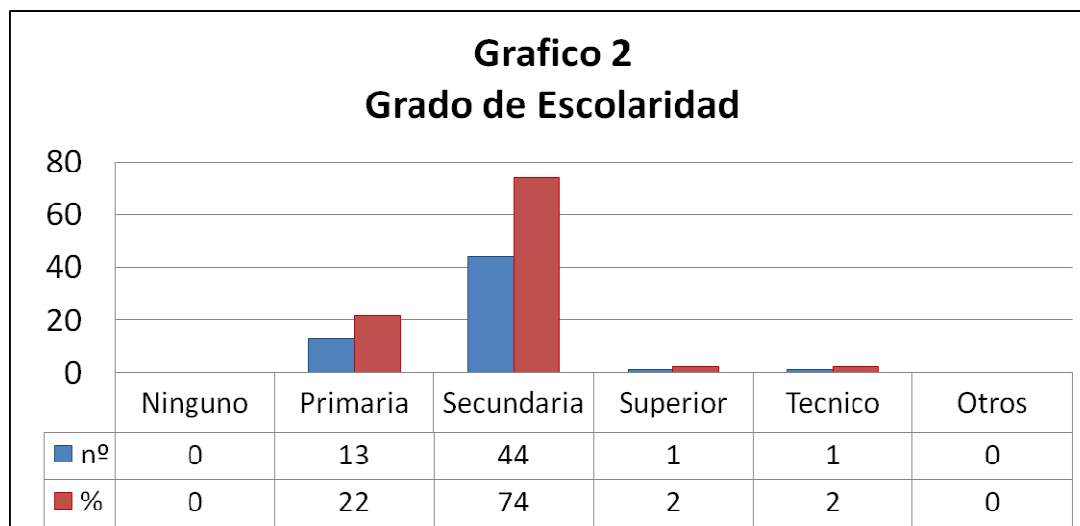
En el grupo de encuestadas de 22 a 28 años, el número de embarazos es mucho mayor, por lo que es el grupo más vulnerable, de tener complicaciones, le sigue a este el grupo de 29 a 35 años, que tienen un número de embarazos menor que el anterior, lo que significando que ellas hacen uso de un método de planificación familiar, el grupo de 36 a 43 años tiene un número mucho menor de embarazos, por la edad en la que prefieren menos niños, y como último grupo el que está entre los 15 a 21 años, que aunque el número de embarazos es menor, pero esto por lo que está iniciando su actividad sexual.

En la segunda tabla, demuestra que de la cantidad de nacidos vivos, la presencia del género femenino supera en porcentaje al género masculino.

El aborto que se presentan es alto, y en la mayoría se presentan por embarazos no deseados, un mínimo porcentaje se da por accidentes que sufren las madres cuya consecuencia es el óvulo in útero.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 2

Conocer el grado de escolaridad.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro.2

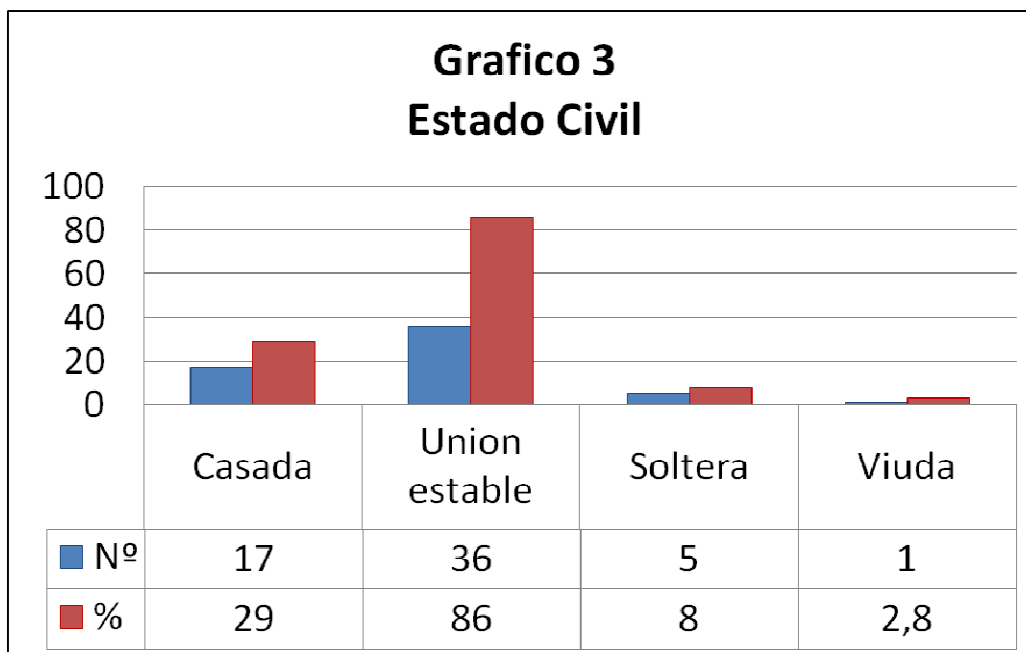
De las encuestadas, en numero de trece encuestadas, llegaron a estudiar hasta la primaria, en numero de carenta y cuatro encuestadas, llegaron a estudiar hasta la secundaria, una de las encuestadas llego a estudiar a nivel superior y una encuestada como tecnico.

ANALISIS DE LA INFORMACION

Un numero alto de las encuestadas, tiene un grado de educacion secundaria, le continua a ellas encuestadas con grado de educacion primaria, un numero menor de encuestadas llega a un grado de educacion superior y tecnico.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 3

Conocimiento de su estado civil.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 3

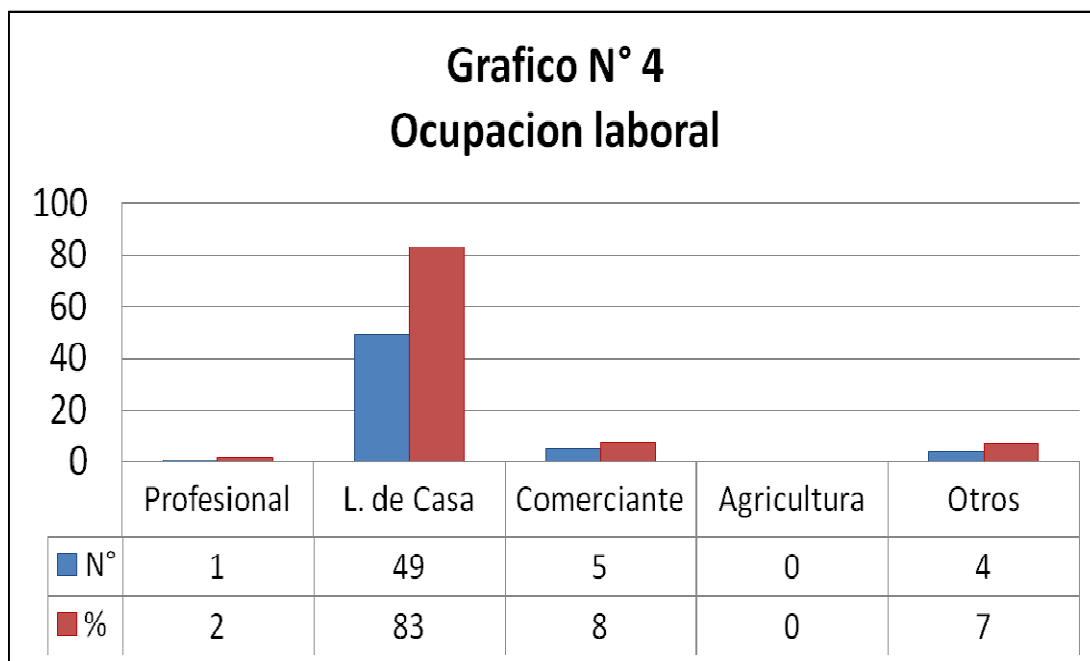
Del total de mujeres encuestadas, un número de diecisiete encuestadas son casadas, un número de treinta y seises encuestadas tienen una relación de unión estable, un número de cinco de las encuestadas son solteras, y un número de una encuestada es viuda.

ANALISIS DE LA INFORMACION

Los datos resultantes de esta pregunta de la encuesta muestra que la mayoría de las entrevistadas vive en unión estable, luego se identifica que, en número menor, están las casadas, continúan a las entrevistadas las que llevan una vida soltera y una encuestada es viuda.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro.4

Conocer a que se dedican o en que trabajan.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro.4

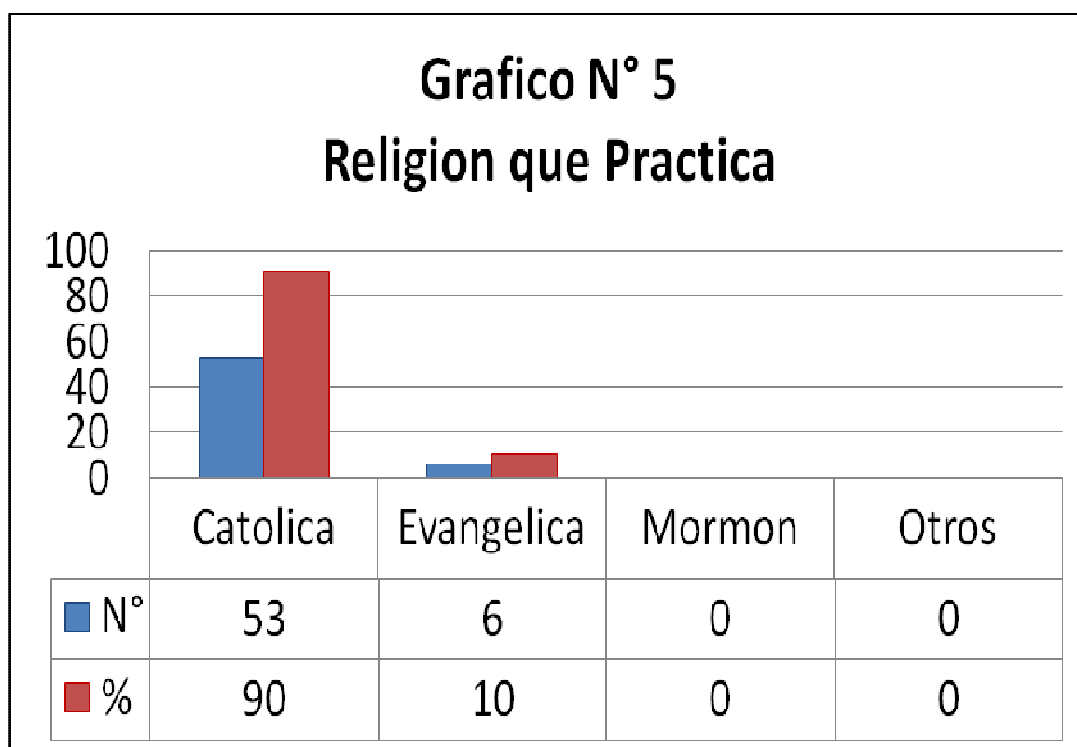
Del total de encuestadas una es profesional, las amas de casa llegan a un numero de cuarenta y nueve encuestadas, en numero de cinco encuestadas son comerciantes, y en numero de cuatro se dedican a otros trabajos.

ANALISIS DE LA INFORMACION

De las encuestadas, el mayor numero son amas de casa, le siguen en las encuestas cinco de las encuestadas, que se dedican al comercio, una sola de las encuestadas es profesional y las otras realizan diferentes trabajos, como de trabajadoras en limpieza, costurera, etc.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro.5

La religión a que ellas se acercan, o con la que están de acuerdo o pertenecen.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro.5

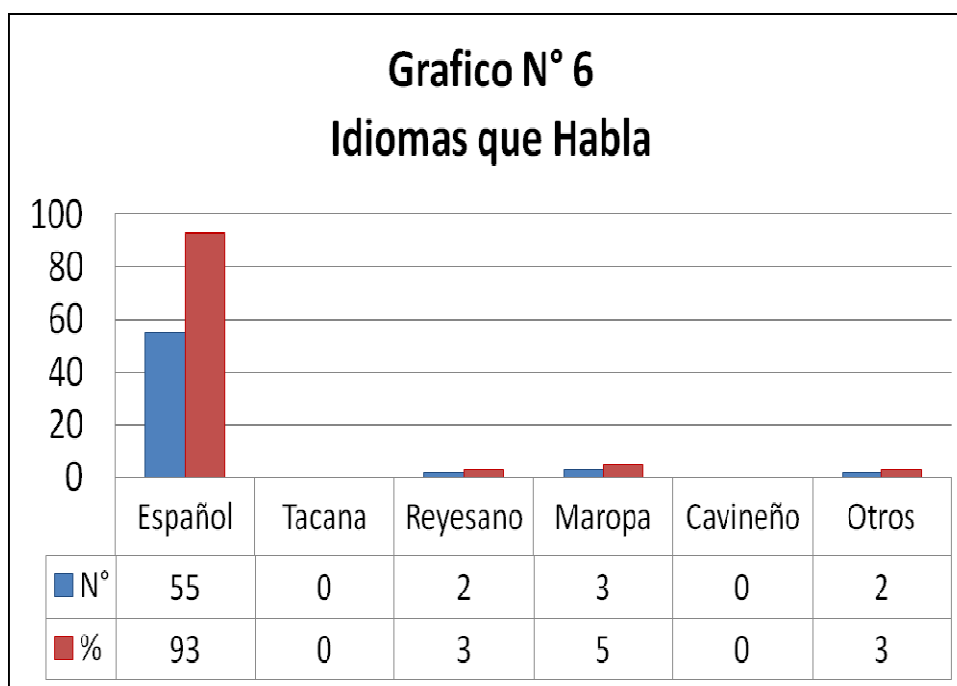
Las encuestas muestran que las mujeres pertenecen a la religion Catolica en un numero de cincuenta y tres, las encuestadas Evangelicas llegan a un numero de seis mujeres.

ANALISIS DE LA INFORMACION

Un numero alto, si no el total de las encuestadas, pertenecen a la religion catolica y un numero menor de las encuestadas pertenecen a la religion evangelica.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro.6

Conocer el idioma o los lenguas que conocen las mujeres de esta localidad, siendo que existe una población plurinacional.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro.6

En cuanto a los idiomas que hablan, según las encuestas, un número de cincuenta y cinco hablan español, en número de tres encuestadas hablan Maropa, en número de dos encuestadas hablan Reyesano, en número de dos de las encuestadas hablan otros idiomas.

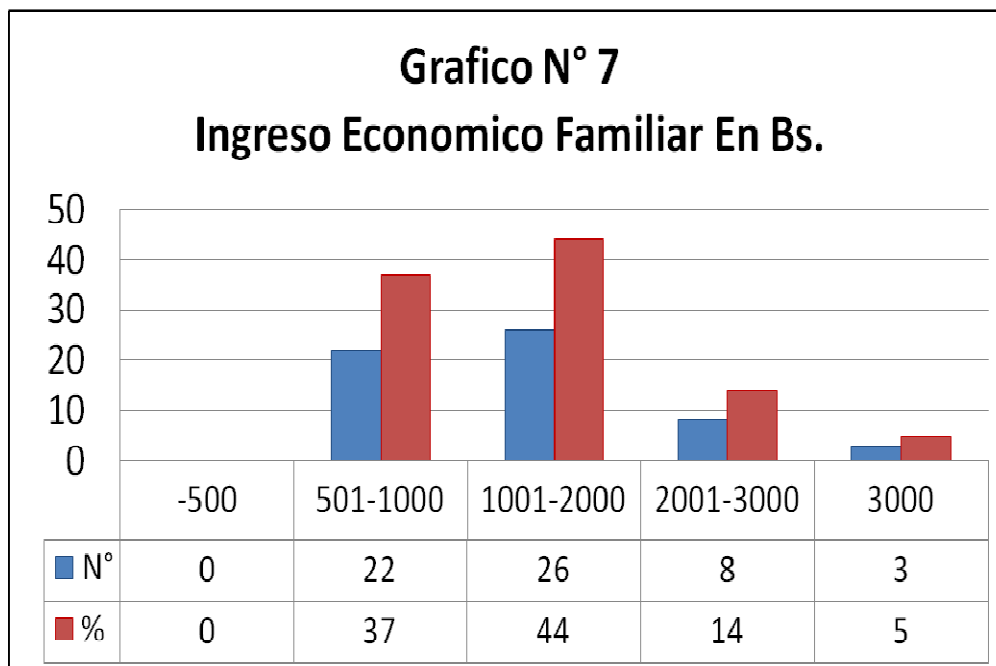
ANALISIS DE LA INFORMACION

Las encuestas muestran, que la mayoría de las encuestadas habla el idioma Español y en menor número las encuestadas hablan idiomas propios del lugar

Reyesano y Maropa y las ultimas encuestadas indican que, una habla Aymara y otra Tacana.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro.7

Conocer el ingreso económico de la familia.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro 7

Según las encuestas realizadas, un numero de veintidos encuestadas indica que su ingreso economico esta entre 501 a 1000 bs, en un numero de veintiseis encuestadas su ingreso economico es de 1001 a 2000 bs, en un numero de ocho encuestadas tiene un ingreso economico de 2001 a 3000 bs, y finalmente con un numero de tres encuestadas tienen un ingreso economico de 3000 bs.

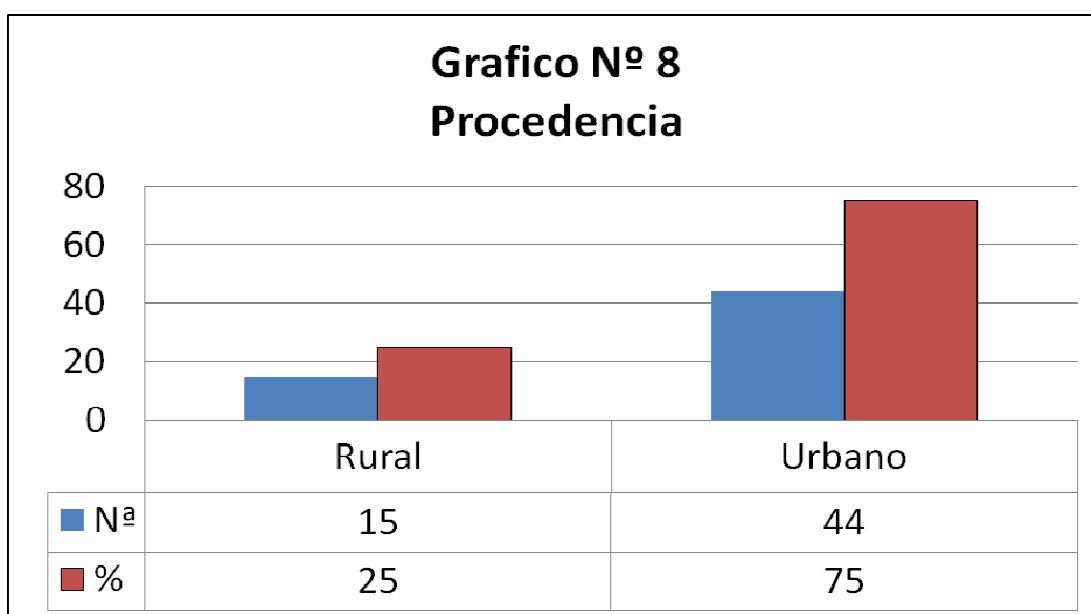
ANALISIS DE LA INFORMACION

El ingreso economico de la mayoría de las encuestadas veintiseis no es bajo, esta entre los ingresos por encima de los 1001 bs a 2000 bs, continua la informacion de ingresos economicos con 5001 bs a 1000 bs, en un numero de encuestadas de

veintidos, y en un numero que no es bajo de ocho un ingreso alto de 2001 bs a 3000 bs.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 8

El saber de donde vienen al centro de salud, es un dato importante, para saber si son todas atendidas y cuales sus razones por las que algunas, no les gusta el centro de salud, para su atencion.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro.8

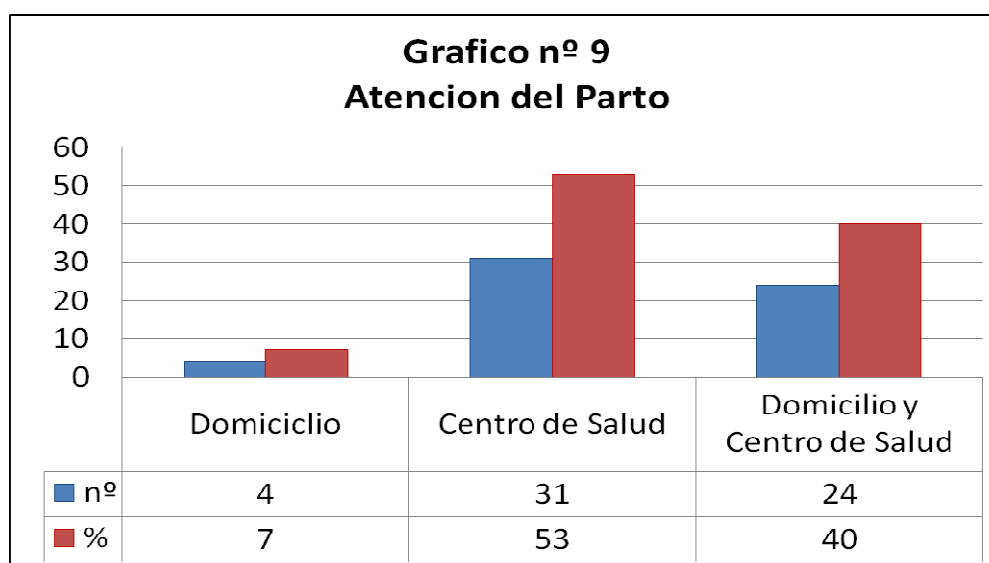
En las encuestas realizadas, nos dieron los datos de que un número de quince encuestadas pertenecen al area rural, las demas encuestadas dieron los datos de procedencia del area urbana en un número de cuarenta y cuatro encuestadas.

ANALISIS DE LA INFORMACION

Conociendo el resultado de las encuestas realizadas, se evidencia que la mayoría provienen del area urbana, es decir que se encuentran cerca del centro de salud, donde se brinda una atencion inmediata.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 9

Saber donde fueron atendidos todos sus partos, de las mujeres encuestadas.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 9

De las encuestadas realizadas, se obtuvo los datos de que; cuatro de las encuestadas, presentaron sus partos en su domicilio, en un numero de treinta y uno encuestadas tuvieron sus partos en el Centro de Salud, y en numero de veinticuatro encuestadas presentaron sus partos en algunas oportunidades en el centro y en otras oportunidades en el Centro de Salud.

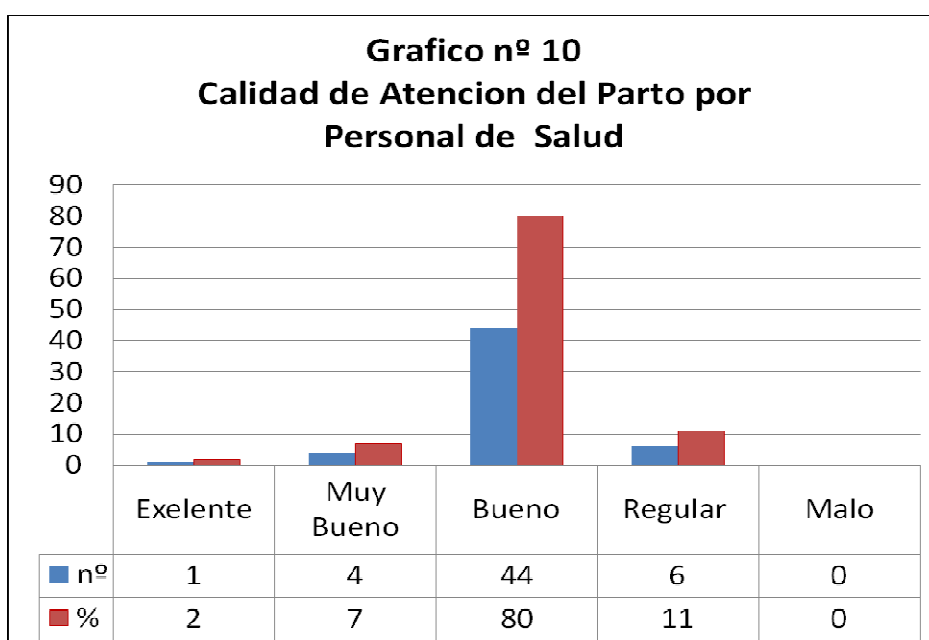
ANALISIS DE LA INFORMACION

En las encuestas se demuestra, que un numero mayor asisten al centro de salud para que atiendan su parto, las otras encuestadas evidencian un número de partos domiciliarios, pero que tambien en alguna oportunidad presentaron partos atendidos en su domicilio, es decir que conocen o diferencian, riesgos y beneficios de la

atención del trabajo de parto, por lo tanto su elección es más por su experiencia, en menor número menor, pero importante las otras encuestadas fueron atendidas su parto exclusivamente en domicilio.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro 10

Conocer, que le pareció la atención brindada en su último parto, por el personal de salud.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro.10

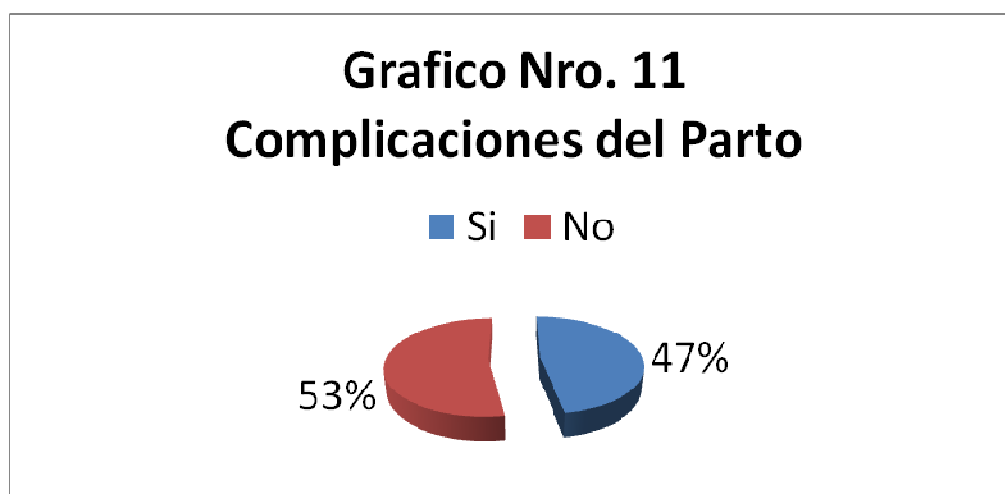
De las encuestadas realizadas, cuarenta y cuatro encuestadas informaron que la atención brindada por el personal de salud es buena, las demás encuestadas en número de seis calificaron la atención de regular, luego en número de cuatro indicaron como una atención muy buena y una la calificó la atención excelente.

ANALISIS DE LA INFORMACION

Evidenciadas las respuestas de las encuestadas, podemos indicar que la atención que se brinda en el momento del parto por el personal de salud en bueno, las otras encuestadas la califican la atención entre regular y muy bueno , siendo sola una encuestada que la califica de excelente.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 11

Determinar si las encuestadas, presentaron alguna complicación en el momento de su parto.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 11

Del total de las encuestadas, un porcentaje de 47% si presentaron complicaciones; dificultad en la salida de la cabeza, fatiga materna, dilatación estacionaria, tactos que provocaban sangrados, niños macrosómicos, niños prematuros, desprendimiento prematuro de placenta, gemelos donde la madre desconocía su embarazo doble, hipertensión arterial, hipotensión arterial, cesáreas iterativas, etc. Un 53% de las encuestadas no presentaron ningún tipo de complicación, durante el parto.

ANALISIS DE LA INFORMACION

De todas las encuestadas , se verifica que las atendidas en el centro de salud, en un mayor porcentaje no presentan complicaciones en el momento del parto, aunque las complicaciones siempre existen, aun sea en porcentaje menor.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 12

Determinar, si en el momento del parto fueron objeto de maltrato físico, verbal o psicológico en el centro de salud.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 12

Una vez concluida las encuestas, un porcentaje de 91% respondieron que No recibieron ningun tipo de maltrato, y un porcentaje de 9% respondieron que Si recibieron algun tipo de maltrato sobre todo verbal.

ANALISIS DE LA INFORMACION

La atencion brindada en el centro de salud, presenta aun un porcentaje de maltrato sobre todo el verval, aunque el buen trato continua siendo mas importante.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 13

Conocer el tipo de orientacion, que se brinda a las encuestadas antes del parto, por el personal de salud.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 13

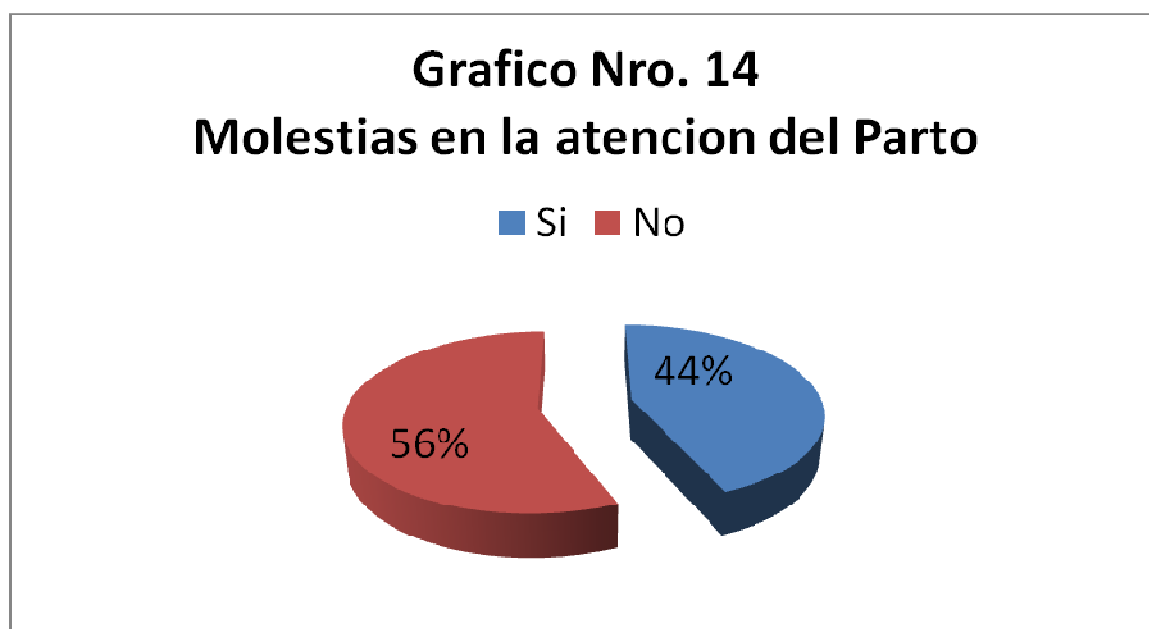
De todas las encuestadas, que recibieron su atencion de su parto en el centro de salud, un 38 % respondieron que si tubieron informacion sobre el parto y la lactancia.El resto de las encuestadas en 62 % no recibieron ningun tipo de orientacion o informacion antes de su parto.

ANALISIS DE LA INFORMACION

Un porcentaje alto según las respuestas de las encuestadas, refieren no haber sido informadas u orientadas en lo referente al parto u otro tema, aunque un porcentaje menor, si recibió este tipo de información.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro.14

Establecer si en el momento de atención de su parto, hubo algo que le molestó o no le agradó.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 14

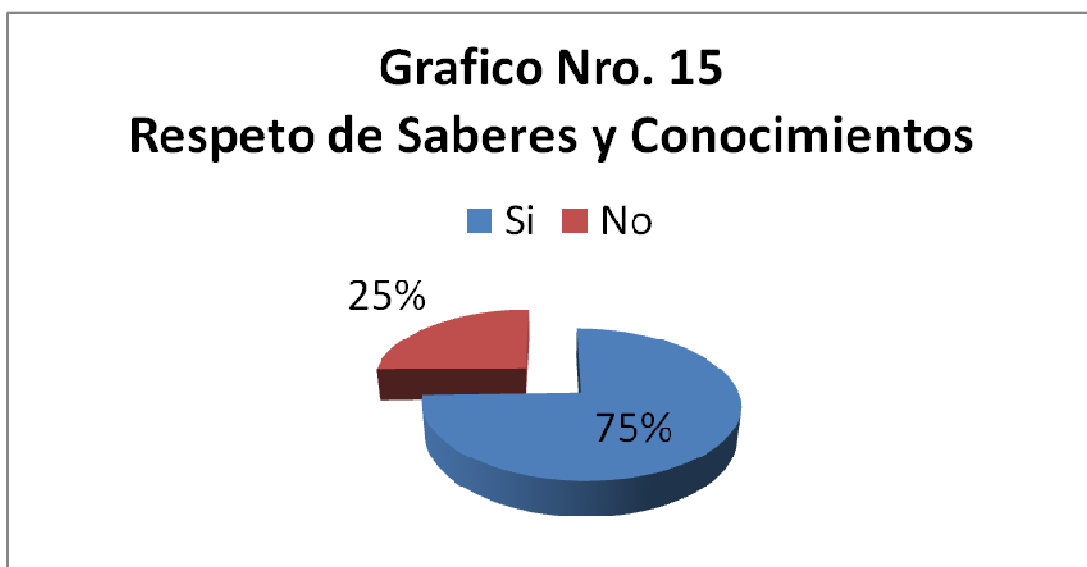
De las encuestadas se evidenció en un porcentaje de 44 % que Si existió molestias en el momento de su atención de su parto, como es el tacto, la episiotomía, que le apreten el estómago, etc. y en porcentaje de 56% respondieron que No les molestó la forma de atención, por parte del personal de salud.

ANALISIS DE LA INFORMACION

La mayor parte de las encuestadas, responden que les agrada el tipo de atención de su parto, sin embargo existen molestias que las encuestadas informan.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 15

Conocer si en el momento de recibir atención de su parto, el personal de salud comprendió y respetó sus saberes o conocimientos expresados por las encuestadas.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LAS PREGUNTA Nro. 15

Las respuestas de las encuestas informaron, en un porcentaje de 75 % que Si recibieron respeto a sus conocimientos o saberse, por parte del personal de salud, otro porcentaje de 25% informaron que el personal de salud, no respetó los conocimientos, de las encuestadas, como el de no dejarlas elegir la posición para su

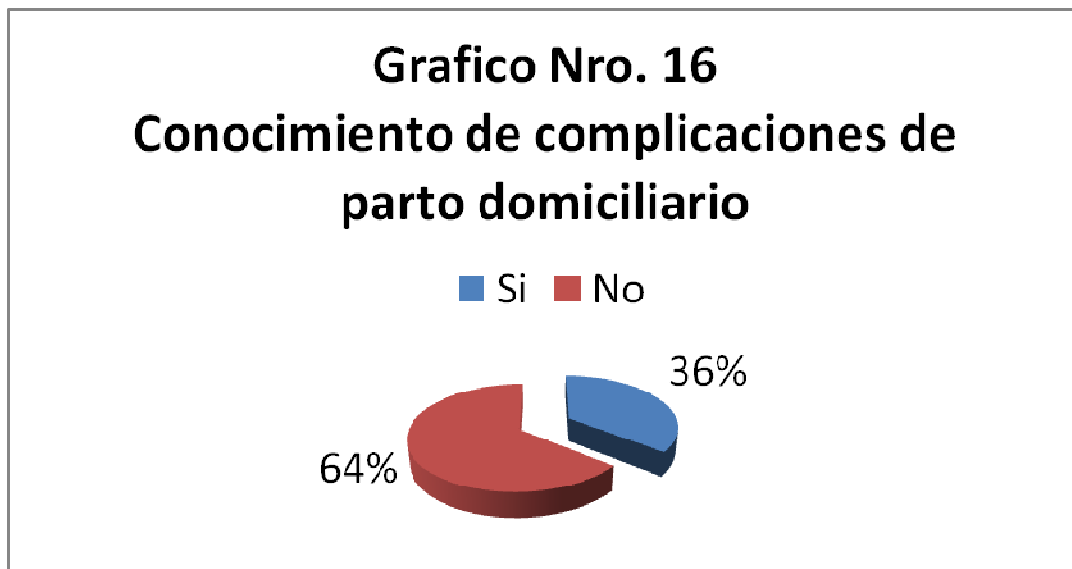
parto, no permitieron el ingreso de su familia a la sala de parto, los mates que toma para que avance su parto se la negaron.

ANALISIS DE LA INFORMACION

La mayor parte de las encuestadas, refieren que existe respeto a sus opiniones o saberse tradicionales, en lo referente a su parto; la posición, toma de mates, fricciones, acomodamientos, por el personal de salud, pero un porcentaje menor de las encuestadas informa que no existe ese respeto, por el personal de salud, por lo cual su parto es desagradable.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro 16.

Determinar si las encuestadas tienen algún conocimiento, sobre las complicaciones del parto.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 16

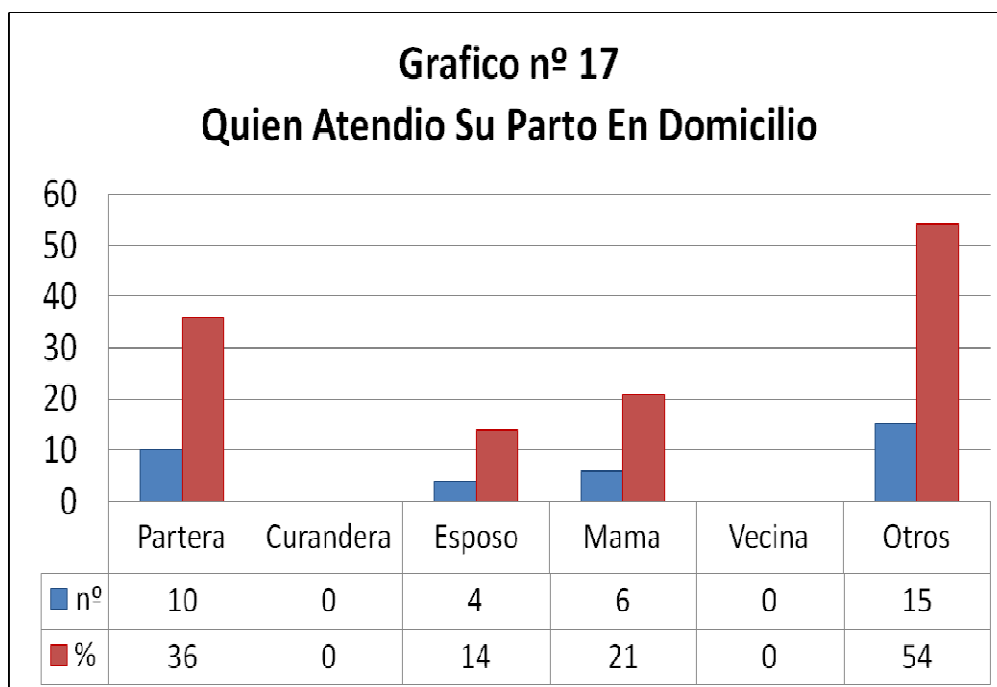
Del total de las encuestadas, un porcentaje de 36 %, refieren que tienen conocimiento sobre las complicaciones que existe en el parto; la retencion placentaria, eclampsia, ovito fetal por fatiga materna, el otro porcentaje de 64 % de las encuestadas refiere no tener conocimiento de las complicaciones del parto.

ANALISIS DE LA INFORMACION

La mayoría de las encuestadas, refieren que no tienen conocimiento sobre las complicaciones que suceden en el parto, el otro restante de las encuestadas recibieron algun tipo de informacion sobre todo de cómo pujar y la forma de hacer lactar al recién nacido.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro.17

Conocer quien es la persona que atiende su parto en domiciliario.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 17

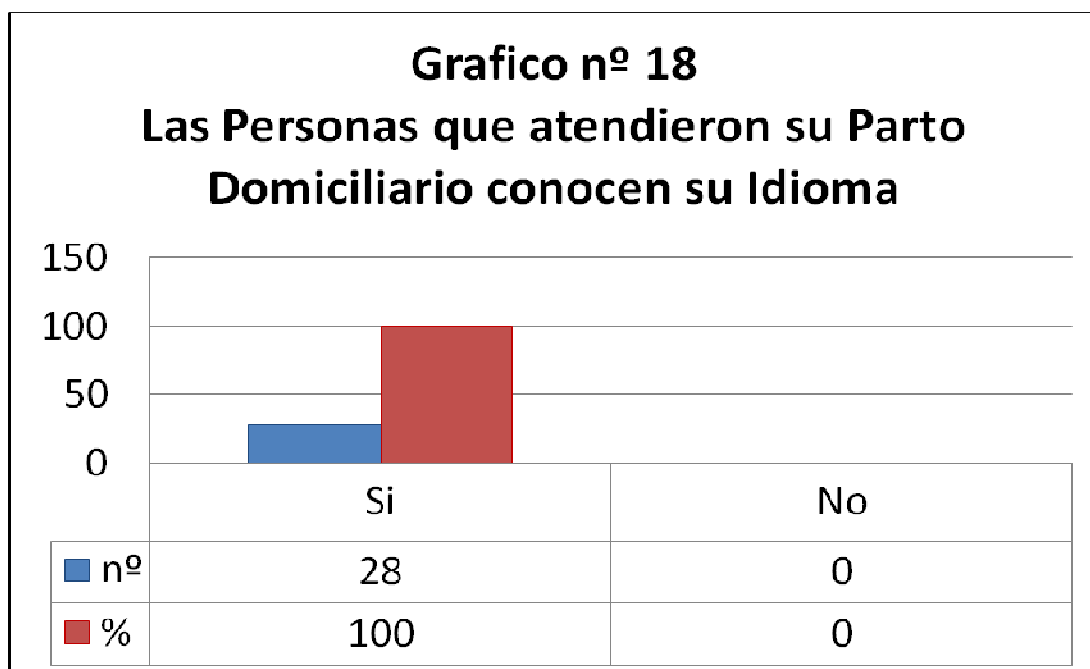
En las encuestas realizadas, en un numero de diez encuestadas fueron atendidas por la partera, otro grupo de seis encuestadas fueron atendidas en su domicilio por sus madres, otro grupo de cuatro encuestadas fueron atendidas por su esposo y otro grupo de encuestadas fueron atendidas por su padre, abuela, tia, hermana, enfermera, medico, en su domicilio.

ANALISIS DE LA INFORMACION

Un mayor numero de las encuestadas, es atendida por familiares, luego un menor grado de encuestadas solicita la atencion de la partera, un numero menor es atendida por su madre o esposo, significando que la confianza depositada, por las encuestadas es sobre todo familiar que se encuentra en el domicilio de la encuestada al momento de su parto.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 18.

Conocer si las personas que atienden su parto en su domicilio, conocen o desconocen su idioma de la encuestada.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 18

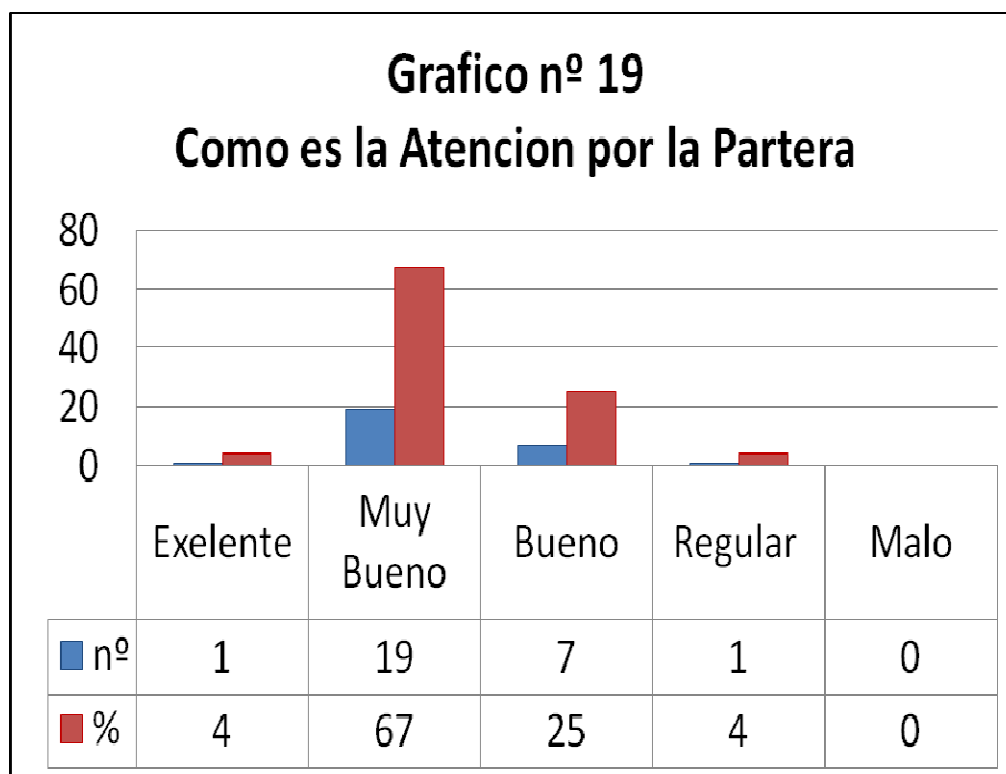
Del total de todas las encuestadas informaron que, un 100% de las personas que atendieron el parto, conocen su idioma.

ANALISIS DE LA INFORMACION

El total de las encuestadas busca personas que las entiendan, no solo con su idioma, si no tambien que sea de la misma cultura y mejor aun del mismo lugar de origen.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 19

Cómo le pareció la atención en su parto domiciliario, que le brindaron las parteras.



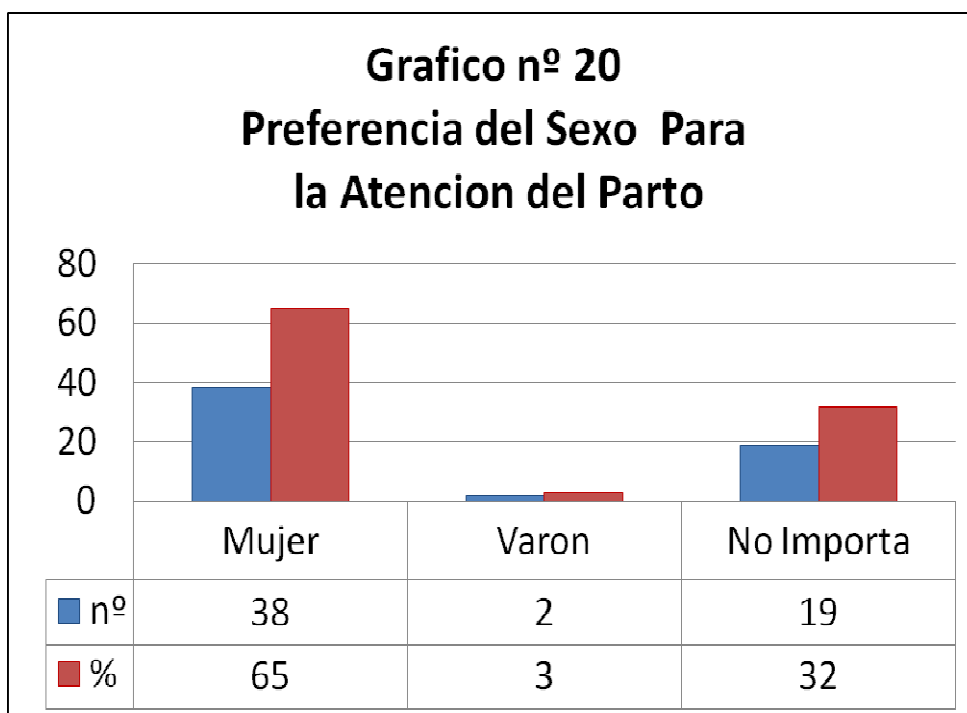
Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 19

La atencion que la partera le brinda a la encuestada en el momento de la atencion de su parto según una encuestada fue excelente, las otras diecinueve encuestadas informaron que la atencion recibida por las parteras fue muy buena, siete de las encuestadas informan que la atencion recibida fue buena, y la ultima encuestada indica que la atencion fue regular.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 20

Conocer la preferencia de las encuestadas en cuanto a la preferencia de sexo en el momento de atención de su parto.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 20

En el momento de realizar las encuestas la informacion obtenida es, que en un numero de treinta y dos encuestadas, prefieren que su parto sea atendido por personas de sexo femenino, las otras dos encuestadas refieren que prefieren ser atendidas por personas de sexo masculino y el ultimo grupo de encuestadas refieren que el sexo no es importante siempre que sea buena y no tengan complicaciones.

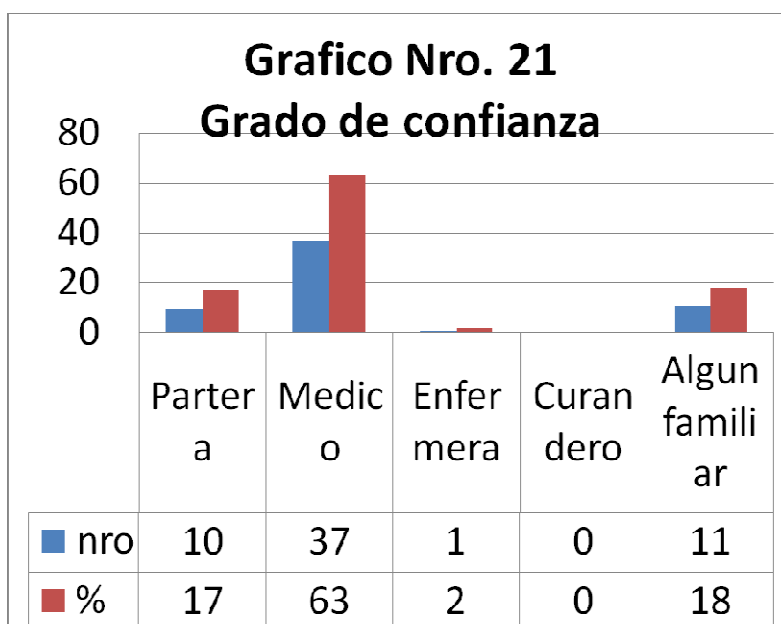
ANALISIS DE LA INFORMACION

La atencion de parto por las encuestadas es algo importante e intimo, por lo que prefieren ser atendidas en su mayoria por personas de su mismo sexo, para sentirse mas tranquila y menos nerviosa, otras entrevistadas indican que el sexo no importa,

porque lo mas importante es que la atiendan, y un pequeño numero prefieren que las atiendan en su parto personas del sexo masculino.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 21

Haciendo una escala del uno al cinco en quien confia mas la encuestada, para ser atendida en su parto.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 21

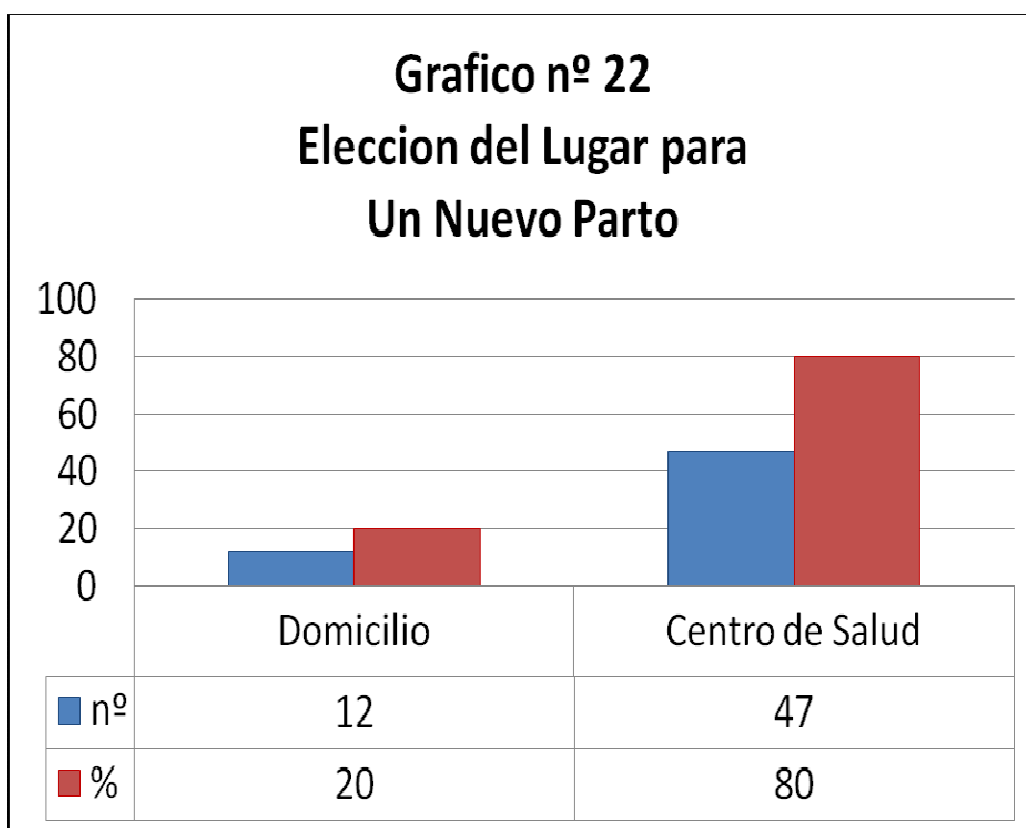
En las encuestas realizadas, sobre la confianza que tenian de las personas que atendian su parto, es que un numero de diez confian mas en las parteras, un numero de treinta y siete encuestadas depositan su confianza en los medicos, otro once encuestadas depositan su confianza en sus familiares, sola una encuestada deposita su confianza en la enfermera y ninguna de las encuestadas depositan su confianza en curanderos.

ANALISIS DE LA INFORMACION

Las encuestadas tienen más confianza en los médicos, pero si embargo siguen siendo atendidas por familiares o parteras, para su atención de su parto, sobre todo cuando elige parto domiciliario.

OBJETIVO DE LA PREGUNTA Nro. 22

Determinar que lugar elegirán las encuestadas, para ser atendidas en su próximo parto.



Fuente propia: Reyes Junio 2012

DESCRIPCION DE LA PREGUNTA Nro. 22

En la última pregunta de las encuestas, evidenciamos que en número de doce encuestadas eligieron dar su parto en su domicilio, el resto de las encuestadas eligieron para su parto el Centro de salud.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La preocupación de alguna complicación en su parto y o por la cantidad grande de embarazos que presentan deciden realizarse cesarea para optar la salpingoclasia y eligen su atención en el Centro de Salud, y otro grupo prefiere el parto domiciliario por lo que sus anteriores partos, también se dieron en su casa, sin ninguna complicación.

4.1.3. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL GRUPO FOCAL

Cuadro Nro.1

RESULTADOS DE LA PREGUNTA NO. 1

1.- ¿QUIEN LE ENSEÑÓ Y COMO APRENDIÓ A MANEJAR O ATENDER EL PARTO DOMICILIARIO?	
Partera No. 1 Sarela	Por necesidad estaba en el campo y me llamaron para que corte el ombligo de su hijo de mi cuñada y no les importo que no supiera y como no había nadie, lo hice y desde entonces atendí partos y tenía 22 años, ahora tengo 69 y aun atiendo partos.
Partera No. 2 Amparo	Nunca atendía, recién hace 3 a 4 años que atiendo, yo aprendí de mirar a doña Carmen Antezana, que me invitaba, ya después atendí a mi hija, mi sobrina, mi nuera y a otras fui atendiendo.
Partera Nro.	Don AmilcarMade me enseñó a atender en Maracaida con

3 Zulema	su mujer que eran tojitos, hace 26 a 28 años.
Partera Nro.4 Chavela	Cuando aprendí, cuando era chica mi abuelita parteaba y ella me enseñó cuando estaba mal la parturienta, me enseñó a sobar, a acomodar, hace mas de 30 años.
Partera Nro 5 Carmen	A mi nadie me enseñó de mi familia, hace años dieron unos cursillos en rurrenabaque desde que tenía 15 años, ósea he heredado de mi tía esa habilidad y por eso mismo ha sido mi interés, hasta tengo diplomas, pase con exámenes 3 a 4 en rurrenabaque.
RESULTADO	De un 100% de las respuestas, podemos interpretar que un 90% fueron enseñanzas ancestrales con conocimientos culturales propias de cada persona o de familiares que recibieron similar conocimiento, solo una partera recibió capacitación por personal médico o paramédico y ya por interés fue mejorando sus habilidades y conocimientos.

Fuente propia: Reyes Junio 2012

Cuadro Nro 2

RESULTADOS DE LA PREGUNTA NO. 2

2.- ¿COMO ATIENDEN LOS PARTOS Y EN QUE LUGAR?	
Partera No. 1 Sarela	Las atiendo como ellas quieran o en la posición que ellas quieran, en la cama pongo un hule y encima un trapo y listo. A veces se agarran de sus rodillas y pujan y así las atiendo.
Partera No. 2 Amparo	La atiendo como pide la parturienta en la cama o en el piso con un hule y colcha encima.
Partera Nro. 3 Zulema	Atiendo como ella quiera, con sogá que está amarrada en un palo alto o de cuclillas.
Partera Nro.4 Chavela	Mis partos me atendí sola, lo tenía todo preparado, y a las parturientas las atiendo como ellas quieran, echada sobre hule y sabana.
Partera Nro 5 Carmen	Se ponen de diferentes formas, y como ellas quieran, echada, sentada, en la orilla del catre.
RESULTADO	De todas las parteras que respondieron a la pregunta un 100% respondió que permitían que la parturienta sea quien elija la posición que a ella le parecía la mejor y en ningún caso se le impuso la opinión de la partera.

Fuente propia: Reyes Junio 2012

Cuadro Nro 3

RESULTADOS DE LA PREGUNTA NO. 3

3.- ¿CUALES LAS CAUSAS QUE INDICAN LAS PARTURIENTAS PARA LA NO ASISTENCIA AL C de S PARA SU PARTO?	
Partera No. 1 Sarela	No asisten porque tienen vergüenza, miedo de que le corten la vagina, falta de ser concientizada. O por qué no dejan entrar a su familia, esas son sus ideas.
Partera No. 2 Amparo	No quieren ir por miedo, vergüenza, el Dr. No deja entrar a otra persona. Mi nuera después de muchas horas que no podía nacer su bebe, le dije que traigan la carroza para llevarla al hospital y de miedo nació su bebe.
Partera Nro. 3 Zulema	Ellas dicen; si ustedes también pueden cortarnos con el machete, les da miedo, vergüenza que me agarren la barriga o mi parte (vagina).
Partera Nro.4 Chavela	No voy al hospital, por que me da vergüenza, miedo, en veces estoy adolorida y dicen que falta y me dejan solita y tienen en veces solas su parto, en cambio las parteras desde que van y nace el bebe no se apartan.
Partera Nro 5 Carmen	No quieren ir por miedo, vergüenza a los hombres, prefieren mas a la mujer.
RESULTADO	De todas las parteras que respondieron a la pregunta un 100% respondió que las mujeres no van al hospital por miedo y vergüenza. Una por que además la dejan sola, y otra por que no dejan entrar a su familia al parto.

Fuente propia: Reyes Junio 2012

Cuadro Nro 4

RESULTADOS DE LA PREGUNTA NO. 4

4.- ¿EN TODA SU EXPERIENCIA DE ATENCION DE PARTOS, PRESENTO ALGUN TIPO DE COMPLICACIONES SU PARTURIENTA Y COMO LO RESOLBIERON?	
Partera No. 1 Sarela	Solo el parto de pie o incordinado de los pies y si sale así les digo que lo lleven al médico porque eso ya no atiende, a veces si no sale la placenta agarro un Bassin le hecho alcohol y lo prendo fuego y se sienta la parturienta y elimina la placenta.
Partera No. 2 Amparo	Cuando se queda la placenta, le hago soplar botella o le hago que muerda su cabello le da ganas de vomitar y sale la placenta o le hago agarrar la escoba de jicuri y sale la placenta.
Partera Nro. 3 Zulema	Se queda la placenta y le hago soplar la botella o también se la sacude agarrándole de las axilas y sale la placenta.
Partera Nro.4 Chavela	Solo una vez he tenido problema, cuando se salio primero la placenta y la mande al centro de salud.
Partera Nro 5 Carmen	Se me quedaron la placenta, toco el cordón y hace como si palpitará, se que está viva la matriz y lo que hago es mover el cordón y se mueve la matriz y le hago vapor de agua tibia y le hago sentar, y va aflojando la placenta y le hablo.
RESULTADO	En base a todas las respuestas proporcionadas por las parteras, el 100% contestaron, que tuvieron problemas con la retención de placenta y tuvieron que emplear conocimientos que se transmitieron de generación en generación, como ser: morder su cabello, soplar botella, sacudirlas tomándolas de las axilas,

Fuente propia: Reyes Junio 2012

Cuadro Nro 5

RESULTADOS DE LA PREGUNTA NO. 5

5.- ¿QUE MEDICINA NATURAL USAN PARA QUE TODO VAYA BIEN EN EL TRABAJO DE PARTO O SI ESTE SE TARDA DEMASIADO?	
Partera No. 1 Sarela	Mate de paja cedrón para entrar en caloría su cuerpo, tres cogollos de tutumo de tres casas diferentes, chocolate cargado con huevo, porque a veces hacen fuerza antes de tiempo y toco el pulso y esta como un reloj y hay le doy el mate,
Partera No. 2 Amparo	Cogollo de tutumo con alcohol para que de fuerza, fricción con aceite de pata con diesel, en su cadera, nalga, cabeza porque se resfrían, porque se bañan mucho.
Partera Nro. 3 Zulema	Care, hierba buena, golpe en la cadera con abarca del marido, para que no se quede nada.
Partera Nro.4 Chavela	Paja cedrón con alcohol y chocolate caliente, para que abra el útero, hay mas dilatación y mas rápido las contracciones, cuando esta fría y le da calambre, las pongo y las hago sentar en ladrillo caliente.
Partera Nro 5 Carmen	Le fricciono con mestizan, les doy paja cedrón con mate, con dos gotas de alcohol, chocolate caliente, después del parto les doy ampicilina por ocho días y me va bien.
RESULTADO	El 90% de las parteras hace uso de medicina natural, en forma de mate o fricciones, y el 10% utiliza medicina tradicional combinada con la medicina occidental.

Fuente propia: Reyes Junio 2012

Cuadro Nro 6

RESULTADOS DE LA PREGUNTA NO.6

6.- ¿PERMITEN LA ENTRADA DE OTRAS PERSONAS EN EI MOMENTO DE LA ATENCION DEL PARTO?	
Partera No. 1 Sarela	Solo atiendo con la mamá de la mujer para que se animen,
Partera No. 2 Amparo	De pende de lo que quiera la parturienta, ella elije quien va entrar, yo atiendo con la ayuda de otra partera.
Partera Nro. 3 Zulema	Con otra partera o su marido, que la ayuda, le agarra de su espalda, donde se arrima mejor.
Partera Nro.4 Chavela	Cuando ellas quieren les deajo entrar a su marido o a su madre ellas elijen quien entra, generalmente entra la madre, tranco la puerta, a veces yo solita.
Partera Nro 5 Carmen	Dejo que entren quien quiera ella, porque hasta son vergonzosas de su madre o su marido.
RESULTADO	El 100% de las parteras, permiten la entrada de sus familiares, de la mujer que va a dar el parto, respetando la decisión y preferencia de la misma.

Fuente propia: Reyes Junio 2012

Cuadro Nro 7

RESULTADOS DE LA PREGUNTA NO.7

7.- ¿SI USTEDES ATIENDEN EL PARTO, QUIEN ATIENDE AL RECIEN NACIDO?	
Partera No. 1 Sarela	Lo agarro al niño, le limpio su boquita con mis dedos y le saco sus flemas, y cuando llora le dejo envuelto a lado de su mamá, hasta que salga la placenta y lo baño en agua tibia.
Partera No. 2 Amparo	Las otra partera le agarra al bebe y le limpia sus flemas, se envuelve sus dedos con algodón y lo baña y le pone a lado de su mamá.
Partera Nro. 3 Zulema	Lo agarro al bebe, lo limpio toda sus carita y su boquita con mis dedos, para sacarle sus flemas, luego lo baño y le entrego a su mamá o a su familia.
Partera Nro.4 Chavela	Cuando nace el bebé ya sale toda la placenta y esta afuera recién corto su cordón y le limpio al bebé, lo baño y lo abrigo.
Partera Nro 5 Carmen	Lo sujeto al bebe bien y le saco sus flemitas con perilla, luego que sale la placenta lo baño.
RESULTADO	El 90% de las parteras hace la asistencia del recién nacido sola, sin el uso de ningún tipo de instrumento de reanimación neonatal, utilizando como final de la atención al recién nacido el baño del mismo.

Fuente propia: Reyes Junio 2012

Cuadro Nro 8

RESULTADOS DE LA PREGUNTA NO.8

8.- ¿QUE MATERIAL USAN PARA LA ATENCION DEL PARTO LIMPIO?	
Partera No. 1 Sarela	En su casa le hago limpiar donde voy a atender pongo hule con un trapo limpio, me lavo las manos con agua y jabón, para el cordón uso tijera que tengo especial para el parto
Partera No. 2 Amparo	En la cama o piso limpio, le hago poner un hule y colcha limpia, me lavo con agua y jabón las manos, para el cordón utilizo tijeras limpias y ropita limpia para el bebe.
Partera Nro. 3 Zulema	Pongo sabanas limpias, trapos limpios, un hule, lavado de manos, tijera especial para el parto y ropita para el bebé.
Partera Nro.4 Chavela	Uso un hule con sabana limpia, una tijera que es especial, me lavo con agua y jabón y me desinfecto con alcohol las manos,
Partera Nro 5 Carmen	Nos dieron toalla jaboncillo, cepillo para lavarnos las manos bien, después me paso con alcohol, no hago el tacto, solo tomo el pulso conforme sube, ya se que va a nacer el bebé.
RESULTADO	El 100% de las parteras entienden como parto limpio a la utilización de hule, sabanas limpias y lavado de manos, sin la utilización de ningún otro instrumento que las tijeras.

Fuente propia: Reyes Junio 2012

Cuadro Nro 9

RESULTADOS DE LA PREGUNTA NO.9

9.- ¿QUE UTILIZAS PARA AMARRAR EL CORDON UMBILICAL?	
Partera No. 1 Sarela	A cuatro dedos de su barriguita amarro con hilo de algodón o hilo de bolsa, corto con tijera que la quemo con alcohol y el cordón lo envuelvo con ponchillo (trapo con hueco central).
Partera No. 2 Amparo	Corto cordón con tijera a cuatro dedos del ombligo con dos nudos, con hilo de lana delgada para tejer torchado (hilos entrelazados) empapado en alcohol.
Partera Nro. 3 Zulema	Uso hilo de algodón, y de hilo clear, con su tijera especial corto a cuatro dedos, apretando fuertemente, si no sangra.
Partera Nro.4 Chavela	Corto el cordón con una tijera especial, desinfectado con alcohol, amarro el cordón a cuatro dedos del ombligo, con hilo de costura, desinfectado en alcohol.
Partera Nro 5 Carmen	Con hilo clear, a cuatro dedos del ombligo se corta y se amarra con fuerza.
RESULTADO	El 100% de las parteras hace uso de hilos que se encuentran a su alcance y de uso domestico, como ser hilos de costura, de tejido, o de algodón torcido.

Fuente propia: Reyes Junio 2012

Cuadro Nro 10

RESULTADOS DE LA PREGUNTA NO.10

10.- ¿QUE HACEN CON LA PLACENTA DE LAS PARTURIENTAS?	
Partera No. 1 Sarela	La placenta le damos a sus familiares y ellos lo entierran.
Partera No. 2 Amparo	Los familiares piden la placenta para enterrarlas.
Partera Nro. 3 Zulema	Se lo damos a los familiares quienes lo entierran.
Partera Nro.4 Chavela	Se los damos a sus familiares para que lo entierren.
Partera Nro 5 Carmen	La placenta lo entierran
RESULTADO	Las parteras consideran al igual que la familia de la que va a dar a luz, que la placenta es sagrada y debe ser devuelta a la tierra de donde todos los humanos fueron creados.

Fuente propia: Reyes Junio 2012

CAPITULO VIPROYECTO DE INTERVENCION

1.- RESUMEN EJECUTIVO

La siguiente propuesta de intervención, va dirigida hacia la mejora en la calidad de atención del parto, en el centro de salud, conociendo los factores socioculturales, por el personal de salud con enfoque intercultural, respetando costumbres y tradiciones, de las usuarias.

La otra propuesta irá dirigida al parto domiciliario y la atención brindada por la partera, para realizar una mejora en su atención a la puérpera.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los partos domiciliarios en la localidad de Reyes, llegan a un 55.8 %**(5)**.Y los partos institucionales un 67%, esta diferencia cercana entre ambos datos, se debe a diferentes factores sociales y culturales, como la falta de educación, no priorizan sus recursos económicos a la salud, la vergüenza al personal de salud, el miedo de los instrumentos que ocupan para la atención del parto y la lejanía de los C de S. Donde se dan complicaciones del parto que ponen en riesgo la vida de la madre y del RN.

La aptitud de las parteras con su atención personalizada a las embarazadas, los métodos y prácticas con el uso de medicina tradicional otorgan seguridad, confianza y partos poco dolorosos a las que van a dar su parto, permitiendo que las parteras continúen en su atención de parto domiciliario..

El personal de salud apoya solucionando las complicaciones que se presentan por la atención de parto domiciliario, pero aun no coordina con las parteras y le falta empatía con las embarazadas que acuden al servicio de salud.

Autoridades comunales y locales no están involucradas en la problemática de complicaciones de la atención de parto domiciliario.

3.- SOPORTE TEORICO

Resumen del marco teórico

Según resultados de ENDSA, se habría presentado una reducción importante en la razón de la mortalidad materna: de 329 a 229 muertes por 100.000 nacidos vivos registrados en el periodo 1994 a 2003, en tanto que las proyecciones al 2008 plantearían una reducción mínima, evidenciando las pocas posibilidades de llegar a la meta del Milenio, sino se implementan intervenciones direccionadas a las causales de muerte materna.

En lo que respecta a la muerte materna, la mayor cantidad se presenta en la región del Altiplano, las principales causas son: hemorragias 33%, infecciones 17%, aborto 9%, hipertensión 5%, parto prolongado 2% y otras 34% (accidentes, violencia, homicidios, y suicidios).

El 53% se produjo en DOMICILIO, el 37% en el servicio de salud y 10% en otro lugar, como son carretera, fluvial o por tierra, de lo que 7 de cada 10 muertes de mujeres podrían ser evitadas, el 38% de las mujeres presentan anemia, sobre todo del área rural con 42.8%.

Estas muertes maternas se presentan por desconocimiento de los diferentes problemas que se presentan, durante el embarazo y parto, donde el riesgo de muerte para las mujeres en edad fértil en el área rural es de cuatro veces más. **(10)**.

4.- JUSTIFICACION

El conocer y encontrar las principales causas sociales y culturales que influyen en las madres que van a dar su parto, para que ellas tomen la decisión de dar su o sus partos en su domicilio, además de la percepción que estas madres tienen del centro de salud y el personal de salud, conociendo estos factores lograr que ellas puedan cambiar de preferencia y decidan dar su parto en un ambiente donde estén satisfechas y seguras de su bien estar, tanto de ellas como la de su recién nacido.

La morbilidad y mortalidad neonatal domiciliaria, es también una preocupación en el centro de salud, una problemática actual cada vez más evidente, siendo en el transcurso de enero a noviembre cinco muertes neonatales **(5)**.

Los datos presentados son informes que se toman de la zona urbana, de la zona rural no existen registros en los cuales podemos apoyarnos.

5.- OBJETIVOS DEL PROYECTO

5.1.Objetivo General:

Difundir, diferentes estrategias, con enfoque intercultural para mejorar la calidad de atención por el personal de salud, logrando un grado de satisfacción de las usuarias, adecuación de la sala de parto del centro de salud Reyes, gestión 2012.

5.2.Objetivos Específicos:

- Implementar en la adecuación intercultural, de la sala de parto.
- Involucrar a las diferentes autoridades municipales y comunitarias, para mejorar la atención prenatal y el parto institucional.
- Capacitación y sensibilización al personal de salud, para mejorar la calidad de atención enmarcados en la interculturalidad.
- Implementación de un plan de difusión de los derechos de las usuarias con adecuación intercultural, respetando sus costumbres y tradiciones.
- Realizar actividades de información, educación y comunicación a mujeres en edad fértil, y sus esposos, respecto al parto sus complicaciones y su responsabilidad para socializar la importancia del Control Prenatal con enfoque intercultural.
- Capacitar a las parteras, para realizar partos limpios y buena atención del recién nacido.

6.- METODOLOGÍA

Este tipo de metodología se elaborò, luego de realizar el trabajo de investigación. Para ello se elaboro el árbol de problemas y el árbol de soluciones, y además se utilizo un marco lógico, de esa manera llegaremos al objetivo general planteado.

7.- ANALISIS DE FACTIBILIDAD

El presente proyecto es factible de realizarse, pues sigue los lineamientos del modelo SAFCI y Objetivos del Milenio.

Los recursos económicos erogados correrán por cuenta propia. Se pretende socializar dicho proyecto con las instituciones locales.

8.- ANALISIS DE VIABILIDAD

El proyecto se puede realizar, de esa manera cambiaremos, mejoraremos la atención del establecimiento de salud, logrando la satisfacción de las usuarias, respetando sus costumbres, creencias, aumentando los partos institucionales y logrando partos domiciliarios seguros.

9.- CRONOGRAMA

(Anexos...)

10.- PRESUPUESTO

(Anexos....)

CAPITULO VI

6.1. CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACION

En lo referente a la determinación de las prácticas, actitudes y conocimientos sobre el parto domiciliario, luego de realizar la investigación se concluye que;

- Las parteras se iniciaron en la atención del parto, por casualidad por estar ahí en el momento del parto de sus familiares o vecinas, otras por que su abuela u otra partera anciana les enseñó y otras por casualidad o curiosidad.
- Las entrevistadas aceptan o toman estas actitudes de tener sus partos domiciliarios, por que vieron a sus madres o suegras por años tener sus partos en su domicilio y no hubo ningún problema.
- Las encuestadas la mayoría tienen conocimiento sobre el parto domiciliario y sobre todas las practicas de atención que se realizan en el momento del mismo.

En relación a los factores sociales que influyen en la decisión de tener parto domiciliario están;

- Las entrevistadas en su mayoría mujeres jóvenes, susceptible a seguir con las tradiciones o practicas familiares, como el de aceptar tener sus partos en su domicilio y ser atendida por familiares, aun mas si la madre tubo sus partos solas por lo que ya tienen experiencia en la atención de sus partos o llamar a las parteras continuando la tradición de su familia.
- El grado de educación que presentan las entrevistadas y encuestadas en un punto importante, en la decisión que toman por el parto domiciliario, la mayoría llega a un grado de escolaridad secundario y es el limite de estudio para muchas, por ser una edad en la que se inicia su pubertad dándose embarazos no planificados, el miedo a la sociedad y su ignorancia aceptan este tipo de parto.
- Las encuestas entre los 21 y 35 años demostraron que son las que presentan un mayor número de embarazos y muchas de ellas aun conociendo el tipo de

atención que se brinda en el hospital, optan en varias oportunidades el parto domiciliario.

- En relación a su estado civil, las encuestadas viven en un tipo de relación de unión estable con su pareja, lo que afecta en la decisión de parto domiciliario, por el estigma de la población pequeña y el prejuicio que lleva al no tener una estabilidad familiar que proporciona un matrimonio, trata de esconder lo que le parece vergonzoso.
- El lugar de donde vienen, o su residencia, es importante en la decisión de optar por el parto domiciliario, las personas que viven en las comunidades aun sean cerca de los centros de salud, prefieren tener su parto en su comunidad, donde cuenta con el apoyo de su comunidad.
- La práctica o hábito que adquieren al ver a sus familiares o vecinos en la atención de parto domiciliario hace que estas entrevistadas y encuestadas decidan este tipo de atención.
- Las clases sociales existen, y en muchas ocasiones es bien marcado, pues los centros de salud por su color y su excelente limpieza causa en algunas mujeres de clase social baja (por así decir) una cierta vergüenza o miedo a ensuciar las camas u otras cosas de los centros y para evitar esa sensación eligen el parto domiciliario.
- La estabilidad económica también ayuda a que se presenten partos domiciliarios, no por el costo de su atención si no porque en varias oportunidades el momento que les toca dar a luz, no encuentran en que trasladarse, por el costo alto que exigen los dueños de los transportes, provocando este tipo de atención de su parto.
- Las carreteras de nuestro municipio, en su mayoría son hechas a machete, por lo que si existe lluvias continuas los lagos, que en tiempo seco son pequeños, en tiempo de lluvia son lagos inmensos, donde son inaccesible su ingreso a las diferentes comunidades de la localidad, afectando en el aumento de partos domiciliarios.

- La información que se brinda por parte de los diferentes centros de salud, en relación a los diferentes programas de salud y la atención gratuita de los partos, aparentemente no es comprendido o no toman la importancia de ello, pues incluso la atención que realiza las parteras en la atención de partos domiciliarios.
- Desde que la usuaria ingresa al servicio de salud por alguna patología, la percepción de la manera de atención es un punto importante en las futuras elecciones que realizaran las entrevistadas o encuestadas, para decidir si su parto lo realizara en su domicilio, donde existe un buen ambiente y siente que la apoyaran o elegir un centro en el que percibió que la atención que le brindaron no fue como ella lo esperaba.
- Un ambiente de paz y tranquilidad familiar, donde además existe un apoyo familiar es una buena opción para tomar la decisión de un parto domiciliario, más aun si la madre, abuela u otros de su entorno familiar decidieron por el parto en su hogar.

En relación a los factores culturales que influyen en la decisión de tener parto domiciliario, tenemos;

- El idioma es un factor importante, en lo que se refiere a la comunicación que debe existir entre el usuario y el prestador de salud, cuando no existe ello se cometen errores, que pueden hacer que la entrevistada o encuestadas elijan el parto domiciliario.
- Las comunidades que mantienen su forma de cultura y costumbres son de la comunidad de los Chimanes, esta etnia ha recibido atención desde que se creó el centro de salud en la ciudad, la única oportunidad que se atendió en su parto luego del nacimiento del recién nacido escapo del centro de salud, ellos prefieren su atención exclusivamente en su comunidad, atendidas por su tío.
- En muchas familias existen aun el dominio patriarcal, lo que hace que su pareja de las encuestadas o entrevistadas no quieran ser atendidas en el centro de salud, sobre todo cuando son del sexo masculino, porque a su

pareja le molesta que miren sus partes íntimas, optando por el parto domiciliario.

- La religión, no está de acuerdo con la utilización de planificación familiar, y al embarazarse estas jóvenes tienen el estigma de ser madres solteras, y por rechazo de la iglesia ocasiona la elección por el parto domiciliario.
- El número de hijos es importante, por la cantidad de los mismos (dos o más), que al ser muy pequeños, las entrevistadas o encuestadas, no tienen a quien dejarlos y prefieren estar en su casa en el momento de su parto, para no abandonar a los otros niños.
- Las experiencias que las entrevistadas o encuestadas, vivieron en lo referente a presenciar partos domiciliarios de sus familiares o vecinos, que no presentaron ninguna complicación, hace que las mismas subestimen los riesgos que se les informa en los centros de salud, tomando la decisión de tener partos domiciliarios.
- El pudor y la vergüenza (al mostrar sus genitales) han sido las palabras que más utilizaron las entrevistadas, encuestadas y parteras, para que exista aun la elección del parto domiciliario.
- La satisfacción que siente la usuaria, al final de cualquier atención, es clave para que la entrevistada o encuestada vuelva a ser atendida en el centro de salud o en el domicilio, en lo referente a la atención de su parto.

En la identificación de las causas, para elegir un parto domiciliario encontramos:

- Las entrevistadas informan que su elección por un parto domiciliario se da por ser más rápidos y menos dolorosos, las parteras hacen uso de sus conocimientos naturales, para apresurar el parto, además de que no realizan el tacto vaginal, solo el pulso de las que van a dar su parto, para saber que ya se va a producir el parto.
- Las entrevistadas en el momento de su parto, se colocan en posiciones cómodas, como es el de cuclillas, sentada, parada, lo que no pasa en el

servicio de salud, las parteras sin embargo, en lo referente a la posición, dejan que las entrevistadas elijan la posición que prefieran.

- A las entrevistadas las parteras para que su parto no se alargue o no se quede la cabeza en el canal de parto las calientan todo el cuerpo con baños calientes, las friccionan con mestizan, acomodan al producto si sienten que están en mala posición el producto.
- Los mates que las entrevistadas toman, preparadas por las parteras o familiares en su mayoría son de paja cedron, care, cedron, valsamina, con gotas de alcohol, estos mates las relajan, disminuye la intensidad de los dolores y ayuda en la dilatación, haciendo que el parto sea menos laborioso.
- Cuando se inicia el trabajo de parto en domicilio, generalmente la pareja juega un papel importante en cuanto al apoyo físico y psicológico de la entrevistada, permitida por la partera, generalmente colocándose detrás de la mujer que está dando su parto y la ayuda ejerciendo una ligera presión con ambas manos en el vientre de la madre y reforzando la respiración haciéndola respirar (inhalando y exhalando). Lo que en la mayoría de las oportunidades, el personal de los establecimientos de salud no permiten, el ingreso de las personas que la entrevistada elige, para el ingreso a sala de parto.
- Luego de la obtención del producto, ligado el cordón umbilical, (con una pita que los familiares o partera lo hacen), bañan a los recién nacidos, como lo hacen los de la etnia chiman, que luego que vio el nacimiento de su hijo y darse cuenta que no lo bañaron se levanto de la cama e inmediatamente lo baño a su recién nacido con agua natural, para prevenir las enfermedades respiratorias (costumbres) y en los centros de salud, esta costumbre no se realiza, se abrigan al recién nacido y se bañan después de las 24 horas de su nacimiento.
- La permanencia de las parteras es un hecho importante para las entrevistadas y encuestadas, estas inician su atención desde el momento que inicia el trabajo de parto y concluye al enterrar la placenta en el domicilio, de la entrevistada o encuestada, todo el proceso la partera no se mueve del lado

brindándole apoyo físico, psicológico a la que va a dar a luz y a sus familiares. Esto no sucede en los centros de salud que solo están con las mismas (entrevistadas o encuestadas) en el momento de su ingreso, cada hora comprobando su dilatación por medio del tacto y cuando llega el momento de la expulsión del producto.

- Las parteras en las preguntas al grupo focal informan que las orientan a las entrevistadas o encuestadas sobre las complicaciones que se pueden presentar en el momento nacimiento, alumbramiento, pero a pasar de ello, las que van a dar a luz prefieren ser atendidas en su domicilio, arriesgándose a perder al producto de su concepción o arriesgar su vida.
- Los materiales que usan las parteras o en algunas oportunidades las mismas entrevistadas, para su atención de su parto, es un material que consta de; tijerita o gillette, hilo trenzado de algodón, a veces una tela limpia, pero no es estéril, en ningún momento, solo lo limpian y lavan con agua y jabón.(parto limpio)

6.2. RECOMENDACIONES

La investigación se realizó en la ciudad de Reyes, con comunidades cercanas a la misma, por lo que las mujeres tienen un cierto grado de conocimiento, educación y muchas de ellas hablan con facilidad el español, sin embargo se investigó poblaciones de áreas alejadas del pueblo, con mujeres cuyo idioma predominante es el Chiman, con características culturales que difieren en cierto grado, de las que viven cerca del pueblo.

En relación a la atención del parto domiciliario en vista que se encontraron varios factores que condicionan el acceso de las parturientas al servicio de salud, es importante que el establecimiento inicie una serie de medidas para concientizar a las mujeres, sobre los riesgos que corren con la elección del parto domiciliario.

Los resultados de este estudio podrían ser utilizados, como línea de base para iniciar este proceso. Tomando en cuenta lo mencionado se recomienda desarrollar a la brevedad posible las siguientes acciones;

En el centro de salud se deberá realizar:

- En los servicios de salud se realizara, salas de parto con adecuaciones interculturales, mediante la implementación de barras de madera, para que las parturientas puedan sujetarse en el momento de su parto, colgar cuerdas del techo, para que la parturienta se sujete de la misma cuando quiera dar su parto de pie, colocación de camas en el piso para que se ponga de cuclillas para su parto.
- Promover el ejercicio de competencias en el personal de salud del establecimiento, como el medico, enfermeras, técnicos de enfermería, para que la atención de parto tenga enfoque intercultural, para lo que se sugiere: explicar los métodos de atención del centro de salud, evitar que desnuden a la paciente, permitir la toma de mates, permitir el ingreso de la partera para que la friccione, permitir el ingreso del acompañante que ella elija a la sala de parto, elección de la posición a voluntad durante el trabajo de parto y en el periodo expulsivo, devolver la placenta, evitar que la madre pase frío
- Involucrar a los líderes sociales de la comunidad, para tener nexos entre salud y comunidad, logrando así la captación de las parturientas con tiempo, el trabajo será articulado entre salud, municipio, organizaciones de base, ONG, instituciones locales, agentes comunitarios de salud, la familia, la pareja de la gestante y conformar un servicio de red activa, que promueva la atención prenatal y la atención de parto institucional.
- Iniciar una forma o mecanismo de traslado de las parturientas, al centro de salud, con apoyo de las diferentes organizaciones comunitarias, municipales, sociales.
- Incorporar diferentes estrategias, para la mejora de las relaciones entre el personal de salud y las usuarias, con temas de formación humana con un enfoque en lo que es la adecuación intercultural.

- Orientación con mayor información a las usuarias sobre el CPN, parto, puerperio, complicaciones, riesgos de las embarazadas y recién nacidos. Crear conciencia sobre la importancia de asistir al servicio de salud durante su gestación y parto, asegurando, proveyendo y controlando las complicaciones.

En el domicilio se deberá realizar;

- Trabajar con las parteras empíricas como bisagras del personal de salud.
- Capacitación de las parteras en la realización de parto limpio.
- Capacitación de las parteras, sobre la atención inmediata del recién nacido.
- Trabajo en equipo del personal de salud con las parteras, en la atención de parto domiciliario.

Al momento de incluir estas recomendaciones, resultado de la investigación y ser implementadas, podremos con seguridad influir favorablemente en la reducción de parto domiciliario y por lógica reducir la tasa de mortalidad Materno Infantil en nuestra ciudad.

XI.-BIBLIOGRAFIA

(1) Plan Sectorial de desarrollo 2010-2020 hacia la SALUD UNIVERSAL. La Paz Bolivia Pág.10

(2) Pese a la Reducción de Tasas de Mortalidad, en embarazo, parto y posparto, Bolivia no alcanzara los Objetivos del Milenio. La Paz Junio 17 (GAIA noticias)

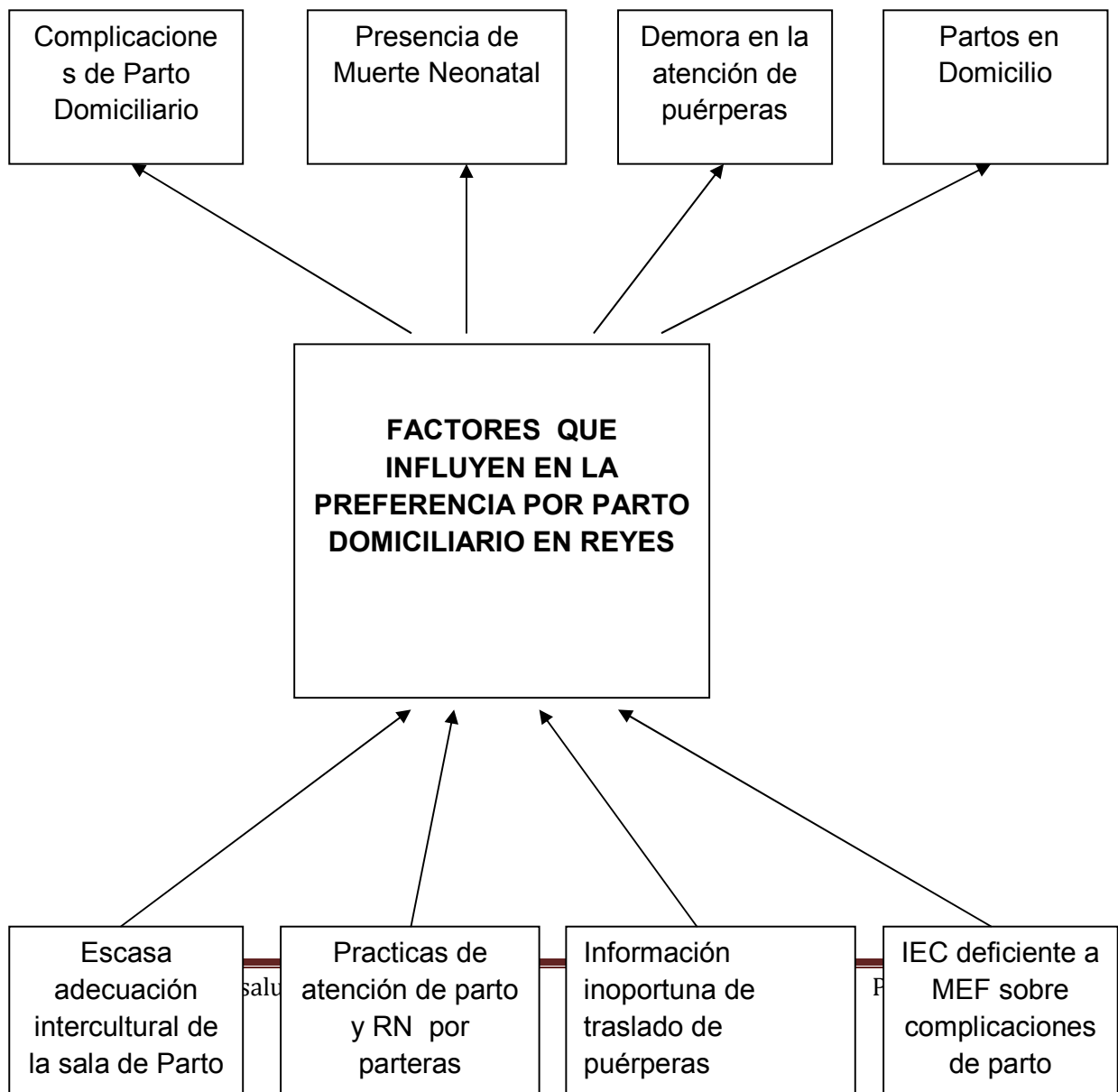
- (3) De la Mesa, Maternidad y Nacimiento Seguro-Fondo de Naciones Unidas. En coordinación con el Comité Editorial por HSD Impreso en PRISA Pág. 3-24
- (4) Dr. Mamani Pedro-FACTORES QUE CONDICIONAN A LA PREFERENCIA DE LA MADRE POR EL PARTO DOMICILIARIO, en el área de influencia del Centro de Salud Charazani de la Provincia B. Saavedra- La Paz-Bolivia 2006.
- (5) SNIS del Municipio de Reyes 2011. –Censo 2001 por INE
- (6) Revista Maropa, Historia de Reyes Pág. 3
- (7) SIAL Municipal DATOS LOCALIZACION de REYES 2010.
- (8) Datos Estadísticos Censo 2001 por INE
- (9) Fuente OPS/OMS Bolivia 2000.
- (10) ENDSA 2006 PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA MEJORAR LA SALUD MATERNA PRENATAL Y NEONATAL en Bolivia 2009-2015-Resumen Ejecutivo.
- (11) Dr. Medina I. Amando; Dr. Mayca P. Julio .CREENCIAS Y COSTUMBRES del embarazo, parto y puerperio. Lima –Peru-11/2000
- (12) Dra. Rodríguez Lilia. FACTORES SOCIALES Y CULTURALES CON FUERZA DE INCIDIR CAMBIOS POLÍTICOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVO.
- (13) Artículo. Nureña Cesar. INCORPORACIÓN DE ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL SISTEMA DE SALUD PERUANO: LA ATENCIÓN DE PARTO VERTICAL. 2009 Pág. 371-372.
- (14) Dr. Saenz S. Margarete –Proteccion en Salud a Pueblos Indigenas e Interculturalidad.Modulo IX Pag. 11-12
- (15) Dr. Lerin Sergio INTERCULTURALIDAD Y SALUD México 2001 Pág. 5-6.
- (16) Dr. Almaguer: García Hernán J. POSICIÓN VERTICAL DEL TRABAJO DE PARTO México 2007 Pág. 6-7.
- (17) Dr. Juan Alvarado Obstetricia-Parto Fisiológico- 2da Edición Pág. 26-29

- (18) D.A Pérez Sandres Obstetricia Parto-3ra Edición Pág. 32-33
- (19) Dra. Méndez Gonzales Rosa.Ma.Corvera Montejano. Ma. Dolores Ph.D. Comparación de la Atención de Parto Normal en los Sistemas Hospitalarios y Tradicional. Salud Pública Mex.V. 44 n.2 Cuernavaca. Mayo/Abril Pág. 44: 129-136.
- (20) Sra. Rosa Montero. CONCEPTOS MEDICOS –Publicación Revista del Diario- El País Pág. 10.
- (21) Sra. Gabriela Gazullo CONCEPTOS MEDICOS Publicación el Diario- El País Pág. 2
- (22) Diccionario la Enciclopedia MORTALIDAD MATERNA libro OMS
- (23) Dra. AlizaLifchiitz WWW VIDA y SALUD.com. M.D 15-09-2007
- (24) El Deber PROGRAMA MULTISECTORIAL DESNUTRICION CERO Derechos Reservados© Cia WORLD FEACT BOOK Santa Cruz Bolivia 2007-2008.
- (25) Dra. MarquezChuquimia;Kusmsberger.B. DOCUMENTO TECNICO NORMATIVO-Protocolos de Atención del Sistema Unico de Salud MSD Bolivia 2009.
- (26) Dra .Rasid Rojas. MOC a paho.org.PROGRAMA SALUD de los PUEBLOS INDIGENAS de las AMERICAS –THS/ OS.
- (27) Dr. Gerardo Fernando Juarez SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMERICA LATINA –PERSPECTIVAS ANTROPOLOGICAS 1ra EdicionAbyaYala Producciones Digitales Impreso en Quito-Ecuador –Julio 2004.
- (28) Dr. JoséSaballos Velásquez. ANTECEDENTES, SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS de la SALUD INTERCULTURAL EN AMERICA LATINA Edición Víctor Manuel de la Lid Lucero Noviembre 2008

ANEXOS

ANEXO 1

ARBOL DE PROBLEMAS



ANEXO 2

ARBOL DE SOLUCIONES



ANEXO 3

MARCO LOGICO

Objetivo general: Efectuar estrategias, para mejorar la calidad de atención por el personal de salud, logrando un grado de satisfacción de las usuarias, con enfoque intercultural en el centro de salud Reyes, gestión 2012.

Problema	Producto final fases	Productos Intermedio pasos	Indicadore s de logro Objetivam ente verificable	Medios de verificac ión	Supue sto
1.- Personal de salud capacitad o y sensibiliz ado en la atención de partos con enfoque intercultur al.	-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	- Invitación N° de participantes - Elaboración y ejecución del taller presentación	N° del personal capacitado en interculturalidad.	- Lista de participantes - Acta de reunión	Asistencia Asistencia

<p>2.- Que todas las mujeres en la población tengan conocimientos generales acerca del embarazo, el parto y sepan detectar</p>	<p>capacitación personal de salud para difundir información relacionada a la atención humanizada de parto con adecuación intercultural (trípticos, videos, presentaciones, etc.).</p> <p>-La adaptación de las salas de parto, para una atención con pleno respeto a sus derechos y valores culturales.</p> <p>-Realizar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Invitación - Elaboración del programa - Ejecución del taller 	<p>Nº de madres informadas.</p> <p>Nº de folletos y afiches</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de participantes. - Acta de reunión 	<p>Asistencia</p>
---	--	--	---	--	-------------------

<p>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.</p> <p>3.- Comunidad consciente de la</p>	<p>diálogos comunitarios en la escuela, juntas vecinales y organizaciones de mujeres acerca del parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones, la referencia al servicio y responsabilidades del esposo y los familiares</p>	<p>- Elaboración de folletos y afiches.</p>	<p>-Nro de participantes -Spot publicitarios</p>	<p>ón - Folletos Afiches -Lista de participantes - Programas radiales</p>	<p>Asistencia</p>
--	--	---	--	---	-------------------

<p>importancia de su participación en el cuidado de la salud materna y la toma de decisiones en los momentos necesarios para un parto seguro.</p>	<p>-Difundir por los medios de comunicación social materiales audiovisuales, adecuado culturalmente a la región, sobre el parto seguro, reducción de los riesgos del embarazo, identificación de complicaciones, la referencia al servicio y responsabilidades del esposo y los familiares</p> <p>-Realizar talleres de capacitación de los recursos humanos de la comunidad (autoridades del municipio,</p>				<p>Asistencia</p>
--	--	--	--	--	-------------------

<p>4.- Mujeres motivadas</p>	<p>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.</p> <p>-Asignar roles y funciones a los representantes sociales de la población en las actividades de la información.</p> <p>-Realizar un taller de socialización el marco normativo legal</p>	<p>-Solicitudes de alimentación y ajuar incluidos en el POA</p>	<p>-Nro de mujeres proyectadas para la gestión.</p> <p>-Nro de partos proyectados para la gestión actual</p>	<p>-Lista de mujeres que dieron su parto institucional</p>	
-------------------------------------	--	--	--	--	--

<p>por la asistencia al servicio</p>	<p>sobre las responsabilidades y competencias de la Red Social a los representantes y personal de salud de Reyes para generar una corresponsabilidad y participación activa de la comunidad, en la problemática de la salud materna.</p> <p>-Cumplimiento a la Ley 2426 SUMI, donde menciona la otorgación de alimentos durante su estadía en el servicio.</p> <p>-Solicitud y</p>				
---	--	--	--	--	--

	<p>gestión de materiales en alimentos y ropas para la provisión de premios a las madres a través la Dirección del centro de salud</p> <p>-Adquisición y traslado de alimentos y ropas hacia el Centro de Salud.</p> <p>Distribución de ropa y alimentos para el recién nacido a gestantes y puérperas que se atendieron el parto en el Centro de Salud</p> <p>-Realizar cursos de capacitación a las diferentes parteras de la localidad de</p>				
--	---	--	--	--	--

<p style="text-align: center;">5.- Capacitacion de las parteras en la atención de parto limpio, reconocer</p>	<p>Reyes, respetando sus conocimientos y prácticas tradicionales y el uso de los medicamentos tradicionales (trípticos, videos, presentaciones, etc.)</p>	<p>_Invitación de Nro.de participantes. Elaboración y ejecución del taller</p>	<p>_Nro. de parteras capacitadas en la atención de parto limpio, reconocimi entos de señales de</p>	<p>_Lista de participa ntes. -Actas de reunión</p>	<p>- Asiste ncia</p>
--	---	---	---	---	------------------------------

señales de peligro en embarazadas , referencia de las complicaciones de parto en forma oportuna y trabajo en equipo con el personal de salud			peligro, derivación oportuna de pacientes con complicaciones de el parto		
---	--	--	--	--	--

ANEXO 4

CRONOGRAMA DEL PROYECTO

(MATRIZ DE GANT)

ACTIVIDAD	2012						2012					
	EN	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

1.-Realización de taller de sensibilización y capacitación al personal de salud y autoridades en el tema de interculturalidad y Medicina Tradicional.	X	X	X									
2.- Capacitación de las diferentes parteras en el manejo limpio y atención del R.N con enfoque intercultural-				X	X	X						

<p>3.- Planteamiento del proyecto de intervención con adecuación intercultural a las autoridades de salud. (</p>							X	X	X	X	X	X
<p>4.- Elaboración del material educativo (afiches, diapositivas) sobre las complicaciones del parto, puerperio, posparto, Atención de calidad y calidez. Adecuación intercultural.</p>												

ANEXO 5

PRESUPUESTO

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)
1. Capacitar RH del Centro de Salud para la asistencia con adecuación cultural.	1.1. Realizar un curso de capacitación al personal de salud para difundir mejorar sus conocimientos respecto a la atención de parto con adecuación cultural (trípticos, videos, presentaciones) y el sistema partera tradicional.	- Fotocopias de documentos	Hojas	300	30
		- Lap Top	Hora	4	120
		- Data Display	Hora	4	200
		- Facilitador	Hora	4	500
		- Hojas Bond	Hojas	100	5
		- Bolígrafos	Pieza	6	6
		- Refrigerio	Día	1	50
2. Realizar actividades de IEC a las mujeres respecto al parto y sus complicaciones	2.1. Difundir por medios de comunicación locales y realizar diálogos comunitarios	-Elaboración de spot, espacios radiales	Pieza	1	200
		- Impresión de Materiales	Hora	30	2050
			Document		2000
			o	400	

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)
.	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.	educativos - Facilitador	Hora	16	1600
3. Involucrar en la responsabilidad a los representantes sociales de la comunidad mediante talleres de capacitación y asignación de	3.1. Realizar capacitación de autoridades del municipio, maestros, parteras y médicos tradicionales) para difundir conocimientos básicos acerca	- Fotocopias de materiales - Folletos - Lap Top - Data Display - Facilitador - Hojas Bond - Bolígrafos	Documento Pieza Hora Hora Hora Hojas Pieza	40 50 8 8 8 300 40	

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)
tareas.	de toma de decisiones en las emergencias obstétricas y neonatales para la rápida derivación al servicio de salud.	- Refrigerio	Día	1	
4. Promover la asistencia a al servicio de salud de las parturientas mediante la entrega de premios.	4.1. Solicitud y gestión de materiales en alimentos y ropas para la provisión de premios a las madres	- Pasaje terrestre	Viaje	4	100
		- Alojamiento y alimentación	Día	2	40
		- Teléfono	Llama- da	10	50

ANEXOS 6

ENTREVISTA A MADRES EN EDAD FERTIL DE LA LOCALIDAD DE REYES, QUE TUVIERON PARTO EN DOMICILIO

Buenas/os tardes/días, quisiera pedirle su colaboración para un estudio sobre los partos en domicilio. No es necesario conocer su nombre, sus respuestas serán completamente confidenciales y serán utilizadas para mejorar la atención en el centro de salud de Reyes

Su participación es absolutamente voluntaria y usted decide si desea participar o no de esta entrevista. En caso de aceptar le agradeceremos su sinceridad. La entrevista dura 15 minutos.

PREGUNTAS

- 1.- ¿Cuántas veces ha tenido su parto en su casa o domicilio?
- 2.- ¿Por qué ha tenido su/s parto/s en domicilio?
- 3.- ¿Quién le atendió su/s parto/s? ¿Por qué?
- 4.- ¿En qué posición tienes tus partos cuando son en su domicilio?
- 5.- Cuando te vienen los dolores del parto, ¿Qué hace la partera o la persona que te atiende?
- 6.- ¿Te dieron algún tipo de mate o hierbas para que sea rápido tu parto y no se tranque? ¿Qué te dieron?
- 7.- Luego del parto ¿qué hacen con la placenta y el recién nacido?
- 8.- ¿Volverías a tener tu parto en tu casa? ¿Por qué?

ENCUESTA PARA MADRES EN EDAD FERTIL

Buenos/as días/tardes, estamos realizando un estudio sobre el parto domiciliario y quisiéramos pedirle su colaboración y nos dé a conocer su opinión sobre su/s experiencias vividas en su parto. No es necesario conocer su nombre, sus respuestas serán completamente confidenciales y serán utilizadas para mejorar la atención en el centro de salud de Reyes.

Su participación es absolutamente voluntaria y usted decide si desea participar o no de esta encuesta, su decisión no afectará el trato y los servicios que usted recibe en este establecimiento de salud. En caso de aceptar le agradeceremos su sinceridad. La entrevista dura 15 minutos.

Instrucción de llenado: Escriba la respuesta en la línea punteada o marque con una X dentro el ()

Fecha de la entrevista:

No. de encuesta:

.....

1. ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

Edad:

Gestas:

Partos:

AB:

Nro. De hijos vivos: V..... M.....

2. Grado de escolaridad:

() Ninguno

() Primaria

() Secundaria

() Superior

() Técnico

Otro:.....

3. ¿Cuál es su estado civil?

- () Soltera
- () Casada
- () Unión Estable
- () Divorciada/separada
- () Viuda

4. Ocupación

- () Profesional
- () Labores de casa
- () Comerciante
- () Agricultura

Otro:

5. ¿Qué religión practica?

- () Evangélica
- () Católica
- () Mormón

Otro:

6. ¿Qué idioma habla?

- () Español
- () Tacana
- () Reyesano
- () Maropa
- () Cavineño

Otra:

7. ¿Cuál es el ingreso económico familiar al mes?

- () Menos de 500 Bs.
- () De 501 a 1000 Bs.
- () De 1001 a 2000 Bs.
- () De 2001 a 3000 Bs.
- () Más de 3000 Bs.

8. ¿Cuál es su procedencia?

- () Urbano
- () Rural

9. Su/s parto/s fueron atendidos en:

() Centro de salud ----- SI SOLO MARCA ESTA RESPUESTA, CONTINUAR DESDE LA

PREGUNTA No. 10 HASTA LA PREGUNTA No.

15, LUEGO

CONTINUAR DESDE LA PREGUNTA No. 20

() En su domicilio ----- SALTAR A LA PREGUNTA No. 16

() En el Centro de Salud y en su Domicilio ----- PREGUNTAR:

Cuantos partos fueron en el CS

Y cuantos en domicilio.....

CONTINUAR DESDE LA

PREGUNTA No. 10 HASTA

LA PREGUNTA No. 22

10. La última vez que se atendió su parto en el Centro de Salud ¿Cómo le pareció la atención de parte del personal de salud?

- () Excelente
- () Muy bueno
- () Bueno
- () Regular
- () Malo

11. La última vez que se atendió su parto en el Centro de Salud, tuvo alguna complicación?

- () Si () No ----- SI SU RESPUESTA ES **SI**, PREGUNTAR:

Por qué dice eso?

.....

12. La última vez que le atendieron su parto. Recibió malos tratos del personal?

- () Si () No ----- SI SU RESPUESTA ES **SI**, PREGUNTAR:

¿Qué malos tratos recibió?

.....

13. ¿Recibió usted una orientación o información antes de la atención del parto, de parte del personal de salud?

- () Si () No ----- SI SU RESPUESTA ES **SI**, PREGUNTAR:

¿Qué información recibió?

.....

14. ¿La última vez que se atendió su parto. Hubo algo que a usted no le agrado o le molesto?

() Si () No ----- SI SU RESPUESTA ES SI, PREGUNTAR:

¿Qué fue lo que no le agrado o molesto?

.....

15. ¿Al recibir atención ¿el personal de salud comprende y respeta sus saberes y/o conocimientos expresados y/o aplicados por usted?

() Si () No

PREGUNTAS SOLO DIRIGIDAS A MADRES QUE HAN TENIDO PARTO DOMICILIARIO

16. ¿Conoce usted sobre las complicaciones del parto?

() Si () No ----- SI SU RESPUESTA ES SI, PREGUNTAR:

¿Qué complicaciones conoce?

.....

17. ¿Quién le atendió el parto en domicilio? (PUEDE HABER MAS DE UNA RESPUESTA)

() Partera

() Curandera

() Esposo

() Su mama

() Vecina/o

Otro:

18. ¿Las personas que atienden tu parto, conocen o hablan tu idioma?

() Si () No

19. ¿Cómo le parece la atención que le brinda la partera en la atención de su parto?

- () Excelente
- () Muy bueno
- () Bueno
- () Regular
- () Malo

PREGUNTAS PARA TODAS LAS ENCUESTADAS

20. ¿Tiene alguna preferencia en cuanto al sexo (varón o mujer) para la atención de su parto?

() Varón () Mujer

21. En una escala del 1 al 5 en quien confía mas: (SE DEBE COLOCAR UN NUMERO COMO SE INDICA)

- () Partera
- () Medico
- () Enfermera
- () Curandero
- () Algún familiar

22. ¿Si Usted tuviera nuevamente un parto, donde se haría atender?

() En el centro de salud

() En su domicilio

¿Por qué? :

ANEXO 7 GRUPO FOCAL: LAS PREGUNTAS QUE SE HICIERON

PREGUNTAS

- 1.- ¿Quien le enseñó y como aprendió a manejar o atender el parto domiciliario?
- 2.- ¿Como atienden los partos y en que lugar?
- 3.- ¿Cuales son las causas que han informado a ustedes las parturientas para que no asistan el centro de salud para atenderse de su parto?
- 4.- ¿En toda su experiencia de atencion de partos, presentaron algun tipo de complicaciones su parturienta y como lo resolvieron?
- 5.- ¿Que medicina natural usan para que todo vaya bien en el trabajo de parto o si este se tarda demasiado?
- 6.- ¿Permiten la entrada de otras personas en el momento de la atención del parto?
- 7.- ¿Si ustedes atienden el parto, quien atiende al recién nacido?
- 8.- ¿Que material usan para la atención del parto?
- 9.- ¿Que utilizas para amarrar el cordón umbilical?
- 10.- ¿Que hacen con la placenta de las puérperas?

ANEXO 8 INVITACION A LAS PARTERAS DEL GRUPO FOCAL

Reyes 23 de Agosto 2011

Sra. Sarela Chávez

Presente:

**REF. INVITACION A PARTICIPAR DEL TALLER SOBRE ATENCION DE
TRABAJO DE PARTO Y RECIEN NACIDO EN DOMICILIO, PROMOCION DEL
PARTO LIMPIO, SEGURO Y MANEJO DE COPLICACIONES**

De nuestra consideración:

Distinguida señora a tiempo de saludarla nos dirigimos a su persona con el objeto de invitarla a participar de un taller sobre ATENCION DE PARTOS Y RECIEN NACIDO EN DOMICILIO, PROMOCION DEL PARTO LIMPIO, SEGURO Y MANEJO DE COMPLICACIONES, el mismo que se realizara en el Centro de Salud Reyes, el día viernes 28 de Agosto del presente año a partir de las 08:00 a.m.

Esperando contar con su grata presencia, nos despedimos de usted atentamente.

ANEXO 9

FOTOGRAFIAS

Fotografía Nro. 1 EL PARTO



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro. 2 INICIO DEL PARTO



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro. 3 NACIMIENTO



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro.4 EXPULSION



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro. 5 ALUMBRAMIENTO



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro. 6 EPISIOTOMIA



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro. 7 APOYO DURANTE EL PARTO



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro.8 COMPLICACIONES DEL PARTO



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro. 9 PARTO FISIOLÓGICO



Fuente propia; Reyes Junio 201

Fotografía Nro. 10 ATENCIÓN AL RN



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía nro. 11 ATENCION AL RN



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro. 12 CESAREA



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro.13 ALOJAMIENTO CONJUNTO



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro. 14 PARTERAS O MATRONAS



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografía Nro. 15 CHARLAS DE INTERCULTURALIDAD



Fuente propia; Reyes Junio 2012

Fotografia Nro. 16 PAREJA RECIBE ORIENTACION



Fuente propia; Reyes Junio 2012

MAPA DE LA PROVINCIA BALLIVIAN

