



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR

SEDE CENTRAL

SUCRE - BOLIVIA

**CURSO DE MAESTRÍA EN “SALUD
PÚBLICA”**

**“PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE EL
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN EL MUNICIPIO
DE ZUDAÑEZ”**

**“Tesis presentada para obtener el Grado
Académico de Magíster en “Salud
Pública”**

ALUMNA: LILIAN ROSARIO CALDERÓN

**SUCRE
2004**

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Andina “Simón Bolívar, por haberme acogido en sus aulas.

A mi tutora Dra. Rosario Andre por la paciencia y el apoyo brindado para la elaboración del presente trabajo.

A mis profesores, por los conocimientos que me han impartido.

A mis compañeros y amigos, por su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

A mi Rosita querida, que es la luz que ilumina mi camino.

RESUMEN

El hecho de que durante los últimos años se mantiene la escasa demanda de los servicios de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio, especialmente en el área rural, a pesar de haberse implementado políticas como el Seguro Materno Infantil, el Seguro Básico de Salud y últimamente el Seguro Universal Materno Infantil que posibilita la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud con carácter gratuito a todas las mujeres, eliminando de esta manera la barrera económica, considerada como la causa principal para la escasa demanda de los servicios de salud, obliga a pensar que existen otros motivos aparte del económico que gravitan en la decisión de las mujeres de acceder a los servicios de salud.

Es en este sentido que se decide realizar la investigación sobre la Percepción de las mujeres sobre el embarazo, parto y puerperio en el municipio rural de Zudañez que cuenta con una red de servicios organizado a los que tiene accesibilidad geográfica la mayor parte de la población.

El objetivo del estudio es Identificar las razones por las cuales las mujeres del municipio de Zudañez no acuden a los servicios de salud para la atención de su embarazo, parto y puerperio pese a haberse suprimido la barrera económica.

Se pretende reconocer las percepciones, conocimientos actitudes y prácticas que tienen las mujeres de Zudañez sobre el embarazo, parto y puerperio, identificar la percepción y sentimientos que tienen sobre la atención en los servicios de salud, los motivos por los cuales las embarazadas no acuden a los mismos, identificar las barreras y los viabilizadores desde el punto de vista de la comunidad para promover el uso adecuado de los servicios de salud

Se realizó una amplia revisión bibliográfica de investigaciones realizadas sobre el mismo tema, la mayoría antes de que se implanten los seguros de protección a la maternidad, donde identifican como la principal barrera la económica, además del maltrato recibido en los servicios y el no respeto a las costumbres de la población.

Se plantea un marco teórico que considera los componentes de predisposición, capacidad y necesidad de la población en situación de riesgo como determinantes individuales de la utilización de los servicios, que dada la característica eminentemente rural del municipio de Zudañez donde la mayoría de la población es de origen quechua están íntimamente ligadas a la cultura y etnofisiología de las mujeres de Zudañez, además el grado de satisfacción de ellas con la atención recibida en los servicios de salud, esta relacionada con la expectativa que tienen sobre la atención que desearían recibir en servicios de salud que son diferentes a sus creencias y costumbres, puesto de que el Sistema Formal de salud del municipio proviene del sistema biomédico (occidental), mientras que la población en situación de riesgo proviene de otro, el sistema de la cultura quechua.

Del tipo de interrelación entre los dos sistemas pueden surgir situaciones en que los dos se encuentren en armonía, lo que implica que existen creencias y prácticas comunes a los dos sistemas, que estén aislados, lo que contribuye a la escasa utilización de los servicios, o que los dos sistemas se encuentren en situación de choque lo cual ocasiona gran rechazo por parte de las mujeres a los servicios de salud.

De acuerdo a lo expuesto, con la investigación se ha pretendido en base a la información recabada de la población, poder identificar cuales son las prácticas del sistema formal de salud que están en armonía con las creencias y expectativas de las mujeres de Zudañez, cuales son las que están aisladas y las que chocan con sus ideas sobre salud y que están determinando la escasa

demanda de los servicios de salud, pese a la eliminación de la barrera económica

En consideraciones a las características del estudio, se optó por realizar una investigación cualitativa utilizando la técnica de grupos focales, en los que participaron mujeres radicadas en el municipio de Zudañez, embarazadas o con antecedentes de por lo menos un embarazo.

Se siguieron rigurosamente los procedimientos establecidos a partir de la recolección de datos, sistematización y análisis de la información lograda con la técnica nombrada.

Realizando el análisis de los resultados encontrados en relación a las tres categorías de interrelación entre el sistema formal y el tradicional identificados en el marco teórico, encontramos que algunas percepciones, conocimientos actitudes y prácticas están en armonía como el reconocimiento de las complicaciones obstétricas, el peligro que éstas representan para la salud de la madre y de que las mismas pueden ser solucionadas en los servicios de salud si se acude oportunamente a los mismos. Si bien ambos sistemas se encuentran en armonía en cuanto al reconocimiento de la importancia del control prenatal, están aislados en la concepción preventiva que se tiene en el sistema formal, con el de curativo del sistema tradicional, se encuentran también aislados en cuanto a la forma en que se debe realizar este control.

Es en la atención del parto donde se identifican más situaciones de choque, como las características del ambiente donde debe ser atendido el parto, la posición de la mujer, los alimentos que debe ingerir durante este período y en el puerperio inmediato, el tratamiento de la placenta que en el sistema tradicional tiene un gran simbolismo y esta íntimamente relacionada con el futuro del niño.

La experiencia acumulada por las mujeres sobre la atención del parto en los servicios gravita negativamente en la predisposición para no asistir a los mismos, influyendo principalmente el trato interpersonal inadecuado del personal de salud para con las usuarias, aspecto que para ellas tiene mayor importancia que el reconocimiento de la capacidad resolutive de los servicios.

Las mujeres más que valorar la capacidad técnica del personal de salud, valoran el trato que reciben de este personal, el trato humano y el respeto a sus costumbres las incentiva para acudir a los servicios.

Finalmente, podemos concluir diciendo que las mujeres de Zudañez, en su mayoría de origen quechua tienen percepciones, sentimientos, conocimientos, actitudes y prácticas relativas al embarazo, parto y puerperio que corresponden a una visión del mundo asociada a conceptos holísticos y a su etnofisiología, Estos conceptos son significativamente distintos a las consideraciones técnico-clínicas del personal de salud; muchas de estas costumbres tradicionales son inocuas o beneficiosas para la salud. Ellas identifican como las principales causas para no demandar los servicios para la atención del embarazo, parto y puerperio la falta de respeto a su cultura y tradiciones, el tipo de atención que reciben y que en muchos casos chocan con su visión sobre la forma de atención de estos procesos. La separación cultural entre la visión bio-médica de los prestadores de salud y las visiones tradicionales sobre embarazo y maternidad entre las mujeres de Zudañez genera un sentimiento de desconfianza entre las madres y sus familias y desalienta la demanda de los servicios de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio.

Se debe procurar implementar estrategias que podrían contribuir a disminuir las áreas de aislamiento y choque y aumentar las de armonía, en medida en que se logre en que sean cada vez más las áreas de armonía y disminuyan las de aislamiento y choque entre los dos sistemas, se podrá lograr un mayor

acceso de las mujeres de Zudañez a los servicios de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio

Se deben establecer mecanismos de comunicación entre el personal de salud y la comunidad que permita un mayor acercamiento entre los dos sistemas, que permita que las mujeres puedan hacer conocer a los proveedores de salud cuales son las expectativas que tienen y como quisieran ser atendidas, para que en base al diálogo y negociación local se puedan ir incorporando ciertas prácticas tradicionales consideradas inocuas o beneficiosas para la salud de la mujer a la practica institucional de los servicios, para permitir un mejor acceso y aceptación de la comunidad, situación que puede ser aprovechada para que el personal de salud pueda llevar adelante estrategias de información y comunicación sobre el cuidado de la salud materna, la importancia del reconocimiento referencia y atención oportuna de las complicaciones obstétricas y otros temas, teniendo cuidado de que esta información no llegue solamente a la mujer sino a la familia y especialmente al marido, por el rol activo que este juega en la atención del embarazo, parto y puerperio.

Con el presente estudio se a pretendido contribuir a mejorar la calidad de atención que se oferta en los servicios de salud de tal manera que respondan a las necesidades y expectativas de las mujeres, facilitando su acceso para la atención del embarazo, parto y puerperio y resolución oportuna de los casos de complicaciones obstétricas, para contribuir de esta manera a la reducción de la alta razón de mortalidad materna que actualmente tiene Bolivia.

Sucre, marzo de 2004.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPITULO I. INTRODUCCION

1.1	ANTECEDENTES.....	1
1.2.	PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL MUNICIPIO DE ZUDAÑEZ.	2
1.2.1.	SALUD.....	8
1.3.	PROPOSITO.....	13
1.4-	JUSTIFICACION.....	13
1.5	CUESTION DE LA INVESTIGACION.....	15
1.6	OBJETIVOS	16
1.6.1.	OBJETIVO GENERAL.....	16
1.6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1.	ANTECEDENTES TEORICOS.....	18
2.2.	LA CONSTRUCCION DEL MARCO TEORICO.....	24

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1.	ENFOQUE DE LA INVESTIGACION.....	31
3.2.	TIPO DE ESTUDIO	32
3.3	AREA DE ESTUDIO.....	32
3.4	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	33
3.5	FUENTES DE INFORMACION.....	33
3.6	MUESTRA.....	34
3.7	RECOLECCION DE DATOS.....	35
3.7.1	ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE GRUPOS FOCALES.....	35
3.7.2	CONSTITUCIÓN Y DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES	36
3.8	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	44
3.9	TRIANGULACION.....	45

CAPITULO IV. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	46
4.1.1. PERCEPCIONES, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MUJERES DE ZUDAÑEZ SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.....	46
4.1.2. PERCEPCIONES Y SENTIMIENTOS QUE TIENEN LAS MUJERES DE ZUDAÑEZ SOBRE LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y PARTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD.....	65
4.1.3 RAZONES POR LAS CUALES LAS MUJERES NO CONCURRENTEN A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.....	71
4.1.4 BARRERAS Y VIABILIZADORES.....	73
4.2. DISCUSION	74

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES	80
5.2. RECOMENDACIONES	82

BIBLIOGRAFIA	87
---------------------------	-----------

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1	Guía grupos focales
ANEXO 2	Códigos de participantes en grupos focales
ANEXO 3	Mapa N° 1 Departamento de Chuquisaca, mapa político
ANEXO 4	Mapa N° 2 Municipio de Zudañez, ubicación geográfica
ANEXO 5	Mapa N° 3 Comunidades y centros poblados
ANEXO 6	Mapa N° 4 Municipio de Zudañez, densidad poblacional
ANEXO 7	Mapa N°5 Municipio de Zudañez, accesibilidad vial
ANEXO 8	Mapa N° 6 Municipio de Zudañez, Red de Servicios de salud
ANEXO 9	Fotografía :Vista panorámica de Zudañez
ANEXO 10	Fotografía: Hospital y ambulancia de Zudañez
ANEXO 11	Fotografía: Sala de partos e incubadoras del Hospital de Zudañez.

PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN EL MUNICIPIO DE ZUDAÑEZ

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES

El Departamento de Chuquisaca es uno de los nueve departamentos de Bolivia, está ubicado en la zona de los valles y tiene una extensión geográfica de 51.524 kilómetros cuadrados. (Mapa N°1)

De acuerdo al censo del año 2001, tiene una población de 531.522 habitantes, de los cuales 218.126 (41.04%) viven en el área urbana y 313.396 (58,96%) en el área rural; 270.918 (51%) son mujeres y 260.604 (49%) son varones. La tasa anual de crecimiento intercensal en el período 1992-2001 fue de 1,71. En el área urbana del departamento el 52,95 % de la población de 15 años o de más de edad se identifica con el pueblo quechua y el 2,35 % con el pueblo aymará. En el área rural el 68.31% se identifica con el pueblo quechua y el 5,31% con el pueblo guarani.

Política y administrativamente, el departamento de Chuquisaca está dividido en 10 provincias y 28 municipios, uno de los cuales es el municipio de Zudañez.

De acuerdo a la encuesta de Demografía y Salud (ENDSA) de 1998, los indicadores más importantes de salud para el departamento de Chuquisaca son los siguientes:

- La tasa global de fecundidad es de 5,3% para el período 1995-1998 con marcada diferencia entre el área urbana (3,8) y el área rural (7,5); Existe una marcada diferencia entre la tasa global de fecundidad y el número de hijos que las mujeres chuquisaqueñas consideran ideal y es de 2,5 hijos por mujer.

- El 77% de mujeres actualmente unidas conocen algún método anticonceptivo; sin embargo solo el 35% de las mujeres en unión refirieron que estaban usando algún método anticonceptivo al momento de la encuesta; el 18% corresponde a métodos modernos y 17% a métodos naturales; con gran diferencia entre el área urbana (32,8%) y el área rural (6,1%).
- La tasa de mortalidad infantil es de 70 por mil para el quinquenio 1994-1998. Los hijos de madres que residen en áreas rurales tienen el doble de probabilidad de morir que las que viven en áreas urbanas (102 y 41 por mil respectivamente). La tasa de mortalidad de menores de 5 años es de 105 por mil nacidos vivos.
- De acuerdo a la ENDSA 1994, Bolivia tiene una de la más altas razones de mortalidad Materna: 390 por cien mil nacidos vivos, superada solo por Haití, con diferencias por regiones ecológicas, la razón de mortalidad materna para la región de los valles de Bolivia a los que corresponde Chuquisaca es de 293 por cien mil nacidos vivos.
- En cuanto al control prenatal de acuerdo a la ENDSA 98, en los tres años antes de la encuesta, en Chuquisaca el 69% de las futuras madres recibieron atención prenatal por personal de salud y el 53,1 % de los partos tuvieron lugar en el domicilio

1.2 PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE ZUDAÑEZ

El Municipio de Zudañez se encuentra ubicado en la Subregión I del Departamento de Chuquisaca, es la Primera Sección Municipal de la Provincia Zudañez y tiene una extensión geográfica aproximada de 712,70 Km². (Mapa N° 2). Está conformado sólo por un cantón que lleva el mismo nombre, comprende 29 comunidades rurales y 6 juntas vecinales (urbanas), siendo

Zudañez su centro poblado más importante ubicado a 105 Km de la ciudad de Sucre. (Mapa N°3)

De acuerdo al censo de población y vivienda del año 2001, tiene una población de 7.423 habitantes, de los cuales 3.755 son varones y 3.668 son mujeres, el total de la población es considerada rural, la tasa de crecimiento ha sido de 0,4. Existen 1692 hogares con un promedio de 4,2 personas por hogar. La densidad poblacional alcanza a 12 habitantes por Km². (Mapa N°4)

La migración temporal alcanzó un 22,55% y la migración definitiva un 6,98% de la población total para la gestión 1999, los emigrantes temporales generalmente se trasladan a Santa Cruz, los emigrantes definitivos a la ciudad de Sucre. La tasa de natalidad es de 32 y la tasa de mortalidad general es de 10,3 por mil.

De acuerdo al censo del 2001, el 86,4% de los habitantes de Zudañez son pobres, porcentaje sólo menor en 6 puntos al del censo de 1992, 45,26% están en un grado de pobreza moderada y el 41,11% son indigentes. Sólo el 3,61% tienen sus necesidades básicas satisfechas.

De acuerdo al Plan de Desarrollo Municipal de Zudañez (PDM), elaborado por la fundación CEIBO en el año 2000, en relación a los servicios básicos, el 65,5% de las comunidades cuentan con agua por cañería que no está potabilizada, la provisión de agua en el resto de las comunidades es de vertiente natural. Sólo el centro poblado de Zudañez cuenta con un sistema de alcantarillado y las comunidades campesinas no cuentan con letrinas, eliminan sus deposiciones al aire libre con los peligros de contaminación que ello provoca.

Solamente el 9,78% de la población total cuenta con el servicio de energía eléctrica y el restante 90,22% carece de este servicio básico, por lo cual el principal combustible para este número mayoritario de la población es la

leña y el kerosén. El principal medio de telecomunicación del Municipio es el que brinda la Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL).

Siguiendo la misma fuente, Zudañez es un municipio eminentemente agrícola, los cultivos principales son papa, maíz, trigo, el destino de la producción es el consumo (80%), la reposición de la semilla, destinándose muy poco al trueque y menos aún a la venta. La existencia de ganado mayor en la zona es reducida, las especies de mayor importancia son el ganado vacuno y equino, la ganadería menor está compuesta por ganado caprino y ovino, esta actividad no tiene una orientación económica, sino más bien complementaria a la agricultura.

De acuerdo al PDM de Zudañez, por el territorio municipal atraviesa la carretera Sucre-Monteagudo que es transitable durante todas las épocas del año y todas las comunidades cuentan con camino carretero; sin embargo, cabe hacer notar que estos caminos vecinales son de segundo orden, hecho que dificulta su transitabilidad en época de lluvias. (Mapa N°5)

En relación a la educación, la tasa de alfabetismo en el municipio de Zudañez es del 57.25 por ciento, lo que significa que aproximadamente 6 de cada 10 personas saben leer y escribir; sin embargo existe una diferencia marcada a favor de los varones (68,84%) en relación a las mujeres (45,94 %).

El Municipio cuenta con 24 centros educativos, de los cuales 21 se encuentran en las diferentes comunidades campesinas y tres en el centro poblado de Zudañez, la cobertura abarca a un 71,22% de la población en edad escolar de 6 a 19 años, se observa que la mayor cobertura corresponde a los varones (74,3%) en relación a las mujeres (67,89%). La tasa de deserción escolar alcanza a 2.81% en el caso de los varones y a 2,47% en el caso de las mujeres

La población del Municipio de Zudañez es de origen quechua, aunque subsiste una fuerte presencia de la cultura yampara en su fase tardía que aun es percibida en las comunidades que se encuentran cercanas a Yamparaez y Tarabuco. La lengua materna de las comunidades que se encuentran asentadas en el territorio de Zudañez es el quechua (93,8%); sin embargo existe una influencia creciente de la lengua castellana. Actualmente, sobre todo la población joven son castellano–quechua hablantes y el 6,20% sólo habla español.

Considerando que la cultura predominante es la quechua, es importante remarcar algunos aspectos importantes de esta cultura:

De acuerdo a la publicación “Pro Diversitas – Los Quechuas. 2003, (<http://www.prodiversitas.bioetica.org/back.htm>), las comunidades tradicionales quechuas reciben el nombre de ayllu, palabra que no solamente alude al territorio de enclave del poblado, sino que también se refiere al grupo emparentado por relaciones de sangre. (El ayllu es una forma de organización social que se remonta a la civilización Aymara; los aymaras fueron los primeros pobladores de la inmensa llanura altiplánica de Sudamérica Occidental y por lo tanto de Bolivia)

La comunidad tradicional quechua (ayllu) en sí misma no es una unidad de producción, es un territorio compartido por un número de familias que produce de manera individual y donde existen mecanismos institucionalizados que regulan y facilitan la constitución de grupos de cooperación y que norman las reglas de comportamiento entre sus integrantes, las obligaciones que cada uno tiene con los otros y la distribución de tareas La asamblea comunal es la máxima instancia de autoridad y eje de la vida comunitaria, su potestad se extiende desde el dominio económico de los recursos comunales hasta todas las manifestaciones sociales; la mujer sólo asiste a la asamblea si es viuda o si el marido está ausente.

Existe una gran vinculación entre los parientes, sobre todo los más cercanos; la red de parentesco funciona como un seguro para la familia en diversas necesidades y una de ellas es el momento del parto.

En relación a la situación de la Mujer en el interior de la comunidad, de acuerdo a la misma publicación, educar a la mujer muchos años es considerado un gasto inútil de tiempo y de dinero, además los padres consideran que, una vez entrada a la pubertad, su hija corre más peligro que beneficio yendo a la escuela y prefieren que después de las primeras letras su hija se vaya incorporando en las actividades domésticas.

De acuerdo a esta misma publicación, la madre es el agente principal y básico para la socialización del niño, hasta el año y medio de edad lo lleva cargado a la espalda mientras realiza sus actividades; la que colabora en el cuidado de los niños menores es normalmente la hija mayor; esta es una de las funciones específicas que debe realizar a partir de los cuatro años de edad aproximadamente; el padre dedica poco tiempo a la crianza de los hijos Después de los cinco años el niño varón colabora con el padre, entrenándose en las distintas actividades propias del hombre, en cambio, en el caso de las hijas, éstas quedan siempre junto a la madre, quien sigue influyendo en su comportamiento como mujer.

De acuerdo a la misma publicación, para el quechua el origen de muchas enfermedades es misterioso, por tanto para diagnosticarlas y curarlas deberá recurrir simultáneamente a explicaciones y remedios de tipo cósmico ancestral, incluyendo una rica tradición en el manejo de la farmacopea andina a los conceptos médicos que trajo la Colonia y a los de la ciencia moderna. La concepción autóctona no distingue entre enfermedades-curaciones de tipo mágico y otras de tipo natural, es mucho más unitaria, como un sistema de relaciones entre el cuerpo, sus varias almas, la sociedad y el cosmos lleno de seres tan vivos y reales como nosotros, como partes inseparables que componen un todo armónico.

En la cultura quechua, el especialista para el diagnóstico y la curación de todo tipo de desorden físico-psíquico-cósmico (incluidas las enfermedades) es el yatiri (el que sabe), su especialización es de orden sobrenatural, por haber sido tocado por el rayo o haber recibido poderes superiores ya desde el nacimiento, es a la vez médico, adivino y sacerdote, domina los recursos rituales aunque conoce también los naturales. Dentro de estos el jampiri (el que cura) está especializado en enfermedades y tiene un amplio conocimiento de las plantas y otros recursos naturales medicinales.

En relación a la religión, predomina en la mayor parte del Municipio la religión católica entremezclada con todo lo que representa su religión atávica, como la creencia en la Pachamama para la cual se realizan numerosos ritos y fiestas.

En relación a la equidad de género, de acuerdo a un estudio realizado en el municipio de Zudañez (*Qharikunaq – Warmikunaj*, por Rosario Dulón, Sergio Aparicio, Irma Vedia Sucre, PROAGRO1996), en hombres y mujeres se percibe una falta de estima-autoestima de lo que significa “ser mujer” y donde los hombres son los que “deciden y disponen”, mientras que las mujeres “consultan y aceptan”

Qué es ser hombre	Qué es ser mujer
Inteligente Saben leer y escribir Vivos Ágiles Tienen coraje Capaces	Poco inteligente No saben leer y escribir Sonsas Lerdas Son miedosas Incapaces

Existe una incipiente participación de las mujeres en la toma de decisiones públicas, explicada por dos razones fundamentales: las estructuras de poder comunal que discriminan a las mujeres y la falta de autoestima y confianza que tienen en sí mismas y que puede explicarse por la falta de información y la falta de formación que tienen. La falta de formación se explica por los índices de deserción y marginalidad femenina que se da en la escuela,

centros de formación y eventos de capacitación por la preferencia de que sean los hombres quienes se formen, pues no le ven mayor utilidad a la formación de mujeres y porque las mujeres no disponen de mucho tiempo para su formación y si asisten a eventos de capacitación están distraídas por la atención brindada a los hijos pequeños que las acompañan.

1.2.1 SALUD

El Índice de Necesidades de Salud Insatisfechas (INSI), es un índice resumido que se elabora tomando en cuenta los siguientes indicadores: RRHH x 10.000 Habitantes (médicos, enfermeras y auxiliares), tasa de analfabetismo, tasa de mortalidad Infantil, hogares sin agua, Incidencia de Pobreza. Con el objeto de estandarizar estos valores, se obtiene el valor Z, que es la suma de los valores estandarizados de los indicadores con los que se elabora el INSI, y permite realizar comparaciones entre los municipios. Tomando en cuenta que cuatro de los cinco indicadores utilizados son negativos (a excepción del indicador de recursos humanos, que para fines de suma se lo negativiza), cuanto más alto el valor de Z, peores condiciones de salud del municipio, cuando el valor del municipio esta por debajo del promedio, quiere decir que esta en mejores condiciones que el resto, es por eso que los municipios con mejores condiciones de salud muestran valores negativos para Z.

De acuerdo a la información recabada del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Chuquisaca, Área de Análisis de Situación de Salud (ASIS) los Municipios con peores condiciones de salud se encuentran en los quintiles quinto y cuarto, Zudañez se encuentra en el quintil tercero, aproximadamente al medio comparativamente con los 28 municipios, muy alejado del lugar que ocupa Sucre que es el único municipio de Chuquisaca considerado como urbano y que tiene indicadores de salud aceptables, lo que indica de que Zudañez si bien no está entre los que se encuentran en peores condiciones, es un municipio que requiere intervenciones urgentes para mejorar sus condiciones de salud.

Tabla N° 1
Índice de Necesidades de Salud Insatisfechas – Chuquisaca 2003

Municipio	RRHH x 10.000 Habitantes	Tasa de Analfabetismo	Tasa de Mortalidad Infantil	Hogares sin Agua	Incidencia de Pobreza	Total Valor Z	Quintiles
Presto	1.294	1.903	1.985	0.883	0.818	6.883	Q 5
Porosa	0.705	1.076	1.627	1.494	0.901	5.803	
Tarvita	0.952	1.055	1.165	1.645	0.818	5.634	
Incahuasi	1.732	0.535	1.138	0.625	0.651	4.681	
San Lucas	0.971	0.407	0.665	1.166	0.734	3.943	
Tarabuco	0.800	1.391	1.296	-0.114	0.485	3.857	Q 4
Azurduy	-0.397	0.982	0.739	1.494	0.485	3.302	
Icla	0.952	1.386	0.960	-0.997	0.901	3.201	
Tomina	0.534	0.774	1.038	-0.520	0.568	2.395	
Mojocoya	0.838	-0.300	-0.060	0.884	0.318	1.680	
Culpina	0.667	-0.052	-0.092	0.182	0.401	1.107	Q 3
Sopachuy	-0.777	0.807	-0.066	0.769	0.235	0.968	
El Villar	-0.226	0.177	-0.413	0.771	0.651	0.960	
Yamparaez	-0.606	0.393	-0.239	-0.153	0.401	-0.204	
Huacaya	-0.359	-1.366	-0.255	0.886	0.818	-0.276	
Sudanés	-0.815	0.506	0.276	-0.296	-0.181	-0.510	Q 2
Huacareta	-0.682	-0.241	-0.544	0.578	0.068	-0.821	
Alcala	0.439	-0.170	-0.544	-0.375	-0.181	-0.832	
Villa Serrano	0.097	-0.214	0.218	-0.611	-0.348	-0.858	
Padilla	-0.169	-0.551	-0.271	-0.313	-0.098	-1.403	
Muyupampa	0.344	-0.934	-0.460	-0.506	-0.514	-2.070	Q 1
Yotala	-0.853	-0.221	-0.229	-1.299	-0.681	-3.282	
Camargo	0.857	-0.861	-0.592	-1.489	-1.430	-3.515	
Monteagudo	0.116	-0.876	-1.223	-0.556	-1.180	-3.719	
Villa Abecia	-1.423	-0.633	-1.028	-0.471	-0.431	-3.987	
Machareti	-1.119	-1.928	-1.869	0.161	-0.265	-5.021	Q 1
Las Carreras	-0.948	-0.986	-1.875	-1.688	0.068	-5.428	
Sucre	-2.925	-2.057	-1.349	-2.148	-4.011	-12.489	

Fuente: Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca Área de Análisis de Situación de Salud (ASIS)

Las cinco primeras causas de morbilidad identificadas en el Municipio de Zudañez de acuerdo a la información proporcionada por el Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca son: enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades diarreicas agudas (EDAS), enfermedades infecciosas parasitarias, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades osteomusculares y del tejido conjuntivo.

De acuerdo a la misma fuente, las cinco primeras causas de mortalidad identificadas en el municipio de Zudañez son: enfermedades del aparato circulatorio y corazón, deficiencias de la nutrición, ciertas afecciones de origen periodontal, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades diarreicas agudas (EDAS).

Llama la atención que dentro de las causas de morbilidad no aparezcan las complicaciones obstétricas, esto se debe a que no existe un registro adecuado de las mismas ni en los libros de consulta externa ni en los registros de hospitalización. En relación a las principales causas de mortalidad, en muchos certificados de defunción figura como causa de muerte “paro cardiorrespiratorio”, sin especificar cual fue la causa básica de la muerte, lo que lleva a una distorsión sobre las principales causas de muerte, porque los diagnósticos de paro cardiorrespiratorio son catalogados como enfermedades del corazón y aparato cardiocirculatorio. En relación a la mortalidad materna, no se cuenta con una información completa sobre la misma, debido a que no solo en Zudañez sino en toda Bolivia existe un subregistro de las muertes maternas, de las cuales la mayoría ocurren en domicilio.

En relación a la atención que se presta en salud, esta se oferta en establecimientos que conforman la Red de Servicios constituida por el Hospital San Jorge de Zudañez y los puestos sanitarios ubicados en las comunidades de Parajti, Mayutorcoco, Sayanchaca y Mandinga. (Mapa N° 6)

En general, la infraestructura de los centros de salud es buena, sin embargo el equipamiento es insuficiente.

El hospital de Zudañez cuenta con infraestructura apropiada para su nivel, posee dos consultorios externos, un quirófano, una sala de partos y ocho camas de internación además de laboratorio, farmacia, oficina administrativa, cocina, auditorio y depósitos. Los puestos de salud cuentan con un consultorio externo, una sala de partos, enfermería y dos camas cada uno.

Como medios de comunicación y transporte cuentan con seis radios, dos ambulancias, un jeep, cuatro motocicletas, dos bicicletas.

En relación al personal de salud, en el Hospital de Zudañez trabajan cuatro médicos de los cuales uno es gineco - obstetra, un odontólogo, una bioquímica, dos enfermeras, tres auxiliares de enfermería. La atención de salud en el resto de los puestos sanitarios, está limitada únicamente a un auxiliar de enfermería por puesto.

De acuerdo al Sistema Nacional de Información en salud (SNIS) Chuquisaca 1999 – 2002, las coberturas alcanzadas en los servicios de salud en la atención a los niños menores de cinco años y mujeres en los últimos cuatro años son las siguientes:

Tabla N°2
COBERTURAS DE ATENCION A MENORES DE 5 AÑOS

CAUSAS	1999	2000	2001	2002
Dpt 3	87.9%	102.8%	103.1%	144%
EDAS	118.9%	91.4%	91.2%	132%
Neumonías	132.9%	312.6%	191.4%	187%
Antisarampion	102.9%	98.2%	108.4%	126%

Las coberturas de atención a niños menores de 5 años alcanzan a más del cien por ciento en los años 2001 y 2002, atribuido a deficiencias en la recolección o el procesamiento de la información.

Tabla N°3
COBERTURAS DE ATENCION A MUJERES EN EDAD FERTIL

ATENCIONES	1999	2000	2001	2002
Consulta prenatal nueva	73.1 %	65 %	64 %	79 %
Cuarto control prenatal	36.2 %	47.7 %	54.5 %	48 %
Parto en Servicio	34.2 %	34.3 %	37 %	39 %
Orientación en planificación familiar	43 %	29.9 %	43.8 %	41 %

La cobertura de control prenatal llegó al 79% en el año 2002, el cuarto control prenatal al 48%, lo que significa que si bien se alcanzó una buena

cobertura de primer control prenatal, menos del cincuenta por ciento de las mujeres que acudieron a los servicios para un primer control volvieron a los mismos hasta cumplir con los cuatro controles; la diferencia es más marcada entre la cobertura de primer control prenatal y la atención de parto en servicio que no llega ni siquiera el cuarenta por ciento y si bien ha existido un incremento durante los cuatro años, este no es significativo, lo que implica que más del sesenta por ciento de los partos se están produciendo en los domicilios.

Si se compara las coberturas alcanzadas en atención de parto en servicio en el municipio de Zudañez (39 %) con Chuquisaca (45,6%) y Bolivia (55,9%), observamos que este es inferior en los dos casos

Además del sistema formal de Salud representada por la Red de Servicios Públicos de Salud, esta vigente el sistema tradicional y actualmente gran parte de la población del municipio de Zudañez mantiene aún vigente las prácticas medicinales ancestrales mostrando el valor que dan a la cultura médica autóctona, que es practicada por los curanderos y parteras. Las principales enfermedades tratadas por estos médicos tradicionales son: gripe, torceduras, diarreas, partos, mara, cólicos, sarna, viento, tierra, sustos, maldiciones; son frecuentes los denominados “urijos”, que son enfermedades atribuidas a causas sobrenaturales. Los métodos empleados para tratar estas enfermedades son: infusiones de hierbas, masajes, cataplasmas de barro, ceniza, fomentos de paños calientes, ventosas; santiguan, inciensan, llaman al animo y miran en coca, cigarro o borra de café.

De acuerdo a lo expuesto, el municipio de Zudañez es un municipio rural, con una población predominantemente de origen quechua, donde el 86% de sus habitantes son pobres, con una tasa de analfabetismo que en el caso de las mujeres llega al 54%, donde hombres y mujeres tienen la percepción de que el hombre decide y la mujer obedece. En el municipio están vigentes el sistema tradicional y formal de salud, este ultimo cuenta con una red de

servicios de salud organizado que comprenden un hospital y cuatro puestos de salud, y donde pese a la implementación de estrategias tendientes a eliminar la barrera económica para la atención del embarazo parto y puerperio, la cobertura de atención de parto en servicio no llega ni al 40%,

1.3 PROPÓSITO

El propósito que se persigue con el presente estudio, es conocer cuales son los motivos por los cuales las mujeres de un municipio rural como es el de Zudañez, no demanden los servicios formales de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio, pese a que en los últimos años se ha eliminado la barrera económica con la implementación de diferentes estrategias.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Bolivia tiene la razón de mortalidad materna más alta en Sur América y la segunda en la región, superada solo por Haití, la razón de mortalidad materna entre las mujeres que tienen sus partos en hospitales es de 186 por 100000 nacidos vivos, mientras que la razón de mortalidad materna es de 677 por 100000 nacidos vivos entre mujeres que los han tenido en domicilio (Ministerio de Salud; *“Plan Vida”* La Paz – Bolivia, 1993)

El 46% de las muertes se produce en el periodo de embarazo, 15 por ciento por complicaciones después del aborto, 28% en el parto y 25,4% después del parto.

De acuerdo a la Encuesta nacional de Demografía y Salud (ENDSA) de 1988, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), si bien en los últimos años se ha incrementado la atención de partos en los servicios de salud, este incremento no ha sido uniforme existiendo notables diferencias, en las zonas urbanas uno de cada cinco nacimientos no recibió asistencia del personal de salud frente a dos de cada tres de la zona rural. Potosí y

Chuquisaca son los departamentos con menor asistencia de partos por personal médico

Se creía que uno de los factores para que las mujeres no acudieran a los servicios era el económico; con la finalidad de terminar con esta barrera y reducir la razón de mortalidad materna se creó el Seguro de Maternidad y Niñez, que permitía la atención gratuita en los servicios de salud dependientes del Ministerio y la Seguridad Social del embarazo, el parto y sus complicaciones, seguro que fue ampliado a mayor número de prestaciones y cambiado de nombre a Seguro Básico de Salud en 1998, que cubría incluso el traslado de los casos de emergencia obstétrica del domicilio de la embarazada a los establecimientos de salud. Actualmente está vigente el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que amplía las prestaciones que cubren a la mujer desde el inicio del embarazo hasta seis meses después del parto, sin embargo pese a este beneficio la cobertura de parto en servicio, especialmente en el área rural continua siendo baja, lo que indica que existen otros factores que están gravitando para que las mujeres embarazadas no acudan a los servicios para la atención del embarazo, parto y sus complicaciones.

Teniendo en cuenta que deben existir otros factores relacionados con la forma de pensar y sentir de las mujeres y que tienen que ver con su cultura, percepciones, actitudes, comportamientos y prácticas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, es importante realizar un estudio cualitativo que permita lograr información cualificada de fuente primaria para conocer los aspectos limitantes y facilitadores para el acceso a los servicios de salud. El conocer estos motivos contribuiría a definir políticas, orientar mejor los programas educativos tanto en la población como en el personal de salud, y mejorar la calidad de atención que se oferta en los servicios de salud de tal manera que respondan a las necesidades y expectativas de las mujeres, facilitando su acceso para la atención del embarazo, parto y puerperio y resolución oportuna de los casos de complicaciones obstétricas, para contribuir

de esta manera a la reducción de la alta razón de mortalidad materna que actualmente tiene Bolivia.

Debido a que el problema es más marcado en las zonas rurales que en las urbanas, el estudio se realiza en el municipio rural de Zudañez, que de acuerdo al Índice de Necesidades de Salud Insatisfechas de Chuquisaca, en relación a los otros municipios se encuentra en un lugar intermedio, lo que significa que no tiene las peores condiciones de salud ni tampoco las mejores, respecto al patrón departamental y nacional.

Otra de las razones para elegir este municipio es que cuenta con una red de servicios de salud instalada, que por las características geográficas del municipio es accesible a la mayor parte de la población.

De acuerdo al SNIS de Chuquisaca 1999 – 2002, la cobertura de parto en servicio alcanzada en este municipio (39%) en la gestión 2002 es inferior a la media departamental (52%). Si bien en relación a los otros municipios Zudañez ocupa el octavo lugar, el incremento observado en los últimos cuatro años (de 34,2% a 39%) es inferior en relación a otros municipios que tienen las mismas condiciones de salud y han tenido un incremento superior a 15 puntos como es el caso de Sopachuy (de 35% a 50%), u otros que pese a tener peores condiciones de salud como es el caso de San Lucas que se encuentra en el quintil quinto ha tenido un incremento mayor a 20 puntos en los últimos 4 años (de 12% a 35%).

1.5 CUESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La escasa demanda de las mujeres de Zudañez para la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud persiste pese a la eliminación de las barreras económicas.

Este problema identificado nos conduce a las siguientes preguntas.

- ¿Los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres de Zudañez sobre el embarazo, parto y puerperio están influyendo en su demanda de los servicios de salud?
- ¿La percepción que tienen las mujeres sobre la atención del embarazo en los servicios de salud influye en el momento de tomar decisiones?.
- ¿Cuáles son las razones para que las mujeres del municipio de Zudañez no acudan a los servicios de salud para la atención de su embarazo, parto y puerperio?

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las razones por las que las mujeres del municipio de Zudañez no acuden a los servicios de salud para la atención de su embarazo y parto pese a haberse suprimido la barrera económica.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer los conocimientos actitudes y prácticas de las mujeres de Zudañez sobre el embarazo, parto y puerperio.
- Identificar la percepción y sentimientos que tienen las mujeres de Zudañez sobre la atención del embarazo y parto en los servicios de salud.
- Identificar los motivos por los cuales las embarazadas no acuden a los servicios de salud para la atención del embarazo y parto.

- Identificar las barreras y los viabilizadores desde el punto de vista de la comunidad para promover el uso adecuado de los servicios de salud.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES TEÓRICOS

El interés por explorar los aspectos cualitativos de la demanda de servicios de salud, es reciente. El rastreo realizado para encontrar referentes teóricos que sirvan a nuestra investigación se ha centrado en ubicar aquellos trabajos que tengan como tema central las necesidades de atención de las mujeres madres, en los diferentes contextos de nuestro país. En este entendido nos remitiremos a las siguientes investigaciones:

La realizada por el Centro de Investigación, Asesoría y Educación en Salud C.I.A.E.S. con el apoyo de UNICEF, *Maternidad Tradicional, Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo*, Cochabamba – Bolivia, julio 1991, p. 10, llega a la conclusión principal de *“Que las mujeres del grupo estudiado no usan los servicios formales porque no tienen las condiciones financieras para pagarlos, porque no les gusta el trato que reciben cuando acuden y porque muchos aspectos de los servicios chocan con sus ideas en salud”* el mismo estudio destaca que los factores socioeconómicos más sobresalientes son el maltrato que las mujeres consideran recibir del sistema formal, las normas institucionales que chocan con sus ideas de pudor y su etnofisiología, la poca información y orientación que reciben y los costos de los servicios. Por otra parte el mencionado estudio destaca el temor que tienen las embarazadas a la muerte *“sienten miedo a morir e incertidumbre por el niño que va a nacer”* (p.38).

La investigación cualitativa realizada en Servicios de Salud y la comunidad de seis Distritos del Altiplano, Valle y Llanos de Bolivia (OMNI/USAID, *Conocimientos, actitudes y prácticas de las embarazadas en relación a sus embarazos, el problema de las anemias, sus consecuencias y sus métodos de control*, La Paz - Bolivia, junio 1997, p.38), identifica que para casi todas las mujeres estudiadas, el embarazo es una etapa difícil de sus

vidas, tanto en el sentido físico como emocional, perciben que sufren bastante, en muchos casos sin recibir el apoyo suficiente. Ellas tienen temores relacionados con el embarazo y el parto, algunos tienen que ver con el bienestar del niño, pero también por el propio sufrimiento de la mujer incluyendo su muerte. Si bien los conocimientos del cuidado necesario durante el embarazo son adecuados, en la práctica no se implementan por una serie de factores. De acuerdo a esta misma investigación, mujeres que no han realizado controles prenatales en los servicios de salud identifican una serie de razones para no asistir a los mismos como *la falta de recursos económicos*, falta de tiempo, las distancias; el esposo no quiere que vaya; vergüenza de que el médico la mire, la manosee, mala atención del personal, servicios siempre cerrados, miedo a que los medicamentos recetados le hagan daño a su niño, entre otros.

Una investigación realizada en 1996 en El Alto y áreas rurales del departamento de La Paz con el apoyo de Pro Mujer, (Carmen Velasco, Claudia de La Quintana y Gretzel Jove, *Salud Reproductiva en Población Migrante*, La Paz – Bolivia, 1996, p 64), hace referencia a que *la falta de recursos económicos* ha sido uno de los aspectos más reiterados en las entrevistas, la misma investigación destaca que el momento del parto es muy especial en la vida de la mujer, y encuentra que existe una marcada diferencia entre las mujeres que viven en el área urbana y rural sobre el lugar que prefieren para la atención del parto, el 90% de las mujeres que viven en el área rural tienen el parto en sus casas frente al 48% de las que viven en el área urbana.

En otro estudio realizado con el apoyo del Ministerio de Desarrollo Humano, (Silvia Rivera Cusicanqui y otros, *Ser mujer indígena, chola o birlocha en la Bolivia postcolonial de los años 90*. La Paz, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales, Subsecretaría de Asuntos de Género, 1996 p. 358,359) encuentran que en cuanto al parto y los temas relacionados con él, los habitantes de Qaqachaca prefieren sin duda consultar a sus especialistas

tradicionales, las parteras mayores. Las mujeres sólo consultan al sanitario “cuando no pueden dar a luz solas”. El servicio de salud existente en Qaqachaca hasta 1994 era una posta sanitaria dependiente de la Secretaria de Salud de Oruro, asentada en el pueblo principal, a cuatro horas a pie desde los límites extremos del Ayllu, habitualmente estaba atendida por un auxiliar de enfermería; la posta, según la investigación tenía un mínimo de higiene, de facilidades sanitarias y de insumos médicos. La posta era subutilizada tanto por razones económicas como socioculturales; esta subutilización es más notoria en lo concerniente a los servicios sanitarios para el parto.

En el libro “Hagamos un Nuevo Trato” del Grupo Solidaridad (GS) de El Alto y el Taller de Historia y Participación de la Mujer (TAHIPAMU) escrito en 1994 y que es el resultado de más de cincuenta entrevistas y cinco grupos focales realizados en la ciudad de El Alto entre noviembre de 1993 y marzo de 1994 (p 8) se refleja el sentimiento de abandono, de frío, de maltrato de mujeres que tuvieron sus hijos en servicios de salud. Al margen del maltrato, pudieron constatar que el personal médico suele desconocer las costumbres, creencias e inclusive, procedimientos de otros centros hospitalarios. Las autoras plantean que se pueden adecuar aspectos de la atención según las preferencias de las usuarias en unos casos y en otros dar mayor información sobre el por qué de los procedimientos para lograr un mayor acercamiento de las mujeres a los servicios donde se les brinde una atención de calidad que ellas merecen.(p.9)

En relación a la accesibilidad a los servicios institucionales de atención materno infantil, en un estudio cualitativo realizado en Comunidades y Servicios de Salud de cinco distritos de salud en La Paz y Cochabamba (Seoane Flores Guillermo, Verónica Kaune Moreno, Julio Córdova Villazón. *Diagnóstico: Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales*. La Paz Bolivia, Mother Care y Marketing S.R.L septiembre 1996, p.122), enfatizan que la accesibilidad está dada por el conjunto de percepciones de los usuarios respecto de determinadas variables que son

relevantes para ellos Si el balance porcentual es positivo, influye positivamente en la predisposición para usar los servicios institucionales lo que favorece a la accesibilidad; en cambio si el balance es negativo influye negativamente en la predisposición a usar los servicios. Estas percepciones están basadas en experiencias previas de los usuarios, sean estas personales o de algunos familiares cercanos. El costo de atención es una variable identificada por la comunidad relacionada con la accesibilidad, para quienes tienden a no usar los servicios de salud, perciben que los costos de la “atención normal” son demasiado altos y que ellos no tienen las posibilidades económicas para afrontarlos, costos que serían más altos en casos de complicaciones

De acuerdo a la misma investigación, (p.124) los procedimientos de revisión y diagnóstico en los servicios institucionales son tomados muy en cuenta por la comunidad al momento de evaluar su accesibilidad a los servicios de salud, en general se observan sentimientos de desconfianza, vergüenza y temor frente a procedimientos de revisión a las madres cuando van a sus consultas prenatales y en la atención del trabajo de parto. Para varias mujeres especialmente del área rural, resulta una experiencia casi traumática el ser sometidas a procedimientos clínicos totalmente ajenos a su cultura, se tienen que quitar la ropa, tienen que exponer sus “partes íntimas” y el proveedor de salud las examina tocando esas partes sin explicarles qué les está haciendo, para qué sirve y por qué es necesaria la revisión.

La misma investigación (p.127), refiere que en cuanto al trato recibido en los servicios de salud, las mujeres están predispuestas a recibir un trato frío y no afectivo, pero cuando este trato rebasa cierto límite, es cuando es percibido como discriminatorio y marcadamente “inhumano” entonces la accesibilidad al sistema se limita considerablemente, por el contrario cuando el trato que reciben sobrepasa sus expectativas, el mismo se constituye en un facilitador de la accesibilidad al sistema, así mismo refieren que un alto porcentaje de participantes percibe que el Servicio de Salud no toma en cuenta sus

costumbres como la presencia de la partera y del esposo durante el parto, posición para dar a luz y otras.

Todos los estudios analizados y que fueron realizados en diferentes contextos de Bolivia y en fechas anteriores a la implementación del Seguro de Maternidad y Niñez y Seguro Básico de Salud; coinciden en que los principales motivos para que las mujeres no demanden los servicios de salud para el control prenatal y especialmente para la atención del parto es el costo de los servicios que se constituye en una barrera económica, y la marcada discrepancia que existe entre la forma en que se atiende en los servicios y sus costumbres.

Desde 1996 se elimina una de las barreras identificadas en todos los estudios, como es la económica, con la creación primero del Seguro de Maternidad y Niñez, posteriormente el Seguro Básico de Salud y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que tenían como uno de sus objetivos, posibilitar a las mujeres embarazadas un acceso equitativo a los servicios de salud, sin embargo pese a que han transcurrido siete años desde la implementación de estas estrategias, el acceso real a los servicios de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio sobre todo en el área rural sigue siendo baja, lo que motiva a indagar cuales son las razones por las cuales las mujeres no acceden a los servicios de salud para la atención del embarazo parto y puerperio.

Desde hace un tiempo la accesibilidad del sistema constituye, explícita o implícitamente un objetivo de las políticas de salud, pero se han hecho pocos intentos para elaborar una definición sistemática de la misma ya sea conceptual o empírica, que posibilite a los responsables de la toma de decisiones y a los consumidores evaluar la efectividad de los diferentes programas para alcanzar dicha meta

Según Lu Ann Aday y Ronald Andersen, “ Marco teórico para el acceso a la atención médica” en *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*, editado por Kerr L. White, Washington.D.C, 1980, p. 604, en la literatura técnica aparecen dos aspectos principales de este concepto: algunos investigadores consideran que ésta depende de las características de la población (por ejemplo, el nivel de ingreso familiar, coberturas del seguro médico, actitudes respecto a la atención médica) o bien de las características del sistema de prestación (por ejemplo, la distribución y organización de los recursos humanos y de los servicios.)

Según la misma publicación (p. 605), otros sostienen que el acceso se puede evaluar más fácilmente a través de los indicadores de resultado que miden la relación del individuo con el sistema, tales como las tasas de utilización y los niveles de conformidad con el mismo, dichos indicadores constituyen la “validación externa” de la importancia de las características del sistema y de los individuos. Acceso a los servicios también puede significar que estos se encuentran disponibles en el momento y lugar en que el paciente los necesita y que la forma de ingreso al sistema resulta claro.

Lu Ann Aday y Ronald Andersen (p.605) dicen que al considerar los factores que influyen sobre la utilización de los servicios de salud, ni siquiera las características de los servicios y recursos resultan razones suficientes para determinar el ingreso o no ingreso al sistema; también se debe considerar la voluntad del consumidor potencial de recibir atención, la cual depende de su actitud y su conocimiento acerca de la atención de salud así como de las definiciones sociales y culturales de la enfermedad que el individuo ha asimilado. Influyen así mismo las evaluaciones subjetivas que los consumidores efectúan del acceso, medidas según la conformidad o descontento que siente el consumidor respecto al tiempo de espera en los consultorios, la atención nocturna y durante los fines de semana y la facilidad de conseguir un médico.

Según los mismos autores, por otra parte las características de la población (actitudes hacia la atención médica) pueden afectar en forma directa la utilización de los servicios y satisfacción por parte de los consumidores, independientemente de las propiedades del sistema.

2.2 LA CONSTRUCCIÓN DEL MARCO TEÓRICO

Lu Ann Aday y Ronald Andersen en la página 607 de la publicación mencionada anteriormente, proponen un marco teórico para el estudio del acceso a los servicios de salud que parte de los objetivos de la política de salud, pasando por las características del sistema y de la población en situación de riesgo para llegar a los resultados o rendimientos, es decir a la efectiva utilización de los servicios de salud y la medida en que estos satisfacen las necesidades del consumidor.

De acuerdo a este marco teórico, en las características de la población en situación de riesgo: Andersen y Newman describen los componentes de predisposición, capacidad y necesidad como determinantes individuales de la utilización de los servicios.

La predisposición comprende las variables que describen la propensión de los individuos a utilizar los servicios; estas propiedades existen antes de la presentación de episodios de enfermedad e incluyen factores tales como edad, sexo, religión y valores atribuidos a la salud-enfermedad.

La capacidad se refiere a los medios con que los individuos cuentan para utilizar los servicios e incluyen los recursos propios del individuo y su familia (nivel de ingreso, cobertura del seguro) y los atributos de la comunidad en la que vive (zona urbana, rural).

La necesidad se refiere al nivel de enfermedad que es, a su vez la causa más inmediata de la utilización de los servicios de salud. La necesidad de

atención puede ser la que percibe el individuo o la que el sistema de salud determina.

Dentro del mismo marco teórico, consideran que el grado de satisfacción de las necesidades del consumidor se puede medir según la actitud hacia el sistema de salud de aquellas personas que han tenido contacto con el mismo, que difiere del componente de creencias que se refieren a actitudes socioculturales difusas para con la salud y la medicina. Entre las dimensiones de conformidad con la atención, se encontrarían las opiniones que el consumidor tiene sobre la atención recibida, el costo, la solicitud con la que el personal de salud lo atendió, la información que le dieron sobre su problema de salud y la calidad de atención recibida

Así mismo la utilización de los servicios puede afectar la satisfacción que un paciente experimenta con el sistema, y a su vez, la satisfacción o descontento que este experimenta afecta su utilización ulterior de los servicios.

Tomando en cuenta de que Zudañez es un municipio eminentemente rural, donde la mayoría de la población es de origen quechua, la predisposición, la capacidad y la necesidad de las mujeres de Zudañez están íntimamente ligadas a su cultura y su etnofisiología, entendiéndose por etnofisiología la forma en que el cuerpo humano es concebido por un cierto grupo étnico, o sea la fisiología humana vista por un grupo étnico y que abarca entre otras cosas: el cuerpo y su relación con el mundo externo, el concepto de la salud y enfermedad, la etiología de las enfermedades; en salud reproductiva los mecanismos de la procreación en todas sus etapas: concepción, embarazo, parto y puerperio (CIAES 1991). De acuerdo a la misma publicación (p.19), en el sistema quechua el origen de las enfermedades puede ser interno o externo, siendo el externo el más dominante, es decir que los elementos ambientales (el viento, el frío, el calor, la Pachamama el susto) aunque no portadores de enfermedades, pueden entrar al cuerpo en momentos inoportunos y ocasionar el desequilibrio, sin embargo un elemento puede ser negativo en un momento y

en otro momento positivo, así en el ciclo reproductivo el calor puede ser considerado como un elemento positivo o negativo dependiendo de si el objetivo es derramar sangre o retenerla. En el estudio mencionado, proponen como símbolos centrales de la salud de la mujer: “el espacio, el tiempo y el movimiento”, la salud para ellos es un tipo de equilibrio entre las partes del cuerpo y los elementos del ambiente en un momento dado, equilibrio que va a ser diferente en diferentes momentos, tales como el embarazo, el parto, el puerperio y la lactancia materna.

Por otra parte el grado de satisfacción de las mujeres con la atención recibida en los servicios de salud, esta relacionada con la expectativa que ellas tienen sobre la atención que desearían recibir en servicios de salud que son diferentes a sus creencias y costumbres, puesto de que el Sistema Formal de salud del municipio proviene del sistema biomédico (occidental), mientras que la población en situación de riesgo proviene de otro, el sistema de la cultura quechua.

Entre los proveedores de salud del sistema formal y las usuarias, existen barreras importante como el idioma, los valores ligados a la cultura de ambos, observando que generalmente los proveedores utilizan sus puntos de vista para juzgar aspectos de normalidad y anormalidad de los (as) usuarios (as), incrementando la brecha entre ambos, es por esta razón que en muchos casos puede existir discrepancia entre la necesidad de atención percibida por el usuario y la identificada por el sistema de salud (Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales Septiembre 1996).

De acuerdo a la concepción quechua de salud enfermedad, las mujeres quechuas tienen una serie de creencias y prácticas relacionadas con los diferentes periodos del embarazo parto y puerperio, que marcan o definen las expectativas que tienen de la atención que reciben en los servicios de salud en esta etapa tan importante en sus vidas, siguiendo la investigación realizada por C.I.A.E.S. en 1991 (pp.19 a 26), podemos mencionar las siguientes:

Durante el embarazo se debe acumular sangre para el momento del parto, la ubicación correcta de la wawa (feto; se llama también así al niño o niña hasta los 5 o 6 años) es en la barriga, no deben estar expuestas al calor porque este puede provocar la bajada inoportuna de sangre y producir aborto, así mismo el calor puede hacer que se pegue la placenta al útero y esta no pueda ser eliminada después del parto. Durante el embarazo no se deben levantar objetos pesados, se deben hacer trabajos livianos y no caminar mucho. En este periodo se deben consumir alimentos frescos y livianos, los alimentos frescos son los que refrescan el organismo o cuerpo, consideran que son malos para la etapa del puerperio porque hacen que la mujer no bote la sangre mala, entre estos se puede mencionar el trigo pelado, lacayote, rábano, remolacha, pepino, perejil.

En este periodo del embarazo se debe evitar consumir alimentos considerados cálidos que son los que producen calor interno en el cuerpo, entre estos se mencionan los siguientes: lechón, comino, orégano, locoto, papaya, malva, chicha, miel de abeja; estos también pueden provocar la pérdida inoportuna de sangre.

Durante el parto se tiene que eliminar toda la sangre acumulada, por eso la parturienta debe estar en un ambiente caliente evitando los cruces de aire; en este periodo debe consumir alimentos cálidos porque favorecen la bajada de la sangre. La wawa tiene que estar bien acomodada y no trancada, la mujer para el momento del parto tiene que ponerse de cuclillas, de rodillas o sentada al borde de la cama, durante el trabajo de parto debe caminar.

La placenta para su rápida expulsión después del parto debe estar suelta y no pegada, la mujer debe permanecer en un ambiente cálido y cubierta de mucha ropa, debe consumir alimentos calidos.

Después de la expulsión de la placenta se debe tener cuidado con el frío, por que este puede hacer que no se elimine toda la sangre que se debe

eliminar después del parto. Se debe amarrar la cintura para evitar la subida de órganos y elementos que en este periodo deben bajar.

Tomando como punto de partida estas creencias, prácticas y expectativas que a la vez tienen una estrecha relación con la predisposición, la capacidad y necesidad de la población en situación de riesgo, surge la pregunta de que si desde la percepción de las mujeres de Zudañez, los servicios de salud responden a sus expectativas o por el contrario chocan con sus ideas sobre la salud, dando lugar en unos casos a la satisfacción de las mujeres con la atención recibida en los servicios o por el contrario al descontento de las mismas, lo que va a influir positiva o negativamente en la demanda de los servicios de salud.

La investigación realizada por CIAES en 1991 (p.p. 62, 63), concluye con la identificación de dos sistemas lógicos de salud: la biomedicina o sistema formal de salud y el sistema tradicional, con su respectivo personal, sean los médicos y las enfermeras del sistema formal o las parteras y los familiares del sistema tradicional; y su organización especial que en el sistema médico consiste en lugares especiales, hospitales y clínicas, mientras que en el sistema tradicional consiste en las casas de la comunidad. La demanda relativa por parte de la comunidad refleja como ella escoge entre los dos sistemas, según factores económicos, sociales y culturales. Si se quiere aumentar la demanda de los servicios formales de salud se tiene que entender la interrelación entre los dos sistemas.

De acuerdo a la misma investigación, el tipo de interrelación que se establece entre los dos sistemas, se puede clasificar en tres categorías:

- La primera categoría en que los dos sistemas están en armonía, lo que implica que existen creencias y prácticas comunes a los dos sistemas.

- En la segunda categoría los dos sistemas están aislados, lo que contribuye a la escasa utilización de los servicios, aquí urgen intervenciones para efectuar un mayor acercamiento entre los dos sistemas.
- En la tercera categoría, hay prácticas en la que los dos sistemas chocan, lo cual ocasiona gran rechazo por parte de las mujeres a los servicios de salud.

El tipo de interrelacionamiento entre los dos sistemas va incidir directamente en la efectiva utilización de los servicios de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio, y esto a su vez va afectar la satisfacción, conformidad o descontento que pueden experimentar las mujeres con el sistema biomédico, que va a incidir en la utilización posterior de los servicios.

De acuerdo a lo expuesto, con una investigación cualitativa, se pretende identificar los conocimientos actitudes y prácticas de las mujeres de Zudañez sobre el embarazo, parto y puerperio, así como la percepción que tienen sobre la atención recibida en los servicios de salud, los motivos por los cuales las embarazadas no acuden a los mismos para la atención del embarazo, parto y puerperio, para que en base a esta información recabada de la población, poder identificar cuales son las practicas del sistema formal de salud que están en armonía con las creencias y expectativas de las mujeres de Zudañez, cuales son las que están aisladas y las que chocan con sus ideas sobre salud y que están determinando la escasa demanda de los servicios de salud, pese a la eliminación de la barrera económica

Es posible que en la medida en que más elementos estén en armonía, mayor va a ser la satisfacción de las usuarias con la atención recibida en los servicios, lo que va a influir en una mayor demanda de los mismos, repercutiendo también sobre la predisposición de las mujeres a utilizar los servicios de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio.

Por el contrario las situaciones de choque entre los dos sistemas va a dar lugar al descontento de las usuarias con la atención recibida, lo que a su vez va a limitar la utilización de los servicios, y cuanto más elementos estén en situación de choque, menor será la demanda de los servicios de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio.

Los tomadores de decisiones, que son los responsables de la formulación de las políticas de salud, conociendo el comportamiento y el relacionamiento entre estos dos sistemas, podrían identificar estrategias que disminuyan la distancia entre ambos, estas estrategias pueden consistir en intervenciones por lo menos en dos áreas: Pueden haber intervenciones por el lado de la oferta (hacer que los servicios del sistema de salud sean más empáticos con el sistema quechua) y por el lado de la demanda, (incentivar a la población a aceptar los servicios),

Por todo lo anotado, es importante conocer la interrelación que existe, desde el punto de vista de las usuarias, entre el sistema formal de salud, y las creencias, actitudes y prácticas de las mujeres de Zudañez sobre la atención del embarazo, parto y puerperio, y en que medida están afectando los resultados de esta interrelación (situaciones de armonía, aislamiento y choque) en la demanda de los servicios formales de salud por parte de las mujeres de Zudañez, para la atención del embarazo, parto y puerperio. Además, partiendo de los resultados, se tratara de identificar las barreras y viabilizadores para la utilización de los servicios y conocer si la supresión de las barreras económicas son suficientes para que las mujeres demanden los servicios para la atención del embarazo, parto y puerperio

CAPITULO III METODOLOGIA:

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Se realiza una investigación cualitativa porque permite comprender mejor las actitudes, creencias, motivos y comportamientos de las mujeres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, tomando en cuenta las características principales de este tipo de investigación, entre las que podemos destacar las siguientes:

El enfoque cualitativo proporciona profundidad de comprensión acerca de la respuesta humana, trata los aspectos emocionales y contextuales de la misma, más que medir objetivamente comportamientos y actitudes. Añade sentimiento, contextura y matiz a los resultados cuantitativos y se realiza para contestar principalmente a la pregunta “por qué”. La investigación cualitativa es de índole interpretativa en vez de descriptiva, es realizada con grupos pequeños de personas que generalmente no son seleccionadas sobre la base de la probabilidad. No tiene la intención de sacar conclusiones firmes ni generalizar los resultados a la población en general. (Mary Debus, *El manual para Excelencia en la Investigación Mediante grupos focales*, Washington D.C 1995, p. 2)

Siguiendo a la misma autora, la razón conceptual principal para la utilización de la investigación cualitativa es porque proporciona una mayor profundidad de respuesta y por lo tanto, mayor comprensión consiguiente que las que pueden obtenerse mediante técnicas cuantitativas; permite además, un vínculo directo con el público al que se piensa llegar y compartir sus experiencias.

Es importante también tomar en cuenta que una de las principales dificultades de la investigación cualitativa es que este tipo de estudio es muy susceptible a un sesgo subjetivo por parte del investigador u observadores.

La investigación cualitativa se puede utilizar como un instrumento para la generación de ideas, proporcionando a los tomadores de decisiones una experiencia directa recogida observando y escuchando a la audiencia meta, ver como las mujeres reaccionan frente a una pregunta y prestar atención a las palabras utilizadas, sobre todo cuando se expresan en su lenguaje nativo. Estos comportamientos o reacciones podrán ser bastante diferentes de los utilizados o imaginados por los tomadores de decisiones.

Al realizar la investigación, se han tomado en cuenta las tres recomendaciones específicas para realizar un buen estudio cualitativo: primero, aprender a preguntar “¿Por qué?; segundo saber escuchar; tercero abordar la investigación como un proceso de estudio creativo.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio cualitativo etnográfico, descriptivo transversal

Se decidió por un enfoque metodológico cualitativo, porque este tipo de investigación permite rescatar adecuada y respetuosamente percepciones, vivencias, valores, actitudes y prácticas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Este tipo de investigación respeta lo que expresan espontáneamente y con sus propias palabras las participantes, espontaneidad que incrementa el valor de sus respuestas.

3.3 ÁREA DE ESTUDIO

Municipio de Zudañez

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Se incluyó en la investigación a mujeres naturales del municipio de Zudañez o radicadas en el mismo, de 15 a 50 años de edad, embarazadas o con antecedentes de por lo menos un embarazo.

Se excluyeron de la investigación a mujeres menores de 15 años y mayores de 50 años considerando la escasa experiencia de las menores de 15 años en temas relacionados con el embarazo, parto y puerperio y a las mujeres mayores de 50 años tomando en cuenta que la época en que ellas han podido estar embarazadas o tener sus hijos, está muy alejada de la actual donde se han producido cambios importantes en la oferta de servicios de salud ,como la implementación del Seguro Materno Infantil, el Seguro Básico de Salud y el Seguro Universal Materno Infantil.(SUMI)

Se ha excluido a mujeres que no han tenido por lo menos un embarazo debido a la carencia de una vivencia personal sobre el embarazo, parto y puerperio que podría llevar a un sesgo en la investigación.

Considerando que el estudio está dirigido a conocer la percepción de las mujeres sobre el embarazo, parto y puerperio, han sido excluidos del mismo los varones.

3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

Se ha recurrido a fuentes de información como los mapas del municipio de Zudañez para identificar las comunidades de las que procedían las mujeres incluidas en los grupos focales, los servicios de salud próximos a esas comunidades, las vías de comunicación existentes en el municipio; a los formularios del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) del departamento de Chuquisaca y municipio de Zudañez para poder elaborar los

cuadros sobre las coberturas de atención de los servicios de salud; a fotografías, videos, etc.

3.6 MUESTRA

Tomando en cuenta que la investigación cualitativa no exige seleccionar una muestra sobre la base de una probabilidad estadística, y que generalmente las técnicas que se emplean permiten profundizar la calidad de la información, la muestra se conformo con las personas que eran representativas, las más idóneas para proporcionar la información y que voluntariamente manifestaron su interés de participar en el estudio

Se organizaron los grupos focales intentando de que en los mismos estuvieran incluidas mujeres que estuvieran embarazadas o hubieran tenido por lo menos un embarazo; que procedieran de diferentes comunidades tomando en cuenta también el centro poblado de Zudañez donde se encuentra el hospital; que estas mujeres tuvieran una edad comprendida entre los 15 y 50 años de edad, de que estuvieran incluidas mujeres que habían tenido sus partos en sus domicilios y mujeres que hubieran sido atendidas en los servicios de salud.

En relación al nivel de instrucción y tomando en cuenta que la tasa de analfabetismo de las mujeres de Zudañez es de 55% se determino que en cada grupo participaran de 4 a 5 mujeres que tuvieran algún nivel de instrucción.

Tomando en cuenta lo anteriormente señalado, se organizaron tres grupos focales conformados por once, diez y nueve mujeres cada uno; al observar que los conceptos emitidos por las mujeres participantes en los tres grupos focales se repetían o reiteraban en más del ochenta por ciento y que la información que proporcionaban ya no acotaba nada nuevo o relevante a la información que ya se tenía, (Saturación) se decidió que las treinta mujeres

participantes en los tres grupos focales se constituían en una muestra suficiente y representativa

3.7 RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

En la presente investigación, para la recolección de la información se utilizó la técnica de grupos focales

3.7.1 ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE GRUPOS FOCALES

La elaboración de la guía de temas a ser tratados en los grupos focales, mereció una especial atención, puesto que a través de la guía se canaliza la investigación, impidiendo la dispersión de los aspectos a ser tratados y si esta ha sido bien concebida y elaborada, la investigación podrá ser sustancialmente más productiva.

Tomando en cuenta los objetivos de la investigación y los resultados de la revisión de los antecedentes teóricos se identificaron tres ejes temáticos

- Conocimientos actitudes y practicas de las mujeres de Zudañez sobre el embarazo, parto y puerperio.
- Percepción de las mujeres de Zudañez sobre la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud.
- Motivos por los cuales las embarazadas no acuden a los servicios de salud para la atención del embarazo parto y puerperio.

Una vez identificados los ejes temáticos, se formularon las preguntas específicas para cada uno de ellos (anexo 1)

3.7.2 CONSTITUCIÓN Y DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES

Para la recolección de la información se organizaron y desarrollaron tres grupos focales, con la participación de once, diez y nueve mujeres respectivamente en cada grupo.

Para organizar los grupos focales se solicitó la colaboración de una promotora que trabaja en una Organización no Gubernamental, que desarrolla sus actividades en el municipio de Zudañez, y tiene bastante relación con la comunidad por el tipo de trabajo que realiza, después que se le explicó cuáles eran los objetivos de la investigación se le pidió que se contactara con mujeres que reunían los requisitos antes descritos y que fueran naturales o radicaran en el municipio por lo menos los últimos cinco años.

No se recurrió al personal de salud o personal relacionado con el sector para evitar el sesgo al momento de conformar los grupos focales.

En un recorrido que realizó la promotora por las diferentes comunidades, identificó a las posibles participantes en los grupos focales, posteriormente conversó personalmente con cada una de ellas para explicarles cuál era el objetivo de la investigación, la forma en que se iba a recolectar la información y los temas que se iban a tratar, garantizándoles la confidencialidad, la reserva sobre sus nombres y que la información que proporcionarían sería utilizada exclusivamente en la investigación. Por otra parte se les hizo conocer que con esta investigación no se pretendía perjudicar a nadie y que lo único que se quería era contribuir a mejorar la calidad de atención en los servicios.

Por otra parte se les hizo conocer que tendrían que disponer de aproximadamente tres horas de su tiempo para participar del grupo focal y que durante la realización de los grupos focales se utilizarían grabadoras para poder captar en su integridad todo lo que ellas dirían y que así mismo se utilizarían cuadernos de notas, se les explicó por otra parte, que durante el

desarrollo del grupo focal se tomarían algunas fotografías que se anexarían al informe de la investigación.

Muchas mujeres preguntaron si en la realización de la reunión podrían participar con sus hijos pequeños, se les dijo que no habría ningún problema y que se buscarían lugares apropiados para que pudieran estar ellas con sus niños.

Después de esta explicación la mayoría de las mujeres contactadas manifestaron su deseo de participar voluntariamente en la investigación, solicitando que se guarde la confidencialidad y reserva comprometida, posteriormente y de acuerdo a su disponibilidad de tiempo se acordó la fecha y lugar de realización de las diferentes reuniones; dos días antes a la realización de las mismas, la promotora se apersono al domicilio de las mujeres identificadas para confirmar la hora y fecha de la reunión.

No se les solicitó su consentimiento escrito, porque muchas no sabían leer ni escribir, motivo por el que solo se contó con el consentimiento verbal de cada una de ellas.

Se organizó el equipo de investigación conformado por la responsable de la investigación, médica ginecóloga obstetra alumna de la Maestría en Salud Pública; una Licenciada en Enfermería con Diplomado en Género y una Auxiliar de Enfermería con amplia experiencia de trabajo en el área rural con grupos de mujeres indígenas en temas de salud sexual y reproductiva. Las tres hablan y entienden el idioma quechua, lo que permitió preguntar y escuchar lo que decían las participantes en su lengua nativa (quechua), que es en la que mejor expresan sus sentimientos, sin recurrir a la traducción, que por muy bien que se la realice, siempre pierde la riqueza de lo que se quería decir; ninguna de las integrantes del equipo de investigación está cumpliendo funciones en el sector de salud.

Una de las investigadoras asumió el rol de facilitar el trabajo del grupo, las otras investigadoras asumieron el rol de observadoras responsabilizándose de tomar nota de la discusión.

Se dispuso de una grabadora, la cantidad suficiente de cassettes, cuadernos de notas y la guía de grupos focales, instrumento que fue validado con un grupo de mujeres de las mismas características de las que posteriormente participarían en los grupos focales.

Para desarrollar los grupos focales se busco un lugar cómodo y amplio para permitir la presencia de los niños pequeños que habitualmente están junto a sus madres, se identifico un ambiente ubicado al interior de un inmueble para evitar que fueran observadas por personas que no pertenecían a los grupos focales, garantizando así la privacidad de las participantes; además se tuvo el cuidado de que contaran con el mobiliario suficiente para que todas las participantes y las componentes del equipo de investigación pudieran estar sentadas si así lo preferían, aparte de que tuviera una temperatura adecuada.

El local seleccionado no correspondía al sector de salud para evitar que las participantes se sintieran inhibidas al hablar de los servicios.

Las sillas se colocaron en un círculo, para que ninguna de las participantes percibiera que tuviera mayor jerarquía por estar cerca de la cabecera; así mismo se cuidó de que la facilitadora tuviera contacto visual con todas las participantes para que pudiera controlar al grupo, impedir de que conversaran entre dos o más aislándose del mismo; hacer participar a las más tímidas y controlar a las dominantes.

Después de saludar a las participantes, se les agradeció por su presencia que era muy importante y por el esfuerzo que habían realizado para llegar al lugar, se les pidió de que no tuvieran temor para hablar y que se expresaran en quechua o castellano, el idioma que les fuera más familiar y en

el que mejor pudieran expresar sus ideas, en los tres grupos focales se decidió utilizar el idioma quechua que era con el que estaban más familiarizadas. Se les manifestó así mismo de que no existían respuestas correctas o incorrectas y que podían hacer todos los comentarios que quisieran, se pidió respeto a las opiniones y de que todas procuraran escuchar cuando una de las participantes estuviera hablando

Al iniciar el trabajo con los grupos focales se estableció una buena relación entre el equipo de investigación y las participantes, se aplicó una técnica de presentación que permitió además de conocer su nombre, su edad, la comunidad de donde provenían, saber algo de sus familias, de sus hijos, ganándose de esta manera la confianza de las participantes.

Asimismo se volvió a explicar a las participantes el motivo por el que habían sido reunidas, es decir, el objetivo del trabajo que era proponer cambios en el sistema de salud que contribuyeran a mejorar la calidad de atención para ellas, en base a la información que se pudiera obtener; se les explicó qué se esperaba de ellas, además de pedirles permiso para poder realizar la grabación, se les explicó el manejo de la grabadora, reiterando de que todos los comentarios que realizaran serían confidenciales y que solo se los utilizaría para fines de investigación solamente. Se les pidió que hablaran una por una, para que la grabadora pudiera recoger todo lo que cada una de las participantes expresara.

Durante el desarrollo de los grupos focales se tuvo especial cuidado con preguntar de una forma neutral, se evitó orientar a la persona interrogada, se hizo sólo una pregunta a la vez a partir de la guía preparada, procurando en todo momento escuchar lo que querían decir, y no sólo lo que decían, se prestó máxima atención para captar las indicaciones no verbales, señales de ansiedad y de incertidumbre, de confianza y de seguridad, las dudas, los silencios y variaciones de voz, la entonación, el énfasis en la respuesta, la muestra o no de interés; observar su amplia sonrisa cuando recordaban algo agradable que

habían experimentado en sus vidas, o sus expresiones de tristeza las más de las veces cuando fluían a sus mentes recuerdos dolorosos o malas experiencias vividas. No estuvieron ausentes las expresiones picarescas y de complicidad cuando se referían a sus parejas principalmente.

Se tuvo también especial cuidado en lograr que todas participaran, incentivando a las que generalmente se quedaban calladas y frenando discretamente a las que por su forma de ser querían acaparar todo el espacio de tiempo, impidiendo posiblemente sin quererlo que las otras tuvieran las mismas posibilidades de participar y contar sus experiencias.

Se dirigió el grupo formulando las preguntas adecuadas y reaccionando neutralmente a los comentarios, recalando de que no hay respuestas buenas o malas, correctas o incorrectas, se evitó en todo momento expresar opiniones personales que pudieran influir en las participantes.

En todo momento se estuvo alerta para poder guiar la discusión en forma lógica de un punto a otro y relacionar los comentarios de los participantes con la siguiente pregunta.

Durante el desarrollo de los grupos focales, se utilizó un tono de voz adecuado; se controló el ritmo de la reunión, si las opiniones de dos o más participantes eran similares ya no se profundizaba mucho, caso contrario se trataba de dilucidar sin llegar a contradicciones, tratando de profundizar el tema.

En muchos momentos la facilitadora se tuvo que quedar callada para permitir que la participante amplíe lo dicho.

Las observadores, durante la realización de los grupos focales escucharon atentamente todas las intervenciones, tomando nota de las impresiones principales; además de escuchar estuvieron observando

detenidamente a las participantes, porque las expresiones de su rostro en muchas ocasiones encierran más significado que las palabras vertidas. En algunos momentos de la sesión realizaron algunas preguntas o pidieron que aclararan algunas respuestas.

En cada uno de los grupos focales, se aplicó la guía de trabajo en orden secuencial y una vez respondidas las preguntas se procedió al cierre de la reunión luego de una breve recapitulación de lo tratado. Se agradeció a todas por su participación y por el tiempo dedicado al trabajo.

Durante el desarrollo de los grupos focales se les ofreció dulces y refrescos

Inmediatamente después de cada sesión se reunían las tres investigadoras para hablar de sus impresiones e intercambiar comentarios sobre lo que habían observado durante el desarrollo del grupo focal, esta actividad dio la oportunidad a la facilitadora y las observadoras de esclarecer el significado de los que se había escuchado y observado en algunos casos, permitió asimismo corroborar a las observadoras sus impresiones frente a lo escuchado y comprendido por la facilitadora. Después del último grupo, en este intercambio de opiniones se llegó a la conclusión de que las respuestas coincidían en los tres grupos, motivo por el que se decidió que eran suficientes como muestra.

El primer grupo focal se lo realizó el día 29 de octubre de 2003 en el centro poblado de Zudañez en un ambiente de la Organización No Gubernamental PROAGRO, el mismo se inició a las diez de la mañana y concluyó a la una de la tarde, el idioma utilizado fue el quechua; en el grupo participaron 11 mujeres con edades comprendidas entre los 22 y 50 años; dos de las participantes cursaban su segundo embarazo, seis tenían cuatro o más de cuatro hijos, dos de las participantes eran solteras, siete estaban casadas y dos eran convivientes. En relación a la procedencia tres vivían en el centro

poblado de Zudañez, dos procedían de la comunidad de Huaca Huasi, dos de Sillani, dos de Puca Huasi y dos de Ceresal.

El grupo se caracterizó por ser participativo y dinámico, respondían rápidamente a la pregunta, sin embargo en muchas ocasiones tocaban otros temas, así por ejemplo cuando la pregunta se refería a la alimentación durante el embarazo, hablaban de las complicaciones del parto o de las experiencias que tuvieron en los servicios de salud, no se les interrumpió para no cortar su espontaneidad y por que esos temas también estaban consignados en la guía de grupos focales. En algunos momentos se tuvo que interrumpir el debate, porque el llanto de un niño dificultaba la grabación. Al finalizar la reunión se les agradeció por su participación y se les reiteró que la valiosa información que habían proporcionado se la utilizaría solo para obtener resultados en la investigación que se estaba realizando, llevadas por la curiosidad algunas pidieron oír como se escuchaba su voz en la grabadora, se atendió este pedido y se escuchó una parte del primer cassette, lo que dio lugar a una serie de bromas entre ellas, al final manifestaron que estaban contentas con el trabajo que habían realizado, que les había parecido interesante y que si se las requería posteriormente estarían prestas para participar en otro grupo focal.

El segundo grupo focal se lo realizó el día 4 de noviembre de 2003 en el mismo local, el inicio de la reunión estaba prevista para las catorce horas, sin embargo recién se pudo comenzar a las quince y treinta, por que algunas de las participantes que se comprometieron asistir no llegaron a la hora prevista, después explicaron que se debía a dificultades con el transporte, el debate concluyó a las cinco y media de la tarde. Pese a que la mayoría de las participantes hablaban el español, se decidió que se utilizaría el idioma quechua por que es el que hablaban todas y en el que mejor podían expresar sus ideas.

En el grupo participaron 10 mujeres con edades comprendidas entre los 19 y 49 años de edad; tres eran analfabetas; tres estaban embarazadas, tres

tenían un hijo, cinco tenían cuatro o más de cuatro hijos. Dos de las participantes eran solteras, una viuda, cinco estaban casadas y dos eran convivientes. En relación a la procedencia una vivía el centro poblado de Zudañez, dos procedían de la comunidad de Jacota, dos de San Antonio, una de Pata, tres vivían en Parajti. En este grupo se pudo observar que en general la mayoría respondía a las preguntas ampliando sus comentarios sobre el punto tratado, se pudo apreciar que existía mayor secuencia que en el primer grupo sin perder la espontaneidad. En varias ocasiones se tuvo que frenar amablemente la participación de dos señoras que querían acaparar todo el tiempo y no dar oportunidad al resto, además de ser reiterativas en sus apreciaciones, así mismo se incentivó la participación de otras señoras que se sentían cohibidas, se tuvo cuidado de que todas participaran y emitieran sus ideas y comentarios.

El tercer grupo focal se lo realizó el día 5 de noviembre de 2003, el trabajo se inició a las diez de la mañana y concluyó a la una y media de la tarde, al igual que en los grupos anteriores el idioma utilizado fue el quechua, la edad de las participantes fluctuaba entre 18 y 40 años, de las diez participantes cinco eran analfabetas y cinco habían cursado el nivel primario de instrucción, ninguna de las participantes estaba embarazada.

Una de las participantes era soltera, cuatro estaban casadas y cinco eran convivientes. En relación a la procedencia tres vivían cerca al centro poblado de Zudañez, dos procedían de la comunidad de Pasota, tres de Sundur Huasi, una de Pata y una de Punilla. Este grupo se caracterizó por ser homogéneo en su participación, desde el principio se estableció un ambiente jovial y de mucha confianza, posiblemente favorecido por que la mayoría se conocían ya que a excepción de tres pertenecían a una misma organización campesina que se reúne periódicamente, entre risas manifestaron que sus esposos o parejas estaban preocupados porque se estaban reuniendo solo las mujeres, a lo que les habían contestado *“por que solo las mujeres se*

embarazan y sufren los dolores del parto”, pero que estuvieran tranquilos que no iban hablar mal de ellos, aunque algunos se lo merecían.

3.8 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Concluido el trabajo de campo donde se pudo recolectar la información, se procedió al procesamiento de la misma, para tal efecto se realizo la transcripción de los debates grupales grabados en cintas magnetofónicas, utilizando para esto un procesador de texto, la transcripciones se las realizo en español.

Posteriormente se procedió a la sistematización de la información que estuvo a cargo de las tres investigadoras, primero se ordeno la información por grupos focales, el ordenamiento se realizo de acuerdo al peso específico que tenían las respuestas al interior de cada uno de los grupos.

Para asignar un peso específico a la información no solo se tomo en cuenta la transcripción de los debates de los grupos focales grabados en cintas magnetofónicas, sino también los registros de la facilitadora y de las observadoras, procurando recuperar a la vez el gesto, el énfasis y la actitud de las participantes al momento de expresar sus ideas, en varias ocasiones se tuvo que leer dos y más veces las transcripciones para procurar encontrar el verdadero sentido de lo que querían decir, así mismo se tuvo que escuchar las grabaciones en varias oportunidades, por que hay expresiones en quechua que no tienen una traducción que refleje lo que realmente quisieron expresar En muchos casos los comentarios iban más allá de las preguntas y de los objetivos de la investigación, saliendo a la luz aspectos no previstos como la percepción del riesgo de muerte durante el parto que se reitero por lo menos en dos grupos focales. Se tomaron en cuenta todos los aportes, incluso aquellos que no lograron consenso dentro del grupo

Posteriormente se procedió a realizar la sistematización de esta información ya valorada por objetivos, dejando de lado el grupo donde fue obtenida.

En la elaboración de los resultados se ha procurado mantener el lenguaje de las asistentes, sus aportes textuales aparecen en cursiva y entre comillas, seguida del código que se le asignó a cada participante tomando en cuenta, su edad, estado civil (C: casada, CC: concubina, S: soltera, V: viuda) y el número de hijos que hubiera tenido (Anexo2), sin embargo se debe reconocer que no siempre se ha podido mantener la forma de lo dicho por las participantes, más si en todos los talleres se utilizó el idioma quechua, pero si se ha tenido cuidado de mantener el espíritu de lo que dijeron.

Las tres investigadoras participaron en todo el proceso de sistematización de la información, manteniendo permanentemente un diálogo, con una actitud crítica que permitió eliminar presupuestos buscando la objetivización de los resultados.

Posteriormente se procedió a la interpretación de la información, pasando de su descripción a su comprensión siguiendo cada uno de los objetivos, partiendo del peso específico de cada uno de los datos, los antecedentes teóricos y las observaciones directas realizadas durante el trabajo de campo

3.9 TRIANGULACIÓN

Como técnica de control y evaluación, se realizó la triangulación a partir de las observaciones de las tres investigadoras que participaron en el trabajo de campo durante los debates de los grupos focales y en todo el proceso de sistematización de la información, intercambiando opiniones y sus apreciaciones sobre lo manifestado en los debates y lo observado en cuanto a la actitud de las participantes, coincidiendo las tres en los resultados obtenidos.

CAPITULO IV. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La información que se logro obtener con la técnica de grupos focales, se organizo tomando en cuenta las percepciones, sentimientos conocimientos, actitudes y prácticas en función a tres temas o dimensiones: embarazo, parto y puerperio, buscando un orden lógico y congruente con los objetivos y el marco teórico.

4.1.1. PERCEPCIONES, CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LAS MUJERES DE ZUDAÑEZ SOBRE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

La mayoría de las participantes en los grupos focales identifica que lo más importante en la vida de una mujer es *“ser madre sobre todo”*

La valoración de la mujer se da en relación con la maternidad y el número de hijos que tiene; la mujer que no tiene hijos no es valorada *“la mujer que no tiene hijos no sirve, si tenemos hijos recién nos respetan”*.

Por otra parte la mujer que tiene muchos hijos es reprochada: *“A veces no nos valoran porque tenemos muchos hijos”*.

Esto demuestra que se carga sobre la mujer toda la responsabilidad sobre el número de hijos que pueda tener la pareja.

Pese a que la maternidad está muy relacionada con el reconocimiento de la mujer en la comunidad, la noticia de un embarazo les produce temor, tristeza y desasosiego condicionada por la cantidad de hijos que ya tienen, por las limitaciones económicas que tienen la mayoría de las familias que viven en el área rural: *“Cuando se suspende la menstruación, siempre nos asustamos”*

“Cuando la doctorita me ha dicho que estoy embarazada, mucha pena me ha dado porque ya muchos hijos tengo” (38,C,6,).

En otras ocasiones sienten tristeza por el trabajo que significa tener y criar hijos:

“Cuando dos meses no me ha venido mi sangre, ya estoy otra vez embarazada he dicho, y triste me he puesto, porque es fuerte el dolor y cuesta criar a los hijos, más para nosotros que somos pobres” (35,C.4),

Otras por su condición de madre soltera:

“Cuando he sabido que estaba embarazada harto he llorado, miedo me daba lo que iban a decir en mi casa, porque era soltera” (18,S,1).

Esta tristeza que en muchos casos es compartida, especialmente en los últimos embarazos por su pareja: *“mi marido también triste se ha puesto, que vamos hacer me ha dicho” (35,C.4).*

En relación al conocimiento sobre los síntomas y signos del embarazo, la mayoría de las mujeres señalan la suspensión de la menstruación como primer signo de embarazo, identifican así mismo las náuseas, vómitos y el sueño como síntomas frecuentes durante los primeros meses del embarazo: *“nuestra sangre ya no nos baja pues, de ahí nos dan los vómitos y mal nos hacen las comidas” (29,S,1).*

“A mi sueño nomás me daba, en cualquier trecho quería dormirme y no quería ver la comida, con asco cocinaba así me he dado cuenta que estaba embarazada” (20,CC,1).

En otros casos, cuando las mujeres quedan embarazadas en el periodo de lactancia (amenorrea pos parto), se percatan de su embarazo por otros síntomas y signos como náuseas, vómitos, aumento de volumen del abdomen,

movimientos fetales, y algunas mencionan que el niño que esta lactando presenta cuadros de diarrea:

“Yo en mi segundo hijito, me he dado cuenta porque mi barriga ha empezado a crecer y porque mi wawa en mi barriga se ha movido, por que desde mi primera hijita no me ha vuelto a venir mi sangre” (31,CC,2).

“Yo me he dado cuenta que estaba embarazada por que a mi wawa que le estaba dando el pecho le ha dado diarrea grave, mi suegra me ha dicho debes estar embarazada, he ido a la posta y el enfermero me ha dicho que estaba embarazada de tres meses y que le quite el pecho a ml wawa” (22,C,2).

Relacionan una alimentación adecuada con el bienestar de la madre y del niño, si recibe una buena alimentación, la mujer estará preparada para el parto donde va a perder mucha sangre y el niño nacerá con buen peso, si no recibe una alimentación adecuada, la mujer estará débil, pálida (anemia del embarazo) y puede tener complicaciones en el parto, además el niño nacerá muy débil y pequeño (bajo peso al nacer) y sin muchas defensas motivo por el que estos niños tienen más posibilidades de morir:

“Importante siempre es pues que nos alimentemos bien, yo tenia mi comadre flaquita estaba, nada siempre se quería comer, asco nomás tengo a las comidas decía, pero come aunque sea un poquito le decía, pero no me hacia caso, así hasta que se ha enfermado ha estado, casi siempre se ha muerto, pálida estaba y su wawita flaquita se ha nacido, después con diarrea la wawita se ha muerto”. (19,S,1).

Sin embargo recomiendan no excederse con la alimentación porque el niño puede crecer tanto que no va a poder nacer (macrosomía fetal,

desproporción cefalopélvica) *“Si mucho alimento comen no van a poder nacer dicen otras mujeres.”*

En relación a lo que conocen sobre complicaciones durante el embarazo, señalan la posición distócica del niño: *“se da la mala posición de la wawa por alzar pesados”*, atribuyendo ello al haber realizado esfuerzos físicos, otras complicaciones que identifican son la hemorragia y el edema en los pies

“A mi en mi otro embarazo grave hemorragia me ha dado, alce una bolsa con papa por que no había quien me ayude y por eso nomás mi sangre como pila me ha venido, casi me muero y he perdido siempre a mi wawa” (49,V,4),

“Otra cosa también es cuando mucho se hinchan los pies, como botas se ponen, eso dice que es peligroso, a mi no me ha pasado he sabido nomás, porque comen mucha sal dice que es eso” (31,CC,2).

Cuando sospechan que están embarazadas esperan un tiempo prudencial para esta seguras:

“yo todavía un mes me espero, ya me vendrá digo, pero si un mes más ya no me viene ya esta pues, otra vez estoy embarazada digo, que voy hacer digo pues.” (49,V,4).

O acuden al hospital, posta o partero para confirmar su embarazo:

“Cuando ya no miramos la menstruación, debo estar embarazada decimos y vamos al hospital y ahí nos confirman porque ellos saben y empezamos el control, eso nomás quiero decir” (22,C,1).

Ninguna de las mujeres refiere haber confirmado su embarazo con un análisis.

El apoyo de la pareja y de la familia se manifiesta principalmente en el momento del parto o en caso de que se presenten complicaciones, es en estas ocasiones cuando se muestran solidarios con las embarazadas:

“A veces los dolores nos viene en la loma recién el marido reacciona, no tendrías que haber ido nos dicen” (25,C,2).

“Nuestros familiares se preocupan para que estemos bien, sobre todo cuando tenemos algún problema o cuando ya estamos por enfermarnos, ahí corretean, después así nomás nos miran, a mi, mi suegra me ha dicho, floja que crees que es tener una wawa pues” (23,C,3).

Habitualmente es el esposo, la suegra o la madre quienes apoyan a la embarazada:

“Cuando he tenido hemorragia fuerte, mi marido y mi suegra han hablado y después me han llevado al hospital en una camioneta de mi compadre, bien mal siempre estaba esa vez” (38,C,5)

Sin embargo algunas de las participantes refieren que sus parejas y familiares las apoyan y cuidan desde un principio:

“A mi, mi marido y mis hijos mayores nomás me cuidan, bien bueno es mi marido ni bien sabe que estoy embarazada ese rato a la posta me lleva para que me haga controlar, antes vitaminas me lo compraba para que me alimente, en el ultimo gratis no masía las pildoritas nos han dado, en la casa también me cuida, vos que estas embarazada tienes que comer más me dice” (38,C,5).

La mayoría de las participantes en los grupos focales consideran que se debe realizar el control prenatal para saber como esta la salud de la mujer, pero especialmente para saber como está el niño que esperan, si se esta

desarrollando adecuadamente, si está bien acomodado. Algunas consideran que si se sienten bien no es necesario el control prenatal, que solamente deben asistir a los controles cuando están enfermas o se presentan complicaciones

Son muy pocas las que refieren que no asisten a los servicios de salud para realizar los controles prenatales por la distancia, pero sí identifican el tiempo de espera como pérdida de tiempo.

La mayoría refiere que cuando están embarazadas continúan con las mismas actividades habituales, especialmente las domésticas, las de pastoreo y otras propias de su entorno:

“Trabajamos igual cuando estamos embarazadas, cocinamos, lavamos, detrás de las wawas andamos, vamos a la loma, detrás del burro incluso hasta el día del parto” (25,C,2).

“Yo quiero aumentar que igual nomás trabajamos, yo tengo ovejitas y tengo que cuidar, mis wawas me ayudan ahora pero cuando estaban chiquitos yo tenia que llevarles a la loma, ahora ya mis wawas me ayudan con eso, pero cuando van a la escuela yo tengo que hacerlo, además tengo que cocinar para mi marido, para mis wawas, grave siempre es para la mujer” (38,C,7)

Muchas veces se sienten cansadas, y no tienen el apoyo de sus parejas.
“Nuestros maridos, hombres del campo no nos entienden que muchas veces nos cansamos, nos dicen que son operias (bobadas)” (25,C,2).

“Yo también quiero decir que todo igual nomás hacemos, yo dormir nomás quería pero tenia que hacer, en la loma también viendo a las ovejas me estaba durmiendo nomás, solo de alzar pesados me he cuidado, me daba miedo que me haga daño, yo no voy a cargar le decía a mi marido, que te va hacer pues me decía, floja siempre habías sido,

ellos no entienden pues como ellos no se embarazan, no sufren no les duele su cuerpo no saben nada pues” (29,S,1).

Son generalmente ellas las que asumen toda la responsabilidad del cuidado de los niños, en muchos casos cargan al niño menor en sus espaldas hasta el día del parto:

“Igual nomás trabajamos, lavamos, cocinamos, a nuestras wawas cuidamos sino quien nos lo va cuidar, yo como seguiditos tengo mis hijos, hasta el día del parto se cargarme al mas chiquito” (40,C,7).

“Yo voy aumentar, hay que cuidarse siempre, mi hermana no se cuido seguidas wawas tenía, seguía cargando a la wawa estando con la otra wawa en su barriga” (30,CC,4).

En relación a la alimentación, de acuerdo a su cosmovisión durante el embarazo no deben consumir alimentos cálidos, porque pueden provocar la pérdida de sangre que no es apropiado en este periodo del embarazo, deben consumir preferentemente alimentos frescos; la mayoría de las mujeres participantes de los grupos focales, refieren que consumen lo que habitualmente se cocina en la casa, ellas reconocen la importancia de consumir carne, verduras, fruta, leche y sus derivados, sin embargo por las limitaciones económicas que tienen y por la no disponibilidad de muchos de estos productos en el área rural su dieta se ve limitada principalmente a los productos disponibles en la comunidad

“Cuando estamos embarazadas bien nos tenemos que alimentar, tenemos que comer carne, verduras, frutas, yo todo eso me antojo pero muchas veces no se puede por que no alcanza la plata para comprar todas esas cosas, o muchas veces en el campo no se encuentra, en la época de fruta podemos comer durazno, pero después no, Yo

generalmente me como lagua (crema de maíz), sopa de fideo, lo que tenemos nomás pues podemos comer, que se va hacer” (38,C,5).

Refieren que durante el embarazo no deben consumir bebidas alcohólicas, ají, comidas calientes, o picantes:

“No debemos comer comida guardada y picantes, eso nos hace daño, además por nada debemos tomar alcohol por que eso le puede hacer daño a nuestro hijo”.(25,S,2).

“Pero a mi mas la papa me gusta con ajicito (salsa picante), pero me he dado cuenta que cuando estoy embarazada el ají me hace daño, una pena me quema, de mi barriga hasta arriba me sube, por eso no quiero ya comer ají aunque harto siempre me gusta (43,C,5).

Según lo expresado por la mayoría, la vestimenta de las mujeres durante el embarazo es la misma que usan habitualmente, sólo van adecuando el “chumpi” (especie de cinturón de lana tejido en telar) o el cordel de la pollera al aumento del volumen del abdomen, no usan ropa especial, solo tienen cuidado de que su ropa este limpia:

“La misma ropa nomás pues usamos, solo tenemos que tener cuidado de que este limpiecita, por que si esta sucia nos puede hacer mal.” (29,S,1).

“Yo también la misma ropa nomás uso pues, solo que tengo cuidado que no me aprete para que no le haga daño a mi wawita, después lo mismo nomás pues usamos” (20,CC,1).

En cuanto a los cuidados que se deben tener durante el embarazo las participantes hacen referencia a no levantar cosas pesadas porque puede

acarrear complicaciones durante la gestación como hemorragias y pérdida del niño (aborto espontáneo):

“Mal parto también nos da pues cuando alzamos cosas pesadas, por eso cuando yo estoy embarazada no alzo nada pesado, a mi marido le digo, alza vos pues no ves que me puede hacer daño”(38,C,5).

En este periodo se debe tener cuidado con la alimentación no se deben consumir comidas cálidas, no se deben tomar mates, especialmente de orégano y miel de abejas. *“Cuando estamos embarazadas no debemos comer alimentos cálidos, hemorragia nos puede dar”* (22,C,2).

Manifiestan así mismo que la embarazada no debe estar expuesta por mucho tiempo al sol o calor porque puede tener hemorragia vaginal

Para realizar los controles prenatales generalmente acuden a los servicios de salud donde les dan vitaminas, sin embargo no les gusta que les hagan desvestir y les palpen el abdomen:

“Es pues necesario hacerse controlar para saber como esta creciendo la wawa, si esta bien acomodada, por eso yo siempre me hago controlar, vitaminas también nos dan”.(31,CC,2)

El partero habitualmente no realiza control prenatal durante el embarazo, porque generalmente es llamado solo para la atención del parto, cuando realiza el control prenatal no examina a la mujer ni la hace desvestir, se limita a tomarle el pulso (pulsea) y así sabe como esta la madre y el niño; en algunos casos cuando detecta que el niño no esta bien acomodado fricciona suavemente el abdomen de la embarazada para que el niño se acomode:

“Los parteros controlan pulseando, no nos tocan la barriga, pulseando nomás sabe como esta el niño, si no esta acomodado, suabito lo

acomoda, controlando con el pulso, despacito nos hace parar y nos encarga que nada tenemos que hacer, que no debemos alzar pesados (22,C,1)

Varias participantes en los grupos focales, refieren que cuando está próxima la fecha del parto (cuentan los meses desde que se suspendió la menstruación) o sienten los primeros síntomas, aparte de bañarse y alistar su ropa y la de su niño, limpian y ordenan con esmero su casa, ante la posibilidad de la muerte como desenlace del parto y la opinión negativa que de ella tendrían los miembros de la comunidad; les preocupa más la crítica que podrían hacer las personas que visitaran su casa, que la posibilidad misma de morir, ya que esto lo aceptan como algo muy natural .

“Cuando empiezo a sentir los dolores arrincono y limpio mi casa, todos los rinconcitos limpio y arreglo, la casa tiene que estar limpia, porque a veces no sabemos lo que nos va a pasar, siempre tenemos miedo, por ahí nos muriéramos, nuestros familiares, los vecinos encontrarían la casa sucia y me criticarían” (23,C,3).

“Y cuando ya sabía que me tenía que tocar el parto, ese día me bañaba, todo mi cuerpo, alistaba mi ropa, mis mantas, las ropas para mi wawa; después bien siempre barría y limpiaba mi casa, ordenaba mis cosas, por si caso me muriera, mis familiares, mis vecinos dirían que era una sucia, desordenada, floja, por eso siempre biensito limpiaba y arrinconaba toda mi casa, lavaba todo”(35,C4).

“La casa tiene que estar limpia, porque si me muriera los vecinos encontrarían la casa sucia y dirían que fui una mujer sucia”(42,C6).

Ellas perciben la muerte de una mujer por complicaciones del parto o puerperio como algo natural, como algo que puede suceder y por lo tanto se

preparan para este acontecimiento, cuidando de que su imagen de mujer limpia y ordenada perdure aun después de la muerte.

De acuerdo a los expresado en los grupos focales, la mayoría percibe que deben acudir al hospital cuando se demora el parto o se presentan complicación, tienen la percepción que en el hospital existe más posibilidades de solucionar estos problemas.

“Yo en mi casa nomás pensaba tener, todo me he alistado, pero dolores fuertes me han venido y no he podido enfermarme, ya no tenía fuerzas para nada, sudando frío nomasía estaba, entonces mi marido se ha asustado, mejor al hospital te llevare me ha dicho, recién entonces al hospital me han llevado, pero mucho miedo siempre tenía, en el hospital me han revisado, trancada esta tu wawa, no vas a poder tener natural me han dicho y ese rato nomás cesárea me han hecho, pero grave me sufrido” (20,CC,1).

La mayoría de las participantes en los grupos focales, identifican como principal complicación del parto a la retención de la placenta, a la que vinculan con la muerte de la madre y la orfandad de los niños

“Cuando no votan la placenta en el campo, quedan niños huérfanos , es una pena, en el campo piensan que van a votar de a poco estirando, a las personas del campo no les importa y yo escucho que muchos niños quedan sin madres, los niños van de mano en mano una pena” (50,C,9).

“Peligroso también es cuando no se elimina la placenta ese rato del parto, grave hemorragia les viene, eso le ha pasado a mi hermana, al hospital le han tenido que llevar, ahí dice que le han sacado y sueros le habían puesto” (20,CC,1).

La decisión del lugar donde van a tener su niño la toman habitualmente durante el embarazo, la mayoría refiere que como primera instancia eligen su domicilio, por que se sienten mas seguras, saben lo que tienen que hacer, van a estar rodeadas de su familia, tienen la posibilidad de tomar mates, *estar abrigadas* y sobre todo porque se respeta su intimidad.

“Yo prefiero tener mi parto en mi casa, mejor siempre es, todo nos alistamos con tiempo, nuestro marido nos ayuda, el sabe como se tiene que atender, otras veces llamamos al partero, mi mama, mi suegra también siempre están conmigo, por eso siempre en mi casa tengo, mas segura me siento” (23,C,3).

Son pocas las que eligen como primera instancia un servicio de salud, y cuando se deciden por esta opción tienen preferencia por un puesto de salud (Parajti) donde el auxiliar de enfermería practica la medicina tradicional: *“cuando estoy por enfermarme también ese rato a lo de don Genaro me lleva en Parajti, ahí me gusta que me atiendan mis partos”.*(38,C,5).

“En el hospital no usan el chumpi pues y eso es peligroso por que la magre se puede subir (según la concepción quechua la magre es un órgano que se desarrolla detrás del ombligo durante el embarazo), pero en la posta de Parajti si el enfermero sabe usar el chumpi, el también nos pulsea, así sabe a que hora nos vamos a enfermar, no nos hace desvestir, mate también nos da y en la cama nomás nos atiende, por eso yo con el me hago atender” (38,C,5).

Una gran mayoría de las participantes refieren que cuando deciden que el parto va a ser en su domicilio, limpian toda la casa, preparan con anticipación la ropa del niño, la tijera con la que se cortara el cordón umbilical y el hilo con el que se lo ligara, preparan además: las mantas, cuero de oveja y bastante ropa para la mujer entre lo que no puede faltar las medias gruesas, el pañuelo para amarrarse la cabeza, y el chumpi para después del parto.

“Yo cuando se que ya me voy a enfermar, clarito es no ve, nos empieza a doler, raro siempre nos sentimos, entonces lo primero que hago es bañarme y alistar la ropa de mi wawa, mi ropa, las mantas, el cuero para el piso, además barro hasta el ultimo rincón de mi casa, alisto también la tijera para cortar, todo tiene que estar listo pues, después me alisto también el agua para hacer hervir, así nos alistamos siempre pues” (31,CC,2.).

Refieren que la temperatura es muy importante durante el parto, la mujer debe estar en un ambiente cálido e íntimo, en algunos casos recurren a algunos métodos para aumentar la temperatura en el ambiente como hacer humear molle: *“Otras veces nos hacemos humear con molle, eso me ha pasado en mis tres últimos hijos” (38,C,5).*

El molle (Nombre científico: *Schinus molle*, de la familia Anacardiaceae), es un árbol de regular tamaño, aromático, con hojas coreáceas y muy poco dentadas, flores en espiga y frutos rojizos; es originario de Bolivia, Perú y norte de la Argentina, se lo utiliza en la agricultura principalmente como prevención orgánica de plagas; algunas personas utilizan sus hojas con fines medicinales (para la tos). Cuando deciden usar el molle para aumentar la temperatura del ambiente y proporcionar calor a la embarazada, colocan carbón en un recipiente fácil de manejar y encima del carbón pequeñas ramas de molle, que por efecto del calor empiezan a consumirse desprendiendo calor y su aroma característico, generalmente el marido, otro familiar o el partero da vueltas alrededor de la parturienta (que debe estar cubierta con mucha ropa) con el recipiente en la mano proporcionándole calor, cuando consideran que este es suficiente dejan el recipiente fuera de la habitación.

La mujer tiene que estar bien abrigada para sentir el calor que le ayudará a que expulse al niño y posteriormente a la placenta, motivo por el cual se cubre de bastante cantidad de ropa y se amarran la cabeza con un pañuelo

“Más importante siempre es que no nos hagamos pasar el frío, si nos hacemos pasar el frío mas horas sufrimos” (29,S,1).

“Abrigadas tenemos que estar para que nuestro parto sea fácil, por eso bien nos abrigamos cuando ya estamos con los dolores, con nuestra manta también nos tapamos” (40,C,7).

Cuando empieza el trabajo de parto hacen hervir agua para bañar al niño inmediatamente después del nacimiento.

En relación a la alimentación, durante el trabajo de parto deben consumir alimentos cálidos que les ayude a eliminar la sangre acumulada durante el embarazo, sin embargo consumen pocos alimentos sólidos, pero si ingieren mates calientes (muña y retama).

“De la comida casi no nos preocupamos, cuando estamos con los dolores no comemos, sólo tomamos mate, algunas toman un poco de alcohol en ponche, por eso tenemos mucha hambre después del parto”.(29,S,1).

En relación a la posición que adoptan durante el trabajo de parto, ellas refieren que caminan en la habitación para facilitar el parto, en algunos casos permanecen sentadas pero no se recuestan en la cama durante este periodo, porque la posición vertical favorece la expulsión del niño y la placenta:

“Cuando estamos con los dolores caminando nomás estamos para apurar el parto, a veces cuando mucho nos duele nos sentamos” (38,C,6).

Para el periodo expulsivo, se ponen de cuclillas *“En nuestras casa el parto lo tenemos en cuclillas”* o se acuestan en la cama cubiertas de ropa.

En alguna oportunidad la mujer tiene sola su hijo por vergüenza incluso al marido, no permite que nadie la ayude:

“En nuestra casa nosotros nos atendemos, tenemos mucha vergüenza, yo nomás me echo (acuesto), de mi esposo me encierro, yo sola me tiendo el cuero, y cuando me libro recién le llamo a mi marido” (41,C,5).

“Yo solita nomás he tenido mi hijo, mucha vergüenza he tenido, no he dejado ni que mi marido entre, en mi cama nomás lo he tenido” (31,C,3)

Pero en la mayoría de los casos es el marido quien atiende el parto “Yo también he tenido a mis hijos en mi casa, me atendió mi marido el sabe lo que hace” (30,C,5).

“Yo también en mi casa siempre he tenido mis hijitos, mi marido me atiende, ya cuando se que esta por nacer mi wawa, hago hervir agua, alisto todo siempre, todo listito esta para que nazca, entonces cuando ya siempre estoy por botar la wawa, de cuclillas me pongo encima de un cuerito limpio y mi marido desde atrás me agarra y me ayuda, así nomás me se enfermar” (38,C,5).

Ocasionalmente el parto es atendido por otro familiar, el partero o la partera.

Después que nace el niño cortan el cordón umbilical con una tijera o cuchillo y lo ligan con el hilo previamente preparado:

“El cordón con tijera siempre se corta, si no tenemos en nuestra casa nos prestamos y con un hilo limpio bien hay que amarrar para que no se salga su sangre por su pupito (ombligo), por eso todo listo hay que tener para no estar correteando ese rato nomasía” (23,C,3).

“El cordón se corta con tijera y tenemos que amarrar con un hilo limpio, si no tenemos hay que prestarse una tijera de nuestros vecinos o en caso contrario usar un cuchillo”(18,S,1).

Solo una mujer de cuarenta años refirió que corto el cordón con un pedazo de cerámica “Yo he cortado el cordón de mi primera wawa con un pedazo de olla de barro, nuevita estaba, con pena lo he roto para cortar con eso, no tenia tijera y mi vecina mala era” (40,C,7).

Inmediatamente después del parto bañan al niño y lo envuelven con una faja.

Después del nacimiento del niño, esperan por unos momentos para que la parturienta expulse la placenta, si no lo hace, inmediatamente amarran el extremo distal del cordón umbilical con un hilo al dedo gordo del pie para que con los movimientos de tracción se favorezca la expulsión:

“Después de que sale la wawa hay que esperar que salga la placenta, después de un rato se sale también, pero en mi segundo hijito no podía votar la placenta, entonces con un huato (hilo grueso) me han amarrado al dedo gordo de mi pie para que no se vuelva a entrar, porque es peligroso si se vuelve a entrar, hemorragia nos puede dar, después de una hora mas o menos recién he botado, con eso ya bien me he sentido” (38,C,5).

“A mi también lo mismo me ha pasado con mi primer hijito, fácil ha sido mi parto porque mi wawita era chiquita, pero la placenta no ha podido salir, entonces a mi a mi pie le han amarrado y después de un rato recién ha salido (49,V,4)

La placenta es objeto de un tratamiento especial, debe ser enterrada profundamente en una esquina, dentro de la casa, o en cualquier otro lugar que

se elija, pero siempre en la sombra. Unas veces entierran la placenta sola y en otras ocasiones con dinero u otros objetos simbólicos para el futuro bienestar del niño:

“La placenta se tiene que enterrar siempre, unos así nomás lo entierran, otros les ponen cosas para que le vaya bien a la wawa cuando sea mayor, si no se entierra, cuando crecen se van nomás, no se quedan con nosotras, son unos ingratos” (49,V,4).

Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, la mujer se ciñe la cintura con el chumpi para evitar que la magre suba hasta su pecho, le impida que pueda respirar y le ocasione la muerte; algunas refieren que antes de colocarse el chumpi tiene que friccionar el abdomen para favorecer la expulsión de la sangre:

“Pero después del parto tenemos que amarrarnos fuerte con el chumpi para que la magre no se suba y no nos deje respirar, peligroso es, las mujeres se saben morir con eso”. (19.S.1).

“Después del parto nos ponemos el chumpi bien aprieto (ajustado) para que no se suba la madre, pero antes nos tenemos que friccionar las barriga” (22,C,2).

Durante el puerperio inmediato y los días siguientes al parto, la mujer permanece acostada con almohada alta para evitar la subida de la magre y abrigada para favorecer la expulsión de la sangre que no sirve, los aseos locales se los hacen con agua de romero y molle, habitualmente se bañan después de un mes.

En relación a la alimentación, inmediatamente después del parto toman algún alimento caliente, que puede ser chocolate, sopa de cordero, sopa de pollo, huevos, etc; la mayoría de las mujeres refieren que después del parto

tienen mucha hambre por el esfuerzo realizado y porque durante el trabajo de parto habitualmente ingieren líquidos y pocos alimentos sólidos:

“Por eso tenemos mucha hambre después del parto, después de salvarme cualquier cosa quiero comer ese rato, es que con la fuerza que hemos hecho hambre tenemos” (29,S,1).

“Ese rato tenemos que tomar nuestra sopa con huevos, porque con mucha hambre estamos después del parto” (43,C,5).

Es el marido o los familiares cercanos como la madre o suegra quienes se ocupan de que esta comida este preparada y lista para que la mujer pueda consumirlos inmediatamente:

“Por que en nuestras casas lo primero que nos dan es un caldito de cordero si se puede o sino de huevos, pero cualquier cosa siempre nos dan ese rato” (20,CC,1).

Para ellas tiene mucha importancia el tipo de alimento que ingieren, los alimentos calientes ayudan a eliminar la sangre, en cambio los alimentos fríos o frígidos como los llaman pueden interferir en este proceso considerado por ellas como necesario *“la sopa era de trigo pelado, en el campo no se come eso porque es frígido, no he comido porque tenia miedo a que me haga daño” (30,C,5).*

Es importante señalar en un punto aparte, la percepción y actitudes que tienen las mujeres sobre el rol del marido durante el embarazo, parto y puerperio, pudiendo señalar lo siguiente:

La mayoría de las participantes en los grupos focales, señalan que el marido juega un rol importante y activo durante el proceso del embarazo, parto y puerperio, él decide si la mujer se va a realizar controles prenatales y en

algunos casos es él quien personalmente lleva a la embarazada al servicio de salud.

En la mayoría de los casos es el marido quien atiende el parto en domicilio apoyando y ayudando a la mujer en todo momento, ellas perciben que el marido sabe lo que tiene que hacer en esa situación:

"Yo prefiero tener mi parto en mi casa, mejor siempre es, todo nos alistamos con tiempo, nuestro marido nos ayuda, el sabe como se tiene que atender", (23,C,3),

Es también el marido quien habitualmente se encarga de la atención inmediata del recién nacido y de enterrar la placenta.

En la noche del día en que se ha producido el parto el marido permanece despierto al lado de la puérpera, preguntándole de rato en rato como se siente, si no tiene vahidos (Con este termino se refieren a la pérdida momentánea del conocimiento; que en el puerperio podría deberse a un shock hipovolémico por hemorragia, identificada como una de las principales causas de muerte materna en Bolivia.), para estar seguro de que se encuentra bien y no tenga problemas, el temor que tienen es que después del parto pueda morir la mujer como consecuencia de complicaciones del puerperio inmediato. Esta actitud hace que la mujer se sienta segura porque alguien está cuidando de ella en las horas posteriores al parto, cuando tienen temor a la muerte por complicaciones del parto y puerperio.

"Esa noche nuestro marido a nuestro lado amanece, no duerme nada porque tiene que cuidarnos, a veces vienen los vahidos y es peligroso, entonces nuestro marido nos esta viendo nomás, acullicando su coquita a nuestro lado, a veces también traguito toman por el frío, pero nos están hablando de rato en rato, no te duermas nos dicen, mañana te vas a dormir". (43,C,5). (la hoja de coca se utiliza en Bolivia con diversos

objetivos, como disminuir el hambre, el cansancio, el sueño como en este caso).

Cuando se presentan complicaciones durante el embarazo o parto, es el marido quien en consulta con sus familiares cercanos, la madre o la suegra decide en que momento y a quien pedir ayuda.

4.1.2 PERCEPCIONES Y SENTIMIENTOS QUE TIENEN LAS MUJERES DE ZUDAÑEZ, SOBRE LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y PARTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La mayoría de las mujeres participantes en los grupos focales perciben que en los servicios de salud son discriminadas por su condición social y procedencia especialmente en el hospital, muchas observaron que mujeres que viven en el centro poblado de Zudañez son atendidas antes que las que provienen de las comunidades y visten pollera o ajsó (ropa tradicional de lana de oveja tejida en telares).

Así mismo la mayoría perciben que no las atienden prontamente cuando acuden a los servicios, les hacen esperar y perder tiempo sin una razón justificada y sin dar ninguna explicación, esta es una de las razones mencionadas más frecuentemente para no asistir a los servicios de salud.

Las que acudieron alguna vez para el control prenatal a los servicios de salud, refieren que aparte de hacerlas esperar son torpes al examinarlas, las hacen desvestir o les descubren el abdomen, les palpan torpemente y en algunos casos les realizan examen ginecológico, se quejan de que no les toman el pulso (pulsear), para saber como está el niño como hace el partero, a excepción del auxiliar de enfermería de Parajti que si sabe pulsear:

"Cuando he ido a mi control, me han hecho sacar mi pollera y su mano me han metido, fuerte me ha dolido, después mi barriga fuerte me han apretado" (31;C,3).

Las participantes en los grupos focales, perciben que en los servicios de salud les proporcionan medicamentos y vitaminas para que tengan más apetito cuando están embarazadas, en otros casos les administran sueros y otros medicamentos.

En general refieren que el personal de salud es poco comunicativo con ellas, no les explican en que consisten los procedimientos de atención y porque tienen que realizarlos, algunas aducen este hecho a que muchos médicos y enfermeras no hablan el idioma quechua.

"Yo poco hablo el castellano, casi no le he entendido al doctor, que me habrá dicho, enojado estaba" (40.C,7).

"Fuerte mi espalda me esta doliendo le he dicho, parece que se va a romper, ahí la enfermera me ha dicho, sacate tu calzón y échate aquí, ese rato no masía he sentido que me ha metido su mano, fuerte me ha dolido y vergüenza me ha dado (18,S,1)

Refieren que acuden principalmente a los servicios para saber como esta el niño que esperan, si esta bien acomodado y como están ellas, perciben que como personal capacitado, médicos y enfermeras pueden detectar cualquier problema que pudieran tener: *"En el hospital siempre saben como esta nuestra wawa, por eso nos debemos hacer controla"*. (22,C,2).

Valoran como positivo del control prenatal en los servicios, las vitaminas u otras píldoras que en algunas ocasiones les dan, medicamentos que ayudan a una buena evolución del embarazo. Manifiestan además de que si realizan los controles prenatales desde un principio y de acuerdo a lo establecido por el

Servicio de Salud tienen la posibilidad de que no les cueste el parto o la cesárea en caso necesario, además de que tienen la posibilidad de recibir medicamentos en forma gratuita.

La mayoría percibe que los servicios de salud tienen más posibilidades de resolver los casos de emergencias y complicaciones obstétricas y de poder salvarles la vida porque cuentan con personal capacitado, instrumental insumos y medicamentos que no tienen los parteros.

Las que han tenido algún parto en el hospital, identifican como aspectos negativos: la espera prolongada, el aislamiento, la soledad que han sentido durante el trabajo de parto en salas donde las más de las veces se encontraban solas sin que se les diera los mates que ellas acostumbran consumir en sus domicilios para favorecer la evolución del parto, la poca atención que les brindaba el personal cuando se quejaban o pedían algo.

“Cuando he llegado al hospital no se que me han hecho, me han tocado mi barriga, anda aquel cuarto me han dicho, me han mostrado unos catres, he sufrido sola el dolor, ellos se han ido no se adonde se entrarían, el rato que me iba a librar corriendo me han llevado, me han hecho subir ahí arriba, me han puesto no se que cosa”. (30,C,5)

La mayoría señala que se sintieron invadidas en su intimidad por el tacto vaginal: *“nos hurgan adentro con su mano, grave me han hecho doler”*.

Refieren que sintieron mucho temor porque no sabían a dónde las llevaban cuando ya el niño estaba por nacer, nadie les explico sobre los procedimientos a seguir y del por qué de ellos; la mayoría refieren que sintieron mucho frío por que apenas estaban cubiertas con una bata sin mangas que les proporcionaron en el mismo hospital:

“después me han metido a un cuarto, tres camas había pero yo solita estaba, ahí con los dolores una pena he sufrido, me llamaba, pero nadie me escuchaba, a mi marido lo han votado no es hora de visita diciendo, ya no podía más siempre ahí mas bien ha aparecido una enfermera, que te pasa me ha dicho, te falta todavía una maricona (cobarde) habías sido, pero señorita creo que ya va a nacer le he dicho, recién se ha asustado y rápido me han llevado a otro cuarto, ahí me han hecho subir a una mesa y mis piernas me han amarrado, calambres siempre me ha dado puja, puja, me han dicho, yo ya no podía, entonces la señorita fuerte me ha apretado mi barriga, me estas haciendo doler le he dicho, te estoy ayudando me ha dicho, sino no, no va a poder nacer tu wawa me ha dicho. Un rato de esos un dolor fuerte he sentido, que me están haciendo he dicho, te estamos ayudando, la cabeza de tu wawa es muy grande me han dicho, me habían cortado, después de que ha nacido la wawa he sentido que me han cocido, fuerte me ha dolido, por eso ya no he vuelto a ir al hospital, en mi casa no masía me he enfermado de mi otro hijito. (31,CC,2).

En relación a la posición refieren que se sintieron muy incomodas en la mesa de partos donde les atienden y que la posición horizontal demora la expulsión del niño, las que tuvieron su parto en Parajti indican que el auxiliar que trabaja en ese puesto de salud las atiende en la cama y permite que estén bien abrigadas como suelen estar en sus casas, en los otros servicios son muy pocos los que preguntan en la posición en que quisieran que se les atienda:

“diferente había sido en el hospital, no me ha gustado, me han hecho desvestir, a una cama dura me han hecho subir y ahí me han amarrado mis piernas pelada, mucho frío me ha hecho, y después del parto a un cuarto me han metido y nada me han dado, recién a las doce una sopa como agua me han traído con cebollas, no he tomado por que la cebolla es peligrosa después del parto”. (38,C,5).

En cuanto a los procedimientos de atención muchas hacen referencia a la episiotomía como algo traumático y doloroso, especialmente cuando les suturan.

Después del alumbramiento no se sienten seguras porque en el hospital no les permiten que usen el chumpi, que de acuerdo a sus creencias evitaría complicaciones en el puerperio:

“Ni bien nace el niño nos ponemos un chumpi, en el hospital no hacen eso, yo he tenido en la posta, me dolió a media noche llegue a la posta de parajti y ahí después del parto me ha puesto chumpi, en esa posta saben poner chumpi”, (30.C.5).

Sienten también temor a tener complicaciones en el puerperio “sobreparto”, porque en los servicios les obligan a movilizarse inmediatamente después del parto *“Después de mi parto, caminando me han sacado de la sala”* (31.CC.2)

En relación a la alimentación que les ofrecen en el hospital después del parto, refieren de que no les dan un alimento caliente inmediatamente después del alumbramiento, algunas indican que no les dieron ningún alimento hasta doce horas después de producirse el parto por el horario que rige en los hospitales, además indican que el tipo de alimentación que les dan no es el adecuado, porque en este periodo las mujeres deben consumir alimentos cálidos para que les ayude a expulsar la sangre mala

“Me he librado a las 12 en punto y me han traído la comida sopa y segundo, la sopa era de trigo pelado, en el campo no se come eso porque es frígido, no he comido porque tenía temor a que me haga daño. En el campo hasta la papa escogen, así me han atendido” (30.C.5).

Habitualmente son los familiares los que les llevan los alimentos que de acuerdo a sus costumbres consumen *“mi suegra me lo ha traído sopa con cinco huevos”*.

En el hospital no permiten que nadie se quede con ellas después del parto si no son horas de visita, tampoco permiten que el marido se quede con ellas para acompañarlas durante la noche como acostumbra hacerlo en su casa.

En relación a la placenta, en los servicios de salud generalmente la tiran a la basura, en algunas ocasiones les entregan a los familiares cuando así lo solicitan

Todas estas actitudes y el no reconocimiento por parte del personal de las percepciones que sobre la atención del parto tienen las mujeres, hace que muchas de ellas, incluso reconociendo que la atención en servicio puede salvarles la vida deciden no volver,

“mi parto fue complicado, mi wawa había sido grande, mas de cuatro kilos había pesado, me han puesto sangre y sueros, casi me muero si no hubieran sido ellos no me hubiera salvado, pero en mi otro parto no siempre he querido ir, me ha dado miedo y vergüenza, en mi casa nomás he tenido”. (36,CC,6)

En general refieren que desde hace unos años atrás no les cobran en los servicios de salud por el control prenatal y la atención del parto, pero si les cobran por los medicamentos que les proporcionan o que les dan recetas para que los adquieran en las farmacias, aduciendo de que ellos no cuentan con medicamentos, refieren asimismo que cuando acuden a los servicios para su control prenatal desde los primeros meses del embarazo y en forma periódica “las premian“, proporcionándoles también los medicamentos en forma gratuita.

Ninguna hizo referencia a que no hubiera acudido a un servicio de salud por falta de recursos económicos para el control prenatal o atención del parto.

4.1.3 RAZONES POR LAS CUALES LAS MUJERES NO CONCURREN A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

Entre las razones más frecuentemente mencionadas para no asistir a los servicios de salud para el control prenatal refieren el prolongado tiempo de espera, el trato discriminatorio que reciben de parte del personal de salud y el examen que les realizan.

“Yo no se tener mis hijos en el hospital, en mi casa siempre tengo, pero he ido a mis controles y ahí mucho rato me han hecho esperar, ahorita te vamos atender me decían, pero nada, espera un rato más y se desaparecían no se adonde se entraban, después de mucho tiempo recién me han atendido, rabia siempre me ha dado por que ha llegado una señora del pueblo después que yo y a ella primero la han atendido, así siempre nos tratan a los del campo”. (38,C,5).

Muchas de las participantes que acudieron a los servicios para realizar el control prenatal, refieren que es el marido quien decide que la mujer vaya a realizarse el control prenatal: *“nuestros esposos nos mandan al control, anda rápido nos dicen”, (25,C,2).*

En otros casos el marido la lleva personalmente al servicio de salud *“Mi marido siempre me lleva a la posta para hacerme controlar”*

Otra razón frecuentemente mencionada para no acudir a los servicios de salud, es el temor que tienen ante lo desconocido y la escasa información que reciben de parte del personal de salud sobre los procedimientos a los que las someten durante el control prenatal y la atención del parto, refieren que ellas

tienen vergüenza de preguntar y que muchas de ellas solo hablan quechua, lo que dificulta la comunicación con los prestadores de salud, muchos de los cuales solo hablan castellano.

Identifican como las principales razones para no acudir a los servicios de salud para la atención del parto, la sensación de soledad y frío que sienten en las salas de preparto y principalmente en la sala de partos, donde además de estar con poca ropa, se sienten incómodas en la mesa de partos que la describen como dura y fría, la sensación de incomodidad y frío se intensifica por la posición ginecológica en la que les colocan

Otras razones mencionadas frecuentemente para no acudir a los servicios de salud, son los procedimientos a los que son sometidas como el tacto vaginal y la episiotomía, además de la vergüenza que sienten porque las observan semidesnudas durante el trabajo de parto y en el periodo expulsivo, sin respeto a su intimidad y pudor, tan valorados por ellas.

Otro motivo que aducen para no acudir a los servicios de salud para la atención del parto, es el poco respeto a sus costumbres, como el no permitirles el uso del chumpi después del alumbramiento, el hacerlas caminar inmediatamente después del parto cuando deberían guardar reposo, el no permitir que el marido se quede con ellas para cuidarlas, así como el horario de las comidas que hace que en muchos casos recién reciban un alimento hasta diez horas después del parto y el tipo de alimentos que les ofrecen sin tener cuidado de que sean alimentos cálidos que les ayude a eliminar la sangre acumulada durante el embarazo.

4.1.4 BARRERAS Y VIABILIZADORES

BARRERAS

De acuerdo a lo expresado por la mayoría de las participantes en los grupos focales, se identifica como una barrera importante la actitud del personal en los servicios de salud que no logran una empatía con las embarazadas, las hacen esperar, en algunos casos las hacen desvestir, son torpes o poco comunicativos, no les explican sobre los procedimientos que se realizan ni la razón por la cual se los realiza, no acuden a su llamado oportunamente.

El cumplimiento de las normas rígidas que exigen en los servicios de salud para atenderlas, como el no permitir que su marido se quede fuera de horario de visitas, desde el punto de vista de ellas se constituye en otra barrera.

El no respeto a las costumbres y prácticas arraigadas en la comunidad relacionadas con el embarazo, parto y puerperio que no afectan la salud como el usar un pañuelo en la cabeza, el ingerir alimentos calientes inmediatamente después del parto, el uso del chumpi depuse del alumbramiento se constituye en una de las principales barreras

La actitud del personal de salud que no han adaptado sus prácticas institucionales y formas de atención a los requerimientos de la comunidad en lo relacionado con la atención del embarazo, parto y puerperio se constituye en una importante barrera.

VIABILIZADORES

El reconocimiento de que una buena alimentación durante el embarazo va a ser beneficiosa para la madre y para el niño, se constituye en un

viabilizador que puede permitir fomentar prácticas alimenticias saludables durante el embarazo.

En relación al control prenatal, se podría identificar como un factor viabilizador para las prácticas saludables el reconocimiento de la importancia del control prenatal y su relación con el bienestar del niño y de la madre.

El conocimiento que tienen sobre las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y la percepción que tienen de que estas complicaciones se pueden resolver en los servicios de salud si se acude oportunamente, así como la percepción que tienen de que los servicios de salud cuentan con personal capacitado para resolver complicaciones se constituyen en viabilizadores que pueden favorecer la demanda de los servicios de salud.

Se identifica como viabilizador el respeto de las costumbres por parte de un Auxiliar de enfermería y la práctica combinada de la medicina tradicional con la occidental para la atención del embarazo, parto y puerperio.

4.2. DISCUSIÓN

Realizando un análisis de los resultados encontrados en relación a las tres categorías de interrelación entre el sistema formal y el tradicional identificados en el marco teórico, encontramos que algunas percepciones, conocimientos actitudes y prácticas están en armonía, otras aisladas y otras en choque.

Entre las percepciones, conocimientos, actitudes y practicas que se encuentran en armonía entre los dos sistemas, podemos mencionar la percepción que tienen sobre los cuidados que se debe tener durante el embarazo, como es el hecho de no levantar cosas pesadas, de estar emocionalmente tranquilas, de recibir una buena alimentación durante la gestación aunque difieren sobre el tipo de alimentos que deben consumir, el

de no ingerir bebidas alcohólicas durante el periodo gestacional porque puede tener efectos negativos en el desarrollo del niño, hecho que esta demostrado científicamente,

Ambos sistemas coinciden también en el reconocimiento de la importancia del control prenatal, aunque difieren en la forma en que se debe realizar este control.

De acuerdo a los resultados encontrados, se evidencia que existe armonía entre los dos sistemas en el reconocimiento de las complicaciones obstétricas, el peligro que éstas representan para la salud de la madre y de que las mismas pueden ser solucionadas en los servicios de salud, si se acude oportunamente a los mismos.

Tanto en el sistema formal como en el tradicional se reconocen las graves consecuencias que tienen los casos de mortalidad materna, sobre todo por el estado de abandono en que quedan los niños, sin embargo las mujeres de Zudañez perciben la muerte materna como algo que tiene muchas posibilidades de ocurrir, hecho para lo que incluso se preparan.

Se evidencia que ambos sistemas están aislados en relación al tipo de alimentación que debe recibir la mujer durante el embarazo, parto y puerperio inmediato, en el sistema tradicional los alimentos están catalogados como cálidos y frescos, los frescos son los que se deben consumir durante el embarazo, en cambio los cálidos son los que se deben consumir durante el parto y el puerperio inmediato, por su parte el sistema formal recomienda dietas que garanticen un aporte equilibrado de proteínas, hidratos de carbono, vitaminas sin percatarse si estos alimentos existen en la comunidad o están al alcance de las embarazadas, por otra parte no hacen la diferenciación entre alimentos frescos y cálidos, tampoco recomienda unos alimentos durante el embarazo y otros durante el parto o puerperio.

Ambos sistemas también se encuentran aislados en cuanto a la hora en que se deben ofrecer estos alimentos, en el tradicional la puérpera debe ingerir alimentos calientes inmediatamente después del parto, en el sistema formal se respetan los horarios de alimentación, si el parto se ha producido en la noche es posible que pase hasta diez horas desde el momento del parto hasta que la mujer reciba un alimento.

Si bien ambos sistemas se encuentran en armonía en cuanto al reconocimiento de la importancia del control prenatal, están aislados en la concepción preventiva que se tiene en el sistema formal, con el de curativo del sistema tradicional, por eso este no aconseja que se lo realice periódicamente, si no solo una primera vez para saber como está el niño y en caso de detectarse problemas durante el embarazo; se encuentran también aislados en cuanto a la forma en que se debe realizar este control. En el sistema tradicional perciben que solo tomando el pulso (pulsear) se sabe como esta el niño y como esta evolucionando el embarazo, en el sistema formal hacen desvestir a la embarazada o le descubren su abdomen para examinarla, aparte de pesarla y controlarle la presión, aparentemente obvian el control del pulso o no le dan la importancia que le dan en el sistema tradicional.

En cuanto al choque entre los dos sistemas, se evidencia que estos son más frecuentes en las prácticas de atención del parto, quizás este hecho explique la escasa demanda de los servicios de salud, especialmente para la atención del parto.

Uno de los primeros choques que se identifica es el rol asignado al marido; en el sistema tradicional, el marido juega un rol principal y activo, durante el embarazo, en el proceso del parto, la atención del recién nacido y el puerperio, en el sistema occidental se le asigna un papel secundario y pasivo, generalmente no se le permite estar al lado de la embarazada o puérpera fuera de los horarios de visita, no se le permite entrar a la sala de partos ni quedarse

con ella la primera noche después del parto como acostumbra hacerlo cuando el parto se atiende en su domicilio.

Si bien en el sistema tradicional el parto es un acto social comunitario, porque representa la llegada de un nuevo miembro a la comunidad, que con el tiempo se convertirá en fuerza de trabajo (por eso es mas valorado el nacimiento de un varón, que el de una mujer), donde los vecinos están pendientes de su desenlace, el parto se produce en un ambiente íntimo, familiar donde la mujer está sola o las más de las veces acompañada por el marido y en menos ocasiones por la madre, la suegra o el partero o partera que están pendientes de ella, en cambio en los servicios de salud la mujer está sola durante el trabajo de parto, muchas veces cuando pide ayuda nadie acude a su lado y el periodo expulsivo del parto se constituye en un acto casi público, donde la mujer está descubierta, rodeada de personas extrañas para ella y que la tratan en forma impersonal.

En relación a las características que debe tener el ambiente para la atención del parto, el choque se produce porque de acuerdo al sistema tradicional, el ambiente apropiado para la atención del parto es un ambiente íntimo, cálido y poco iluminado, con pocas corrientes de aire, concepción que contrasta con las salas de parto de los servicios, que son generalmente ambientes muy iluminados y por lo general frías.

Otro choque que se identifica es el relacionado a la vestimenta que debe usar la embarazada durante el trabajo de parto y el parto, en el sistema tradicional tiene que estar abrigada con mucha ropa para facilitar la expulsión del niño, la placenta y la sangre que en este periodo debe eliminarse, en el sistema formal se concibe que debe estar ligeramente vestida, por lo que las mujeres que han tenido su parto en los servicios se quejan principalmente del frío que han sentido.

Otro choque que se identifica es el relacionado con la posición de la embarazada, en el sistema tradicional, durante el trabajo de parto debe estar caminando continuamente dentro de la habitación, la posición de la mujer para la atención del parto es de cuclillas o sentada, procurando mantener la posición vertical que favorece la expulsión del niño, y por el contrario durante los primeros días del puerperio debe estar en posición horizontal, acostada en su cama, con almohada y la cintura ceñida con el chumpi para evitar la subida de la magre; y bien abrigada para facilitar la eliminación de la sangre acumulada durante el embarazo.

En el sistema formal, habitualmente durante el trabajo de parto la mujer permanece en posición horizontal, acostada en las camas de parto, posición horizontal que se mantiene durante el periodo expulsivo en las mesas de parto donde se las coloca en posición ginecológica, lo que de acuerdo a la concepción quechua dificulta la expulsión del niño, en cambio en el puerperio inmediato se les indican que caminen, muchas veces salen de las salas de parto caminando. Se les indican también que se bañen cuando de acuerdo al sistema tradicional no deben manejar agua durante los primeros días.

Otro choque que se identifica es el relativo al manejo de la placenta, de acuerdo al sistema tradicional, la placenta debe ser enterrada en un lugar de la casa donde exista sombra, unas veces solo la placenta y en otras oportunidades con algunos objetos que van a marcar el destino del niño, este es un ritual muy importante, porque va a influir en el futuro del niño, si no se la entierra, el niño o niña puede abandonar la casa o ser un ingrato o ingrata con la familia, si no se la entierra en un lugar adecuado puede presentar cuadros de diarrea. recurrente en cambio en el sistema formal no tiene ningún simbolismo y la placenta es echada en la basura, esta actitud causa mucha preocupación e incertidumbre en la mujer y sus familiares sobre el futuro del niño, al no saber que ha pasado con la placenta, en raras oportunidades se entrega la placenta a los familiares de la mujer cuando así lo solicitan.

Existe también un choque en la atención inmediata que se brinda al recién nacido, en el sistema tradicional, lo bañan inmediatamente, el estudio no ha profundizado sobre si toman algunas medidas para evitar el enfriamiento del niño, en cambio en el sistema formal, no lo bañan inmediatamente solo limpian su cuerpo con sustancias aceitosas.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Los conocimientos actitudes y practicas que están en armonía, como el reconocimiento de la importancia del control prenatal y su relación con el bienestar de la madre y el niño, así como el conocimiento que tienen sobre las complicaciones que pueden presentarse durante el embarazo parto y puerperio y de que estas pueden ser resueltas favorablemente en los servicios de salud podrían influir positivamente en la predisposición para la utilización de los servicios, sin embargo las percepciones actitudes y practicas que están aisladas o en contraposición en los dos sistemas como el trato interpersonal inadecuado de parte del personal de salud para con las usuarias, restringen la predisposición que podrían tener las mujeres para acudir a los servicios de salud para la atención del embarazo parto y puerperio.

Las mujeres si bien valoran la capacidad técnica del personal de salud para resolver casos complicados, valoran más el trato que reciben de este personal, el trato no personalizado y el no respeto a sus costumbres las desmotiva para acudir a los Servicios de Salud, esto explica el hecho de que a pesar de reconocer que en el hospital se pueden solucionar favorablemente las complicaciones obstétricas, no acuden al mismo por el temor que sienten a no recibir un trato adecuado por parte del personal de salud. Por el contrario, el trato humano y el respeto a sus costumbres que les brinda algún personal de salud, las incentiva para acudir a los Servicios, esto explica el hecho de que prefieran ser atendidas en una posta de salud a cargo de un auxiliar de enfermería y no en el hospital de Zudañez que cuenta con enfermeras, médicos generales y especialista.

El hecho de que ninguna de las participantes haya identificado como una barrera para demandar los servicios el factor económico, implicaría que conocen la gratuidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio que actualmente existe por la cobertura del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), aunque no lo nombren específicamente, este hecho podría incidir

positivamente en su capacidad para utilizar los servicios, sin embargo la demanda no se ha incrementado como se esperaba.

Si bien el embarazo y el parto no son enfermedades, para fines del estudio tomamos como causa inmediata que determina la utilización del servicio, en este sentido si bien identifican como una necesidad el control prenatal no todas asisten al mismo o si lo hacen es sólo cuando se sienten que están mal o lo hacen sólo para confirmar el embarazo y saber como está el niño, especialmente porque no están de acuerdo con la forma en que se realizan estos controles en los servicios de salud.

En relación al parto, si bien reconocen que existe la posibilidad de resolver los casos complicados en el Servicio de Salud, no asisten al mismo, porque pesa más en la decisión de ellas el trato discriminatorio que reciben por parte del personal, el no respeto a sus costumbres y el temor y la vergüenza al examen ginecológico y otros procedimientos que rutinariamente se practican en los servicios y que habitualmente nadie les explica, esto gravita en su decisión de no acudir al hospital, a pesar de reconocer que en el mismo se pueden solucionar favorablemente las complicaciones obstétricas, por el temor que sienten a no recibir un trato adecuado por parte del personal de salud. Por el contrario, el trato humano y el respeto a sus costumbres que les brinda algún personal de salud, las incentiva para acudir a los Servicios, esto explica el hecho de que prefieran ser atendidas en una posta de salud (Parajiti) a cargo de un auxiliar de enfermería y no en el hospital de Zudañez que cuenta con enfermeras, médicos generales y especialista.

Pese a reconocer que los servicios tienen mayor capacidad resolutive, prefieren tener sus hijos en su casa, atendidas por su marido, familiares o por el o la partera, porque se sienten más seguras y sobre todo, por que saben lo que va a pasar, qué pasos tienen que seguir y no tienen incertidumbre ante lo desconocido, como sucede cuando asisten a un Servicio de Salud.

En relación al rol de género en el proceso del embarazo, parto y puerperio, se evidencia de que existe una subordinación de la mujer en relación al varón, es el marido quien decide si la mujer asiste o no al control prenatal, es el quien habitualmente atiende el parto y decide cuándo y dónde acudir en caso de presentarse complicaciones.

Finalmente, podemos concluir diciendo que las mujeres de Zudañez, en su mayoría de origen quechua tienen percepciones, sentimientos, conocimientos, actitudes y prácticas relativas al embarazo, parto y puerperio que corresponden a una visión del mundo asociada a conceptos holísticos y a su etnofisiología, Estos conceptos son significativamente distintos a las consideraciones técnico-clínicas del personal de salud; muchas de estas costumbres tradicionales son inocuas o beneficiosas para la salud. Ellas identifican como las principales causas para no demandar los servicios para la atención del embarazo, parto y puerperio la falta de respeto a su cultura y tradiciones, el tipo de atención que reciben y que en muchos casos chocan con su visión sobre la forma de atención estos procesos. La separación cultural entre la visión bio-médica de los prestadores de salud y las visiones tradicionales sobre embarazo y maternidad entre las mujeres de Zudañez genera un sentimiento de desconfianza entre las madres y sus familias y desalienta la demanda de los servicios de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio.

5.2. RECOMENDACIONES

Una vez identificadas las áreas en que los sistemas de salud formal y tradicional se encuentran en armonía, aislados o contrapuestos, se deben procurar estrategias que podrían contribuir a disminuir las áreas de aislamiento y choque y aumentar las de armonía, en medida en que se logre en que sean cada vez más las áreas de armonía y disminuyan las de aislamiento y choque, se podrá lograr un mayor acceso de las mujeres de Zudañez a los servicios de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio.

Se debería promover el análisis comunitario de casos de muerte materna, para poder demostrar que no es un hecho natural que las mujeres mueran por complicaciones obstétricas; que por el contrario, estos hechos no se pueden aceptar en estos días y que la mayoría de las muertes maternas son muertes evitables, partiendo del reconocimiento de los signos de peligro, la decisión oportuna de pedir ayuda y la resolución oportuna de los casos complicados.

Los servicios de salud deben desarrollar modelos de atención con enfoque intercultural, basados en el respeto a las prácticas, usos y costumbres de las mujeres que no afectan su salud y que pueden viabilizar su acceso a los servicios de salud institucionales.

Al sugerir cambios en el personal de salud, se debe tener en cuenta que ellos han recibido una formación universitaria con enfoque occidental y que para proponerles que cambien de actitud se tendrá que mostrarles el sustento científico de los cambios que se proponen (medicina basada en la evidencia), para que acepten como algo que tiene su razón de ser y no como algo impuesto sin fundamento

La principal causa para que existan áreas donde los dos sistemas se encuentran aislados, se debe a la falta de comunicación entre ambos, así por ejemplo en lo relacionado con la alimentación ambos reconocen la importancia de una buena alimentación sin embargo se encuentran aislado en cuanto al tipo de alimentos y el momento en que deben ser consumidos, el personal de salud antes de recomendar que alimentos deben consumir deberán percatarse de que esos alimentos existan en la comunidad y sean accesibles para las embarazadas, o buscar otras alternativas en caso de no estar disponibles, así mismo tendrían que conversar con las embarazadas para saber cuales son alimentos cálidos o frescos de acuerdo a su percepción, para que dentro de estos puedan recomendarles, cuáles son los más apropiados para ellas.

El personal de los servicios de salud debería tomar en cuenta que es natural de que una mujer que ha estado muchas horas en trabajo de parto, donde ha ingerido pocos alimentos sienta hambre después del mismo, motivo por el que en los servicios de salud deberían disponer de que se ofrezca rutinariamente a las mujeres un alimento caliente inmediatamente después del parto, de acuerdo a lo que ellas acostumbran a consumir en su comunidad en esa ocasión especial.

-

Antes de proceder al control prenatal, el personal de salud debería explicar a la embarazada y su acompañante en caso de que lo tuviera, que procedimientos se van a realizar y cual la razón de cada uno de ellos, decirles por que es necesario pesarles, controlarles los signos vitales incluyendo el control del pulso, medirles la altura uterina, palpar el abdomen, etc, valiéndose incluso de afiches o laminas que favorezcan la comunicación.

El personal de salud debería reconocer el papel principal y activo que juega el marido durante el embarazo y el parto, y permitir que el permanezca al lado de la mujer durante el control prenatal, el trabajo de parto, en la sala de partos y durante el puerperio inmediato, especialmente la noche del día del parto velando su sueño, cuidando de ella, este hecho hará que la mujer se sienta protegida y por otro lado permitirá un mejor interrelacioamiento entre el padre, la madre y el recién nacido.

Adecuar los ambientes de los servicios de salud donde se atienden los partos normales, de manera que estos respondan a las expectativas de las mujeres, que sean ambientes cálidos, sin mucha corriente de aire donde la mujer se sienta cómoda, mejor si esta acompañada por su marido o la persona que ella elija.

Al igual que en el control prenatal, antes de atender el parto, el personal debe explicar a la embarazada los procedimientos que van a seguir y la razón de cada uno de ellos, igualmente en los casos en que se presenten

complicaciones, esta actitud hará que la mujer se sienta mas segura y disminuirá su temor ante lo desconocido.

Permitir que la mujer se movilice durante el trabajo de parto, siempre y cuando no existan condiciones que obliguen a que permanezca acostada, atender el parto en la posición que la mujer elija, siempre y cuando se trate de un parto normal, las condiciones del niño sean buenas y no se ponga en riesgo la salud de la madre y el niño.

Aceptar que en el puerperio inmediato, la mujer permanezca acostada, con almohada, permitirle así mismo el uso del pañuelo en la cabeza y del chumpi en la cintura, son prácticas que no van a afectar a la salud de la mujer ni interferir en el tratamiento que debe recibir, pero que sí le va a permitir no sentir temor y confiar en el servicio porque apreciará que en el mismo se esta respetando sus costumbres.

Permitir que durante el trabajo de parto y parto la mujer este abrigada, cuidando de la limpieza de la ropa que pueda usar y de que esta no interfiera con los procedimientos que se tengan que realizar.

Tomando en cuenta la gran importancia que en el sistema tradicional tiene el manejo de la placenta, en los servicios de salud se debería entregar la placenta a los familiares de manera rutinaria, y no hacerlo sólo cuando ellos la reclamen.

Rescatar y difundir las experiencias exitosas que facilitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud, como la práctica que realiza el auxiliar de Parajti combinando la medicina tradicional con la occidental en el control prenatal y atención del parto y puerperio.

Establecer mecanismos de comunicación entre el personal de salud y la comunidad que permita un mayor acercamiento entre los dos sistemas, que las

mujeres puedan hacer conocer a los proveedores de salud cuales son las expectativas que tienen y como quisieran ser atendidas, para que en base al dialogo y negociación local se puedan ir incorporando ciertas practicas tradicionales consideradas inocuas o beneficiosas para la salud de la mujer a la practica institucional de los servicios, para permitir un mejor acceso y aceptación de la comunidad, situación que puede ser aprovechada para que el personal de salud pueda llevar adelante estrategias de información y comunicación sobre el cuidado de la salud materna, la importancia del reconocimiento referencia y atención oportuna de las complicaciones obstétricas y otros temas, teniendo cuidado de que esta información no llegue solamente a la mujer sino a la familia y especialmente al marido, por el rol activo que este juega en la atención del embarazo, parto y puerperio.

BIBLIOGRAFÍA

Barrantes Echevarría, Rodrigo. *Investigación. Un camino al conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo.* , Nuevo Sol, México 2001

Breilh, Jaime. *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación.* Ecuador, CEAS, 1997.

C.I.A.E.S. *Maternidad Tradicional. Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo.* Cochabamba - Bolivia, Julio 1991.

Debus, Mary. *Manual para excelencia en las investigaciones mediante grupos focales.* Washington, USAID, 1986.

Debus, Mary. *Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales.* Washington DC, PORTER NOVELLI, 2003.

Dulón Rosario, Sergio Aparicio e Irma Vedia. *Qharikunaj–Warmikunaj.* Sucre, PROAGRO,1996.

Galindo Cáceres, Jesús. *Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación.* México, Addison Wesley Logman,1998.

GS. Grupo de Solidaridad de El Alto. *Hagamos un Nuevo Trato.* La Paz, hisbol,1994.

Gutiérrez, S Mario, Elizabeth Vargas S. *Salud Materna e Infantil en el Departamento de Chuquisaca 1998.* Sucre, 1998.

INE/MDSP/COSUDE. *Atlas Estadístico de Municipio 1997.*

INE/UNFPA/CELADE. *Características Demográficas de la población de Bolivia 1997*. Bolivia, 1997.

INE/UNFPA, Bolivia: *Factores Socioeconómicos de Riesgo de muerte en la niñez 1997*.

Instituto Nacional de Estadística (INE). *Censo Nacional de Población y vivienda 2001*, Bolivia, 2002

Instituto Nacional de Estadística (INE). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994*. Bolivia, 1994.

Instituto Nacional de Estadística (INE). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998*. Bolivia, 1998.

Lu Annn Aday y Ronald Andersen, “ Marco teórico para el acceso a la atención médica” en *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología*, editado por Kerr L. White, Washington.D.C, 1980

Medina, Javier. *Repensar Bolivia, Cicatrices de un viaje hacia sí mismo 1972 – 1992*, La Paz, Hisbol, 1993.

Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Planificación Estratégica y Participación Popular, Dirección General de Planificación y Ordenamiento Territorial, Unidad de políticas de Población Investigación y Análisis, *Aspectos de la población en Bolivia*, La Paz, Bolivia, diciembre 2000.

Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud. *Diagnóstico cualitativo de la atención en Salud reproductiva en Bolivia*. Bolivia, 1997.

Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Planificación Estratégica y Participación Popular, Proyecto de Inversión Rural Participativa PDCR Plan de Desarrollo Municipal de Zudañez, Diagnóstico Municipal de Zudañez, Fundación CEIBO, Sucre diciembre 2000

Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud. *Resultados de Gestión 1993-1997*. Bolivia, 1997.

Ministerio de Salud y Previsión Social, *Plan Vida*, La Paz - Bolivia 1993

Ministerio de Salud y Previsión Social. *Informe de Gestión 1997-2002*. Bolivia, 2002.

Ministerio de Salud y Previsión Social. *Estadísticas de Salud Bolivia SNIS*. Bolivia, 2000.

Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Planificación Estratégica y Participación Popular, Proyecto de Inversión Rural Participativa PDCR *Plan de Desarrollo Municipal de Zudañez, Diagnóstico Municipal de Zudañez*, Fundación CEIBO, Sucre diciembre 2000

Mother Care Bolivia. *Estudio de línea de base en salud materna y perinatal*. La Paz - Bolivia, 1998.

Mother Care Matters. *Indicadores de una Maternidad sin Riesgo. Lecciones aprendidas para medir el progreso*. Mayo 1999.

OMNI/USAID, *Conocimientos, actitudes y prácticas de las embarazadas en relación a sus embarazos, el problema de las anemias, sus consecuencias y sus métodos de control*, La Paz - Bolivia, junio 1997,

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia*. 1996.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *México y Bolivia: una experiencia en el trabajo con parteras tradicionales*. 1994.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Investigaciones Sobre Servicios de salud: Una Antología*. Washington DC, 1992.

Prodiversitas-*Los Quechuas 1993*

<http://www.prodiversitas.bioetica.org/back.htm>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Sinopsis Informe de Desarrollo Humano en Bolivia 2002*.

Rivera Cusicanqui, Silvia y otros, *Ser mujer indígena, chola o birlocha en la Bolivia postcolonial de los años 90*. La Paz, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales, Subsecretaría de Asuntos de Género, 1996.

Roblin de Pareja, Jacqueline, Joroslava Z. de Ballón. *Concepción de Sexualidad en Cerro Verde y Valle Alto de Cochabamba*. Cochabamba, J. V., Cochabamba – Bolivia 1995

Seoane Flores Guillermo, Verónica Kaune Moreno, Julio Córdova Villazón. *Diagnóstico: Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales*. La Paz Bolivia, Mother Care y Marketing S.R.L septiembre 1996.

Servicio Departamental de Salud Chuquisaca, Área de Análisis de Situación de Salud, *ASIS Chuquisaca 2003*, Sucre 2003

UDAPSO–PNUD, Proyecto PNUD BOL/ 94/002, Rep. Korpeta Sirka, Haquim David. *Índices de Desarrollo Humano y otros indicadores sociales en 311 municipios de Bolivia.*

Velasco Carmen, Claudia De La Quintana y Gretzel Jove. *Salud Reproductiva en población migrante.* La Paz-Bolivia, PRO MUJER. La Paz – Bolivia, 1996,

ANEXO N°1
GUIA GRUPO FOCAL

Conocimientos actitudes y practicas de las mujeres de Zudañez sobre el embarazo, parto y puerperio.

1. ¿Que consideran ustedes que es lo mas importante en la vida de una mujer?
2. ¿Cómo supieron que estaban embarazadas? ¿Pueden describir los cambios que notaron o sintieron?
3. ¿Cuando están embarazadas, siguen con los quehaceres habituales o dejan de hacer algo?
4. ¿Sienten que alguien las apoya en este periodo? ¿Quién o quienes?
5. ¿Qué comen cuando están embarazadas? ¿Consideran ustedes que es importante recibir una buena alimentación durante el embarazo? ¿Por qué?
6. ¿Usan ropa especial durante el embarazo? ¿Qué características tiene esa ropa?
7. ¿Como se cuidan cuando están embarazadas?
8. ¿Consideran que es necesario hacerse controlar cuando están embarazadas? ¿Por qué?
9. ¿Qué hacen cuando empiezan las contracciones del trabajo de parto o sienten que el momento se aproxima? ¿Tienen algunos temores o quizás inquietudes con relación al parto?
10. ¿Cómo se atiende el parto en la casa?
11. ¿Qué hacen habitualmente después del parto?
12. ¿Conocen que complicaciones pueden presentarse durante el embarazo, parto y puerperio? ¿A dónde recurren?

Percepción y sentimientos de las mujeres de Zudañez sobre la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud.

13. Si se han atendido en un servicio de salud ¿Qué es lo que más les ha gustado? ¿Qué es lo que más les ha molestado?

Motivos por los cuales las embarazadas no acuden a los servicios de salud para la atención del embarazo parto y puerperio.

14. ¿Quién prefieren que les haga control prenatal? ¿El personal de salud o la partera? ¿Por que? ¿Existe diferencia en la forma de atención?
15. ¿Dónde prefieren tener su parto? ¿En los servicios de salud o en sus domicilios? ¿Por qué?
16. ¿Les cobran en los servicios de salud por el control prenatal o la atención del parto?

ANEXO N° 2

CODIGOS ASIGNADOS A LAS PARTICIPANTES EN LOS GRUPOS FOCALES

GRUPO FOCAL 1

25,S,2	Mujer de 25 años, soltera, dos hijos
30,CC,4	Mujer de 30 años, concubina, cuatro hijos
25,C,2	Mujer de 25 años, casada, dos hijos
42,C,6	Mujer de 42 años, casada, seis hijos
50,C,9	Mujer de 50 años, casada, nueve hijos
36,CC,6	Mujer de 36 años, concubina, seis hijos
22,C,1	Mujer de 22 años, casada, un hijo
22,S,1	Mujer de 22 años, soltera, un hijo
22,C,1	Mujer de 22 años, casada, un hijo
41,C,5	Mujer de 41 años, casada, un hijo
30,C,5	Mujer de 30 años, casada, cinco hijos

GRUPO FOCAL 2

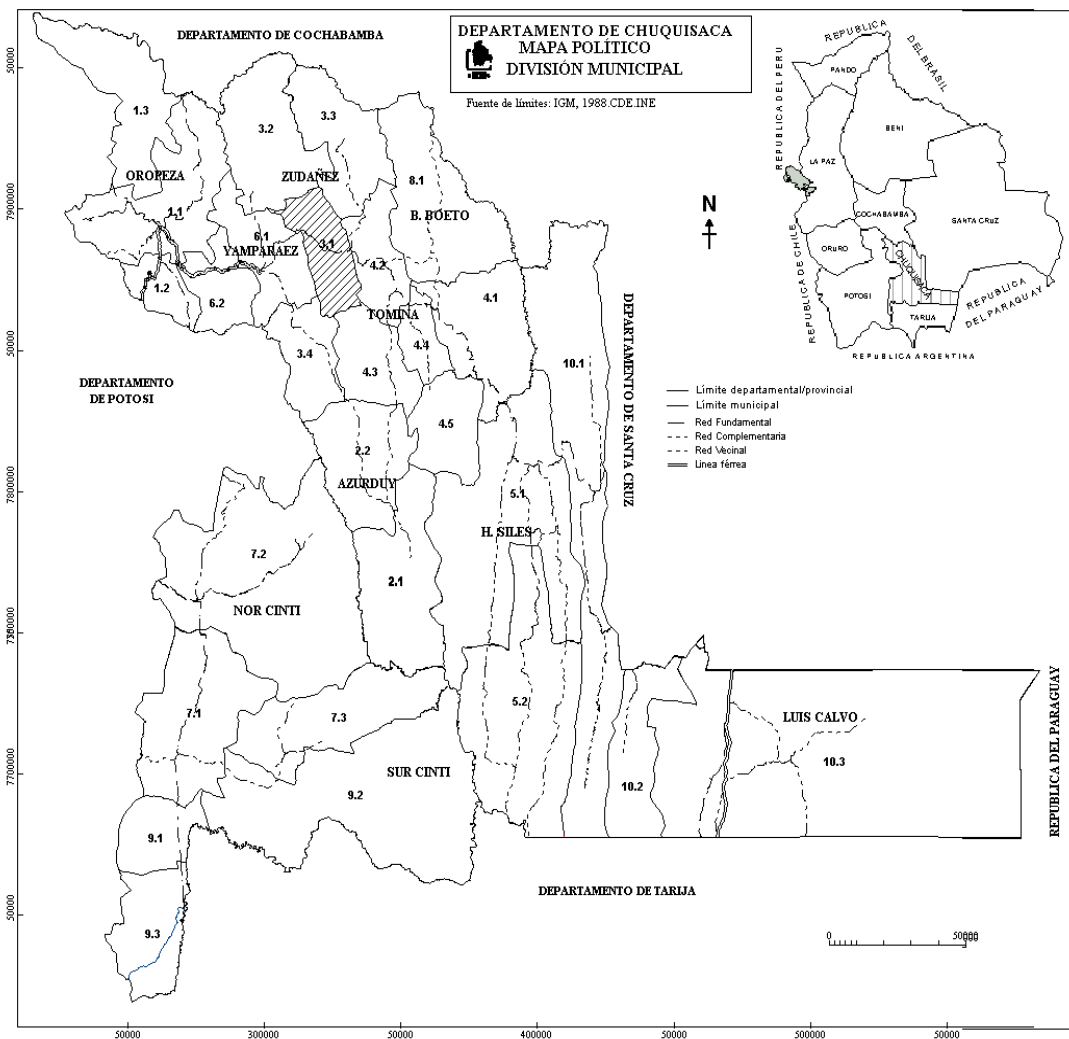
29,S,1	Mujer de 22 años, soltera, un hijo
31,CC,2	Mujer de 31 años, concubina, dos hijos
19,S,1	Mujer de 19 años, soltera, un hijo
38,C,7	Mujer de 38 años, casada, siete hijos
20,CC,1	Mujer de 20 años, concubina, un hijo
43,C,5	Mujer de 43 años, casada, cinco hijos
38,C,5	Mujer de 38 años, casada, cinco hijos
49,V,4	Mujer de 49 años, viuda, cuatro hijos
23,C,3	Mujer de 23 años, casada, tres hijos
38,C,5	Mujer de 38 años, casada, cinco hijos

GRUPO FOCAL 3

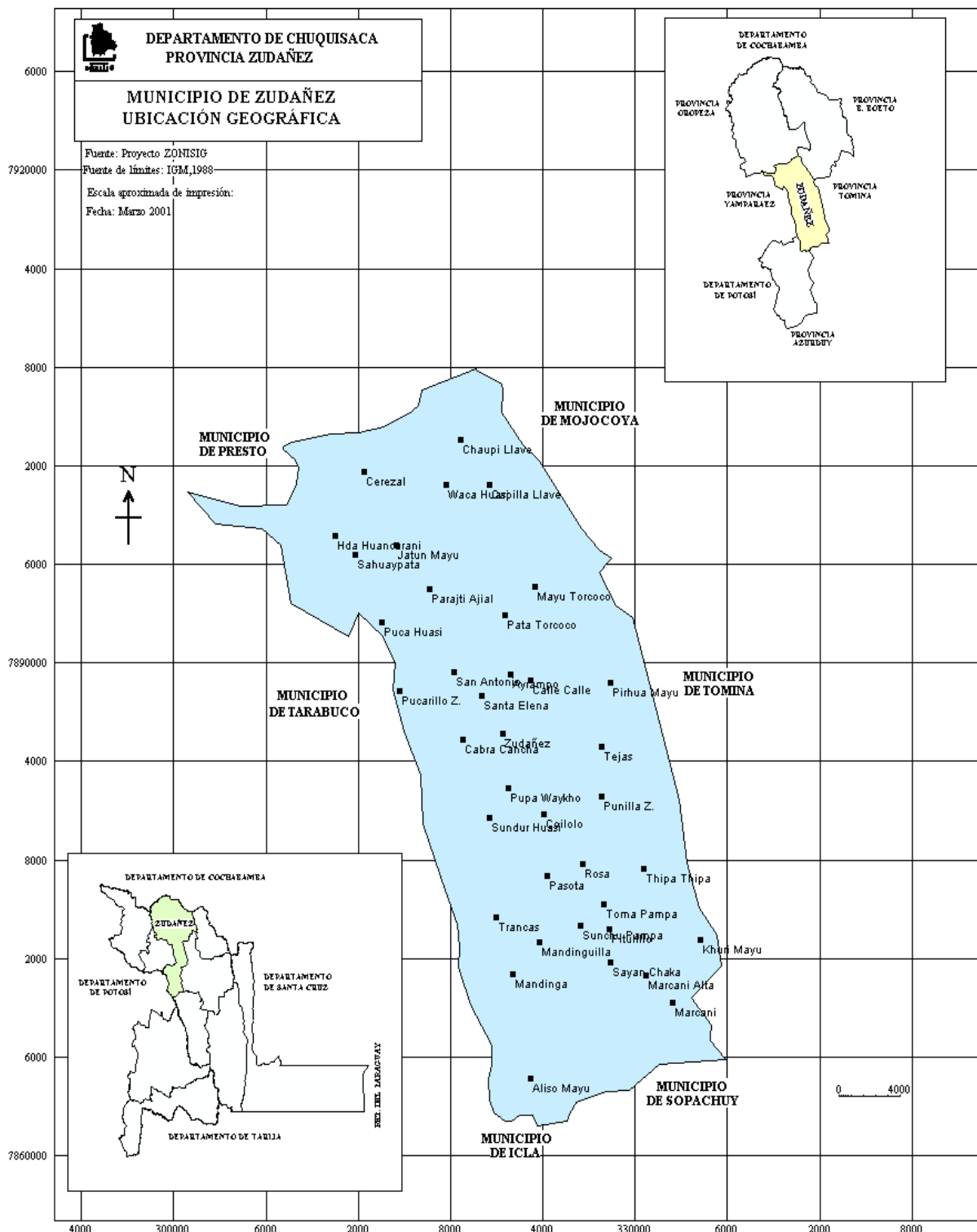
35,C.4	Mujer de 35 años, casada, cuatro hijos.
22,C,2	Mujer de 22 años, casada, dos hijos.

28,CC,1	Mujer de 28 años, concubina, un hijo
38,C,6	Mujer de 38 años, casada, seis hijos
40,C,7	Mujer de 40 años, casada, siete hijos
22,CC,3	Mujer de 22 años, concubina, tres hijos
18,S,1	Mujer de 18 años, soltera, un hijo
31,C,3	Mujer de 31 años, casada, tres hijos
22,C,2	Mujer de 22 años, casada, dos hijos
27,CC,4	Mujer de 27 años, concubina, cuatro hijos

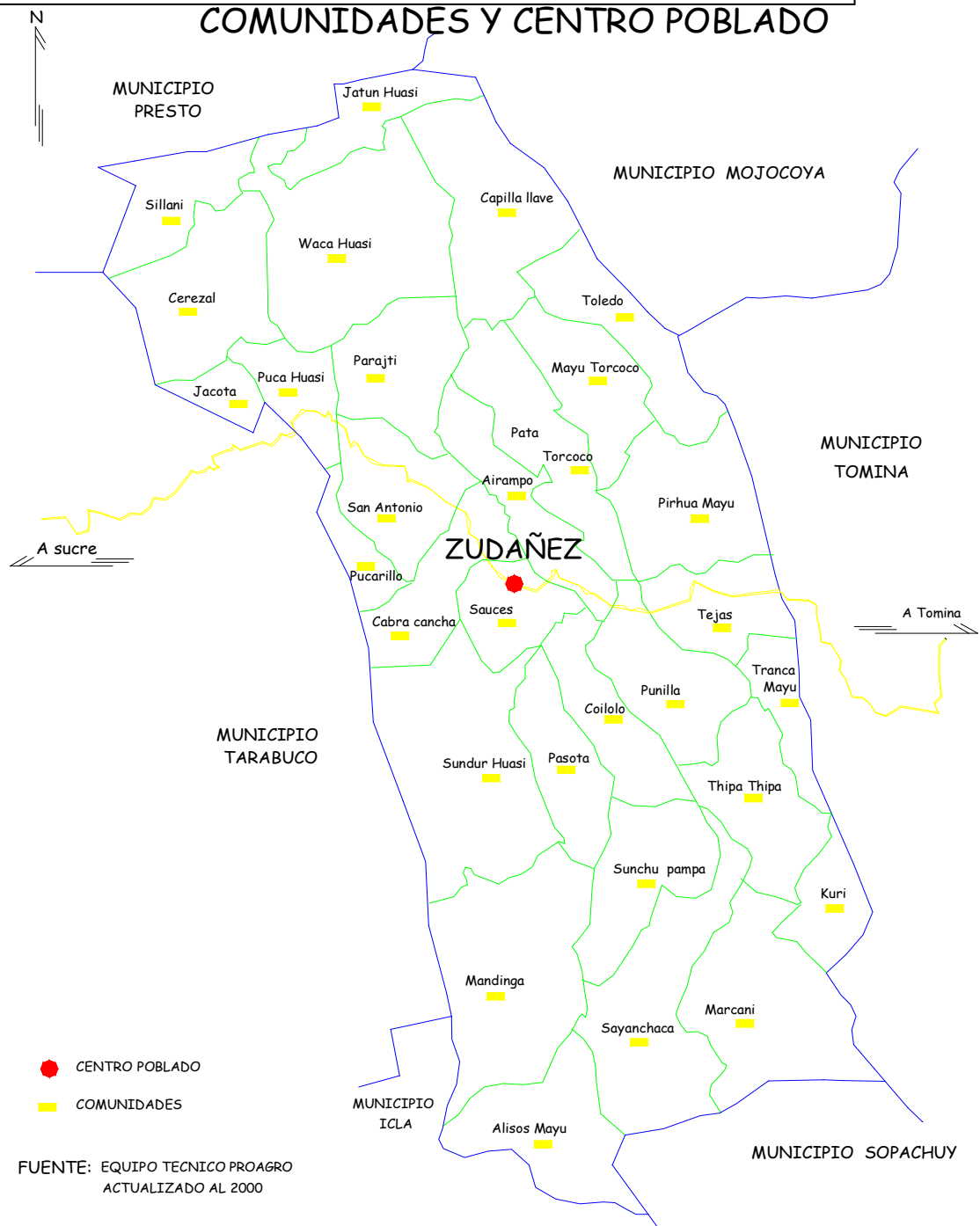
ANEXO N° 3 MAPA N° 1 DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA, MAPA POLÍTICO



ANEXO 4 MAPA N° 2 MUNICIPIO DE ZUDAÑEZ, UBICACIÓN GEOGRÁFICA

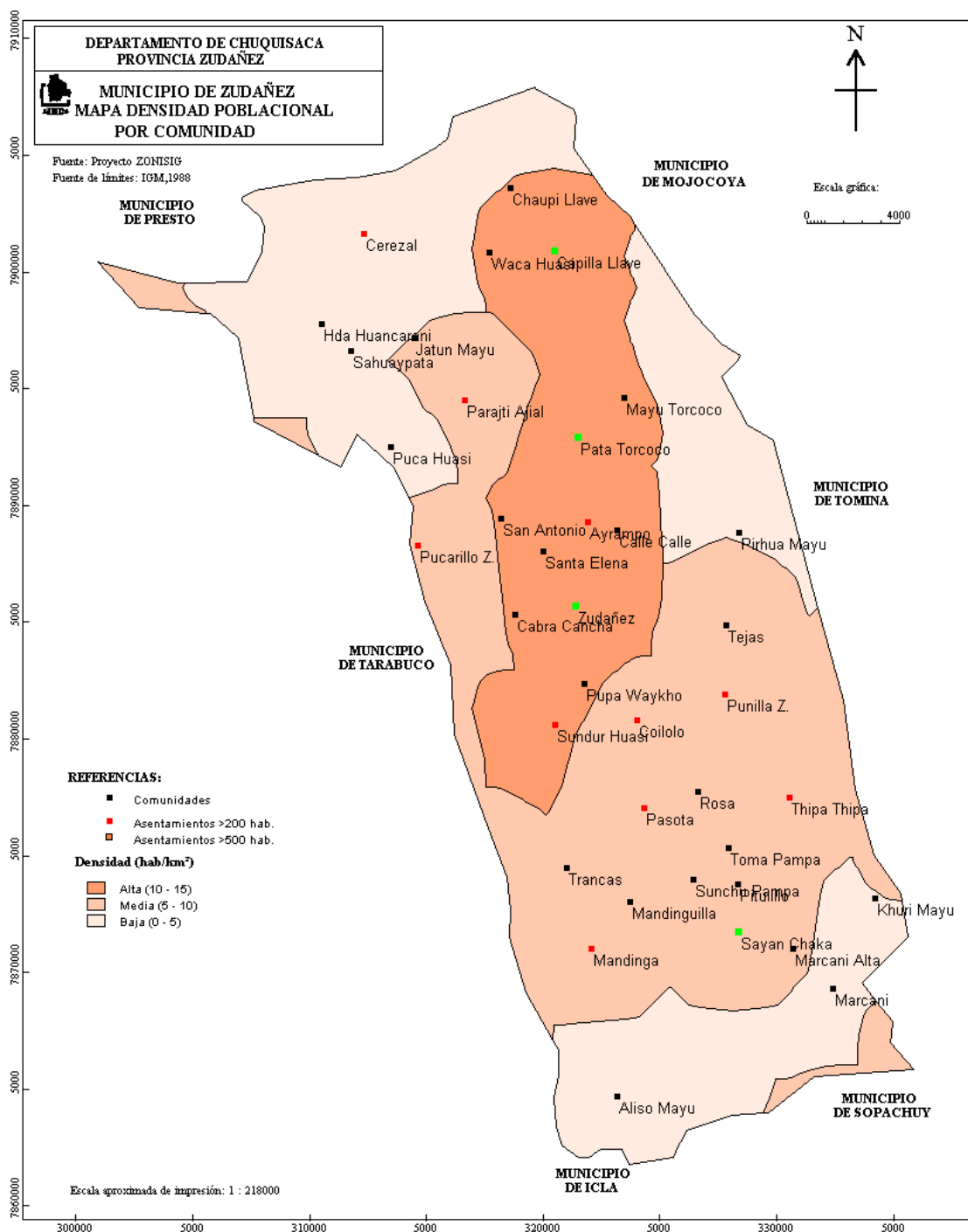


ANEXO 5 MAPA N°3 COMUNIDADES Y CENTROS POBLADOS

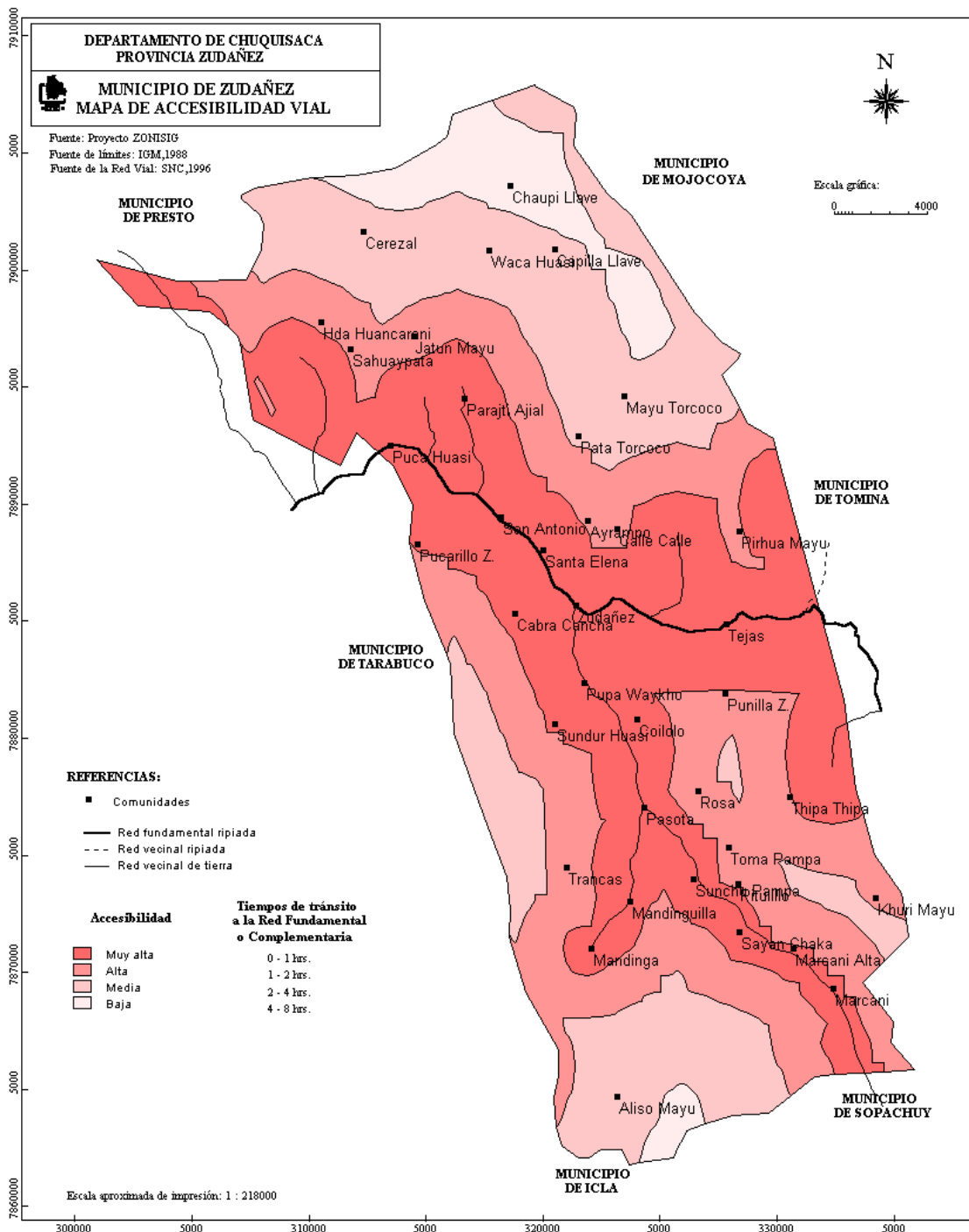


ANEXO N° 6

MAPA N° 4 : MAPA DENSIDAD POBLACIONAL POR COMUNIDAD

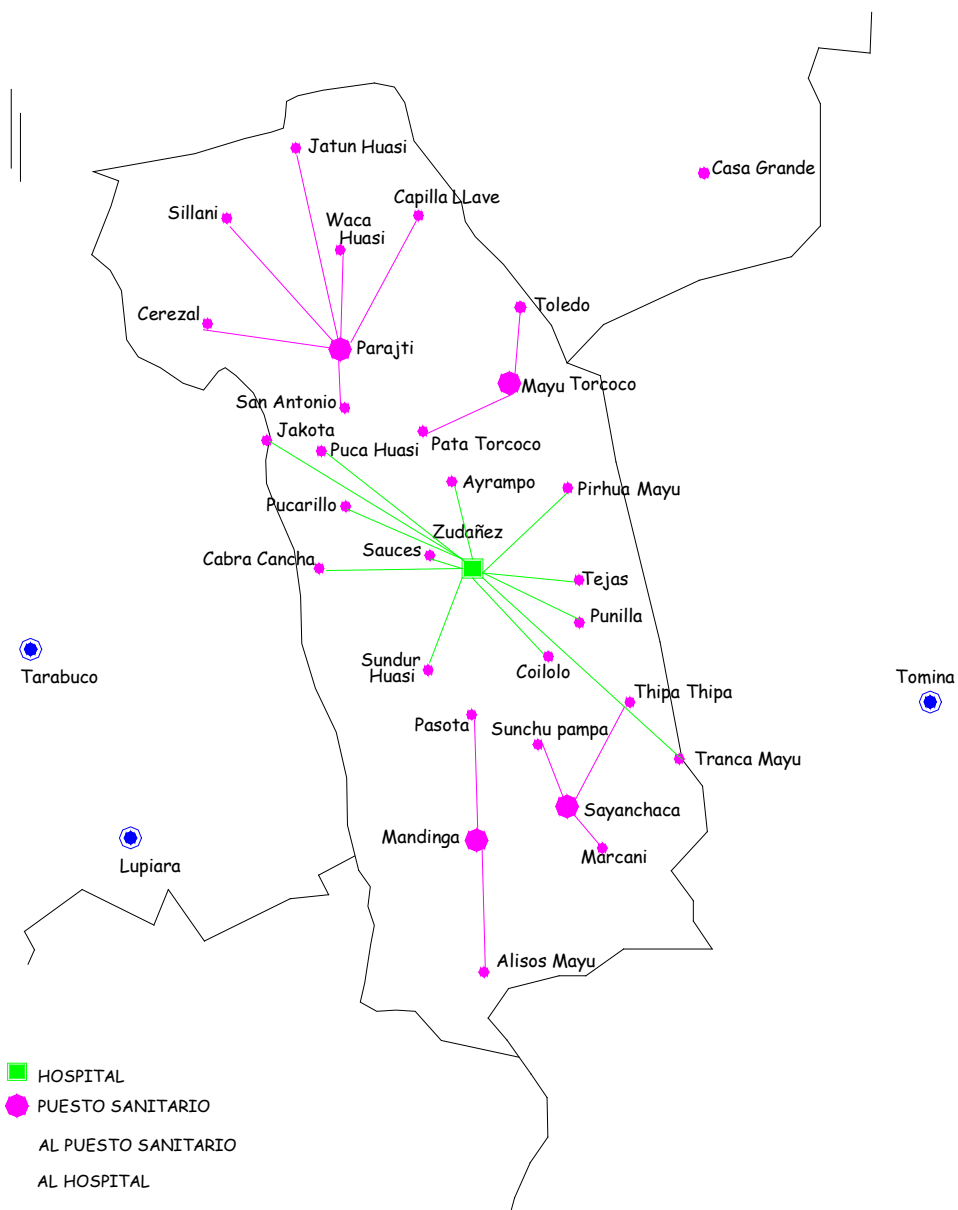


ANEXO N° 7 MAPA N° 5 MAPA DE ACCESIBILIDAD VIAL



**ANEXO N° 8
MAPA N° 6: RED DE SERVICIOS**

MAPA DE SALUD



ANEXO N° 9

VISTA PANORÁMICA DE LA LOCALIDAD DE ZUDAÑEZ



Fuente: PROAGRO

ANEXO Nº 10**FACHADA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE ZUDAÑEZ****AMBULANCIA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE ZUDAÑEZ**

ANEXO Nº 11
HOSPITAL SAN JORGE DE ZUDAÑEZ
SALA DE PARTOS



INCUBADORA DEL HOSPITAL SAN JORGE DE ZUDAÑEZ

