

MODELO DE ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN CULTURAL

MODELO DE ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN CULTURAL

ANTECEDENTES

La intervención se llevó a cabo en el poblado de San José de Secce y las comunidades de Oqopeqa, Punkumarqari, Sañuq y Laupay, ubicadas en el distrito de San José de Santillana, provincia de Huanta, en Ayacucho. Se trata de una zona andina, con una geografía heterogénea en la que se combinan valles y cumbres de hasta 4000 msnm¹.

La población del distrito, de acuerdo al Censo de 1993, es de 6158 personas, siendo el índice de masculinidad de 0.82. La población rural es siete veces más grande que la urbana y, según los padrones comunales, el número de hombres y mujeres (beneficiarios) en edad fértil en las comunidades de intervención que describimos², asciende a 759 personas.

Las comunidades se encuentran dispersas entre sí y las vías de acceso son limitadas, por ello, los pobladores se desplazan generalmente a pie. Al inicio de la intervención, el transporte público fue muy restringido (sólo una vez a la semana desde la capital del distrito a algunas comunidades)³.

Según el Mapa de la Pobreza en el Perú⁴, Santillana se ubica como distrito en extrema pobreza. Su principal actividad económica está basada fundamental en la producción agropecuaria, pero para el autoconsumo y acompañada de trueques o comercialización de animales en pequeña escala. La pobreza extrema es una característica transversal a todas las comunidades intervenidas, y una de las razones sería el proceso de violencia política que afectó significativamente la zona. La población campesina andina se refiere a esta, como una época de "*sasachacuy*", es decir, un período de extrema dificultad para el hombre en todos los sentidos⁵. Las condiciones de vida se volvieron más precarias y la desconfianza entre los pobladores de las comunidades y en sus relaciones con el Estado se agudizó⁶. El desplazamiento se masificó, convirtiendo a San José de Secce en destino de muchos pobladores de las comunidades cercanas.

En la marginación y exclusión que sufren los pobladores de estas zonas, influyen factores geográficos, económicos y especialmente socioculturales. La presencia del Estado es débil y estaba deslegitimada, incluso antes del inicio de la violencia política.

Con respecto a la educación, su acceso es limitado, especialmente para las mujeres, que presentan una tasa de analfabetismo diez veces mayor al de los hombres. Este dato también evidencia los patrones de discriminación hacia las mujeres, quienes tienen restringida su capacidad de acceder a la educación, a la salud, al trabajo y a la toma de decisiones.

¹ Salud Sin Límites "Informe de la investigación inicial del Proyecto de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva culturalmente adecuados en comunidades afectadas por la violencia en Ayacucho" (2000)

² *Ibidem*

³ *Ibidem*

⁴ <http://ctarayacucho.sitioperu.com/planestrategico/dmapapobreza.htm>

⁵ Salud Sin Límites (2000) *Op cit*

⁶ Comisión de la Verdad y Reconciliación del Perú. Informe Final. Lima. (2003)

En el tema de la salud, las barreras para el acceso a los servicios son múltiples: distancia del establecimiento, imposibilidad de pagar el transporte o la atención, insuficiente personal de salud y equipos, y resistencia de la población a acudir a servicios de salud. Esta resistencia tiene como uno de sus orígenes, el desencuentro entre la oferta de los servicios de salud y las expectativas culturales de los pobladores. La manera de entender la salud y la enfermedad y, por lo tanto, sus formas de prevenir y curar, son particulares a cada cultura. Los servicios de salud ofrecidos por el Estado no consideraban estas diferencias, por lo que la población llegó a desconfiar de la capacidad del personal, de los servicios, y a percibir como incómodo o riesgoso el acercarse a un establecimiento de salud.

En 1998, un estudio del Ministerio de Salud (MINSA) identificó algunas prácticas tradicionales que podían ser incorporadas a sus servicios. Así mismo, concluyó que "el núcleo del problema no está en la baja demanda de atención institucional del parto, sino en la relación entre dos sistemas culturales y obstétricos diferentes y muchas veces contrapuestos, relación problemática que debe ser cuidadosamente revisada y manejada por el Ministerio de Salud. En dicho proceso será conveniente mejorar, profundizar y desarrollar los puntos de encuentro ya existentes entre ambos sistemas"⁷. Algunas de estas iniciativas se desarrollaron en Puno, Apurímac, Cajamarca y San Martín.

En este contexto, Santillana se ubicaba como uno de los distritos con más altas tasas de mortalidad materna en Ayacucho. La combinación de características como lo rural, el analfabetismo⁸, las resistencias culturales para el seguimiento del embarazo y la atención del parto, así como la limitada posibilidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud, influían en la continuidad de este problema.

Entre 1997 y 1998, Salud Sin Límites implementó proyectos orientados a fortalecer capacidades en agentes comunitarios de salud, para que puedan cumplir su rol de apoyo a los establecimientos del sector y sean el nexo entre las comunidades y el sistema. Se desarrollaron actividades preventivo-promocionales, se implementaron espacios para la atención de la salud en las comunidades, se promovió la medicina tradicional y se capacitó a los agentes comunitarios. Este trabajo permitió establecer vínculos de confianza con las comunidades y lazos de colaboración con el personal del Ministerio de Salud.

En base a la experiencia obtenida en estos años, se consideró apropiado desarrollar una propuesta de integración entre los sistemas de salud del Estado y la comunidad, sobre la base del reconocimiento y valoración de los elementos de la cultura local en la atención del parto.

⁷ Ministerio de Salud. Proyecto 2000. "El parto en la vida de los Andes y la Amazonía del Perú". Lima. (1999).

Salud Sin Límites. Proyecto "Provisión de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva Culturalmente Adecuados en Comunidades Afectadas por la Violencia en Ayacucho". Sistematización de la Experiencia. Ayacucho. (2001)

⁸ www.paho.org

CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

El Proyecto "Provisión de servicios de salud sexual y reproductiva culturalmente adecuados en comunidades afectadas por la violencia en Ayacucho", fue desarrollado por Salud Sin Límites entre octubre de 1999 y octubre del 2001.

El objetivo de este proyecto fue contribuir en la disminución de la morbilidad materna, mediante la promoción de servicios y prácticas de salud reproductiva culturalmente apropiados. Se buscó que la población pudiera decidir sobre el tipo de servicio de atención de partos ofrecidos por el MINSA. Se trabajó de manera estrecha con los actores involucrados en el proceso, especialmente con el personal de salud y los parteros y parteras. Además, se fortaleció el sistema de referencia en casos de complicación en el parto y se adecuaron los protocolos de atención para estos procedimientos, incorporando elementos de la cultura local acordados con los actores mencionados.

El proyecto se inspira en los marcos de derechos humanos e interculturalidad, y busca reducir los patrones de inequidad y discriminación que dificultan el ejercicio del derecho a la salud, así como promover el respeto y valoración de la cultura local. La integración entre los modelos andinos y occidentales para la atención en salud es un ejemplo del diálogo que se puede establecer entre ambas culturas, con resultados beneficiosos para la población.

La innovación de la experiencia reside en la posibilidad de integrar la medicina tradicional y la occidental obteniendo mejores resultados en la atención y, más ampliamente, la satisfacción y bienestar de los usuarios. La incorporación de elementos como la posición vertical en el parto, la participación activa del esposo y/o el partero, la utilización de hierbas para facilitar el trabajo de parto y la entrega de la placenta a la familia, resulta un reto tanto para el sistema como para los profesionales de la salud.

Los principales efectos producidos a través de esta experiencia son: la revaloración de ambos modelos de salud, tanto de parte del sistema público occidental, como de las comunidades; el reconocimiento de los profesionales de la salud de lo fundamental que resulta conocer a la población y sus patrones culturales, e incorporarlos a los servicios para obtener mejores resultados en el trabajo; y de parte de la población, el identificar los elementos culturales potencialmente dañinos para su salud, y el importante rol que juega la prevención y promoción de la salud en sus comunidades de la mano con el Estado.

SITUACIÓN INICIAL DE LA COMUNIDAD ANTES DEL CAMBIO

Antes de la intervención, dos factores generales caracterizaban la salud materna en las comunidades de Santillana: el desencuentro entre la cultura local y la atención brindada en los establecimientos de salud (que mantenía alejada a la población de los servicios) y la debilidad del sistema de salud comunal para prevenir riesgos y responder frente a emergencias obstétricas. La influencia de estos factores se expresa en una serie de patrones de conducta e indicadores que presentamos a continuación.

La mortalidad materna en Santillana era una de las más altas en el departamento de Ayacucho. Como se sabe, esta puede prevenirse a través de controles prenatales regulares. Sin embargo, es posible que a pesar de los controles, aparezcan complicaciones en el momento mismo del parto, por lo que es importante la preparación para responder adecuadamente.

En el caso de Santillana, antes del inicio del proyecto, el 56% de las gestantes asistía a controles prenatales, siendo la primera razón para ir el evitar la multa que se imponía a quienes no se los practicaban. Los controles prenatales en los establecimientos de salud no eran considerados importantes por la población, ya que el embarazo es concebido como un proceso normal y no de enfermedad. Además, se consideraba que los profesionales de los establecimientos de salud, no solucionaban problemas, como los antojos o el mal de la tierra, generando los procedimientos utilizados desconfianza y vergüenza⁹.

En relación al proceso de parto, el 94.3% se realizaba en la casa de la gestante, mientras que al establecimiento de salud sólo acudía un 5.7%. Con respecto a quién atendía los partos, en el 78.8% de los casos, se trataba de parteros, y sólo el 21.2% eran atendidos por personal de salud. Estos porcentajes reflejan el distanciamiento entre los servicios de salud y la población, así como el riesgo latente para las mujeres, ya que dar a luz en casa, asistida sólo por un partero, implicaba pocas posibilidades de responder adecuadamente a las complicaciones y, por lo tanto, incrementaba el riesgo de morbilidad. Las razones para este distanciamiento se enmarcan en las denominadas barreras para el acceso a los servicios de salud, y han sido identificadas en la investigación llevada a cabo durante la primera parte de la intervención. Las principales barreras en este caso son psicológicas y culturales, como la vergüenza y el miedo. Los varones refieren también desconocimiento. Estas reacciones tienen lugar dada la suma de diferencias entre los modelos para atención de parto que se emplean en los establecimientos de salud y en la comunidad¹⁰:

	Parto institucional (occidental)	Parto tradicional
Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en castellano. • Trato frío y en algunos casos recriminatorio. • Esposo o familia no autorizados para estar con ella en la sala de partos. • Rotación del personal (débil vínculo con la madre). • Partero excluido del trabajo de parto. • Corte del cordón umbilical por alguien externo a la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en quechua. • Trato cálido, protección, ambiente de confianza. • Familia y partero presente durante todo el proceso. • Corte del cordón umbilical por familiar o "madrina".
Procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Internamiento de la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Parto en su casa.

⁹ Salud Sin Límites (2001) *Op cit*

¹⁰ Salud Sin Límites (2000) *Op cit*

	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de bata ginecológica. • Enemas y rasurado¹¹. • Exámenes físicos y tracto vaginal realizados por un profesional de salud. • Ambiente para trabajo de parto iluminado, frío y esterilizado, ruidoso. • Personas ajenas a la madre además del personal de salud presentes en sala de parto. • Posición horizontal (no permite hacer fuerza). • Camilla ginecológica. • Tabletetas para ayudar la involución uterina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conserva su ropa habitual. • Exámenes físicos mínimos y más bien externos. • Hierbas y bebidas calientes preparadas por el esposo. • Ambiente para trabajo de parto abrigado, oscuro, no medidas de bioseguridad, silencio y tranquilidad. • Sólo esposo, familiares y partero presentes en el parto. • Posición vertical, en cuclillas. • Uso de pellejo para recibir al recién nacido. • Esposo o partero(a) dan apoyo físico para hacer fuerza. • Aplicación de cremas y aceites naturales. • Uso del rollete para ayudar la involución uterina.
Atención inmediata después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados centrados en el niño. • Corte del cordón umbilical con herramienta esterilizada. • Placenta desechada. • 72 horas de permanencia en el establecimiento. • Alimentación determinada por el establecimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados centrados en la madre. • Corte del cordón umbilical con herramienta no esterilizada (tijera, hoja de afeitar). • Placenta enterrada para evitar consecuencias en salud de la madre. • Reposo post parto de 10 a 12 días. • Caldos para fortalecerla y evitar deposiciones.

El aviso al centro de salud sobre el alumbramiento no se producía por: la desconfianza en el personal de salud, el temor ante las represalias por haber acudido a un partero, la exigencia de llevar a la madre al establecimiento. Por su parte, el personal de salud, desconocía o rechazaba las prácticas comunales. Algunos establecimientos optaron por condicionar la entrega gratuita de certificados de nacimiento sólo a quienes dieran a luz en presencia del personal de salud. Esto, en muchas ocasiones, produjo la abstención del los padres, con lo que el derecho a la identificación del niño se restringía.

¹¹ Práctica usual al momento del estudio, actualmente se realiza en raras oportunidades.

PROCESO DEL CAMBIO EN LA COMUNIDAD DESARROLLO DEL PROYECTO

La intervención se realizó en varias etapas, iniciando con una investigación, seguida por la sensibilización y diseño del modelo de atención, la implementación del mismo y el desarrollo de actividades de soporte al modelo implementado. En todas las etapas se promovió la participación activa de los actores involucrados en el proceso de parto: gestantes, personal de salud, parteras(os) y promotores de salud.

Etapas 1:

Investigación¹²

El objetivo de desarrollar un estudio como primer paso fue determinar las percepciones y perspectivas sobre la salud sexual y reproductiva de la población rural andina. Los objetivos específicos fueron:

- a) Identificar las percepciones y perspectivas de varones y mujeres en edad fértil sobre los servicios tradicionales y modernos de la salud sexual y reproductiva.
- b) Identificar el grado de aceptación de los servicios de salud sexual y reproductiva modernos.
- c) Identificar las percepciones y perspectivas de los "agentes de salud local" (familias, parteros, promotores de salud, MINSA) sobre los servicios y atención de la salud sexual y reproductiva.

En relación a la metodología, se trató de un estudio de tipo no experimental, de nivel exploratorio descriptivo. Se combinaron metodologías cuantitativas y cualitativas para el recojo y procesamiento de los datos. Se definió como población objetivo a las mujeres y varones entre los 15 y 49 años de edad, residentes de las comunidades de Oqoqeqa, Punkumarqari, Sañuq, Laupay, y el centro poblado de San José de Secce.

La muestra se eligió al azar, y estuvo conformada por el 21.3% de la población entre 15 y 49 años de edad. Así, se encuestaron a un total de 162 personas (73 varones y 89 mujeres). Adicionalmente, se realizaron entrevistas a profundidad a 24 personas distribuidas equitativamente por sexo y comunidad, así como a otros actores vinculados al proceso de atención del parto, como parteros tradicionales (tres mujeres y cinco varones) y personal de salud (un médico y dos profesionales de obstetricia). Los resultados de este estudio permitieron conocer en mayor profundidad las características de la población estudiada así como su sistema de creencias, actitudes y prácticas en relación a diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva. Los hallazgos más relevantes con respecto a la atención del embarazo, parto y puerperio son los que grafican la importante diferencia cualitativa entre las expectativas y costumbres de la población en estos procesos, frente a la oferta que les brindan los servicios públicos. Estos han sido descritos en la sección de Situación inicial de la comunidad antes de la intervención¹³.

¹² Salud Sin Límites (2000) *Op cit*

¹³ Puede revisarse también el Anexo 1: Conclusiones de la Investigación.

Etapas 2:

Diseño participativo del Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural¹⁴

Para el diseño del modelo se buscó involucrar a los diferentes actores identificados con la investigación como relevantes para los procesos de atención antes, durante y después del parto. Así, se desarrollaron tres encuentros entre gestantes, parteras y personal de salud.

Estos encuentros tuvieron como objetivos:

- Encuentro 1: Establecer un modelo de sala de partos tradicional (sala que incorporara elementos culturales valorados por la población y medidas de bioseguridad apropiadas para el parto).
- Encuentro 2: Promover el acercamiento entre parteras y personal de salud, así como especificar los roles que cada uno cumpliría en la sala de partos tradicional.
- Encuentro 3: Presentación de la sala de partos, recojo de opiniones y establecimiento de condiciones de uso (la sala se instalaría en los establecimientos de salud y las gestantes elegirían el tipo, ya sea tradicional u occidental).

Como resultado, se estableció un modelo para la atención del parto tradicional en establecimientos de salud con las siguientes características¹⁵:

Ambiente de atención prenatal, parto y posparto:

- Para la gestante: ambiente privado, cerrado, limpio, abrigado, con ventanas y cortinas que eviten la entrada del viento y de personas ajenas a la atención. Iluminado con electricidad y/o vela.
- Para la familia: ambiente de cocina que posibilite la participación del esposo y/o familiar en la preparación de remedios caseros y alimentos.

Equipamiento del ambiente de atención:

- Cama de madera acondicionada.
- Soga gruesa, asiento de madera circular y cojines.
- Soporte de madera (incluido en la cama), sillas, pellejos de oveja, trapos, soleras (para limpieza de la cama), chumpi (cinturón de hilo tejido) y rollete.
- Bacín y bolsas de agua caliente.
- Medicamentos naturales: aceite rosada, aceite de 7 espíritus, aceite de ballena, timolina, papel periódico, huevos de gallina, huesos de pescado, vitaminas y hierbas (marco, santa maría, ñuñunway, raqacha, apio, orégano, limón, rulumakay, wamampa uman, tacna, café, ruda).
- Vitrina de madera para guardar medicamentos.
- Artículos para limpieza personal y del ambiente.
- Balde de plástico.
- Cortinas.
- Equipos de uso regular (MINSA) para la atención del parto y del recién nacido.

Equipamiento de ambiente para acompañantes y cocina:

- Cama de madera acondicionada.
- Cocina, artículos y herramientas de cocina.

¹⁴ Salud Sin Límites. Modelo de atención "culturalmente adecuado" en atención prenatal, parto, posparto y recién nacido. Ayacucho. (2000)

¹⁵ *Ibidem*

- Vitrina de madera para servicios.
- Artículos de limpieza.

Consideraciones para la atención prenatal:

- Persona que atiende: que hable quechua y de preferencia sea mujer.
- Relaciones interpersonales: atención comprensiva, paciente, con buen humor, sin reprender (aunque la usuaria tenga varios hijos), respeto de las creencias.
- Atención: rápida (evitar esperas), con explicaciones acerca del por qué de los procedimientos.
- Procedimientos: la usuaria puede estar echada en la cama, desnudándole sólo la parte del vientre. Se practicará el protocolo de atención¹⁶ con la autorización previa de la usuaria.
- La presencia o acompañamiento del esposo es recomendable si la usuaria está de acuerdo. Se le informará sobre las señas de riesgo y sus posibles consecuencias. En caso de embarazadas adolescentes, puede estar presente la madre o el padre.
- Sistema de salud: el personal de salud realizará, en lo posible, visitas a las comunidades para la captación, seguimiento y control de gestantes. Se procurará reducir en lo posible la rotación del personal designado a estos servicios.

Consideraciones para la atención de parto:

- Relaciones interpersonales: trato amable, comprensivo, en ambiente de negociación y respeto a la cultura de la usuaria.
- Procedimientos: la usuaria podrá ubicarse en cuclillas, sostenida por el esposo o partero. Podrá echarse en la cama, poniéndose una ligera venda en la cabeza, sin la necesidad de emplear la camilla ginecológica. Se seguirán los procedimientos establecidos en el protocolo de atención¹⁷. Explicar la necesidad de procedimientos como el tacto vaginal y la episiotomía, si fuera el caso. Se sugiere que la atención sea en ropa habitual (fustán) y el lavado vaginal sea realizado por la propia usuaria y/o familiar. Se debe permitir el uso de hierbas medicinales como parte de "solución de dificultades" en el proceso del parto. Después del parto, al manejar la sangre y la placenta se deberá tener mucho cuidado y evitar posibles contactos con el viento, el frío o el agua. La placenta será entregada al familiar presente.
- Además del personal de salud, es importante la presencia del esposo. Si la usuaria lo desea podría estar presente el partero(a) y/o el promotor de salud.
- Sistema de salud: la atención del parto debe ser gratuita (continuidad de sistemas de seguro que garanticen esta condición). Una ambulancia debe estar disponible en caso sea necesaria la referencia a un centro de salud, considerando que los puestos y el personal de salud de los establecimientos de las zonas rurales tienen una limitada capacidad para responder a las complicaciones severas.

Consideraciones para la atención de posparto y del recién nacido:

- La usuaria decidirá el tiempo de permanencia en el establecimiento después del parto (se considera un tiempo prudencial 8 días).
- El uso del "rollete" se aceptará si la usuaria lo solicita (para facilitar la acomodación del vientre), aunque complementario al uso de medicamentos regulares.
- El uso de hierbas medicinales, dependerá del pedido de la usuaria y/o familiares.
- La higiene perineal será realizada por la propia usuaria y/o esposo (explicar la importancia).

¹⁶ Ver Anexo 2: Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado

¹⁷ Ver Anexo 2: Protocolo de Atención del Parto Culturalmente Adecuado

- La dieta posparto, será proveída por el esposo y/o familiar. Para su preparación se darán facilidades en el establecimiento de salud o se dispondrá de una cocina para el ambiente familiar.
- En relación a la atención inmediata del recién nacido, además de las acciones que se contemplan en el protocolo de atención, el corte del cordón umbilical será realizado por el personal de salud y el baño se efectuará a las 24 horas.
- Además del personal de salud, la presencia del esposo y/o familiar será permitida, si es el deseo de la usuaria.

Etapa 3:

Implementación del Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural

En esta etapa se trabajó en diferentes niveles, ya que la incorporación implicaba cambios políticos y de infraestructura, así como de conocimientos y actitudes en la población y el personal de salud. En este sentido, se iniciaron los siguientes procesos:

Sensibilización de responsables de toma de decisiones: se elaboraron documentos y se realizaron presentaciones para miembros de la Dirección Sub Regional de Salud de Ayacucho, de la Red de Salud de Huanta, de la Micro Red de Salud de Santillana y ONGs. El modelo fue presentado y se recogieron sugerencias para su mejoramiento.

Sensibilización de la población: se realizaron talleres de demostración a los que asistieron inicialmente mujeres no gestantes, por lo que se programó un evento adicional dirigido específicamente a ellas. Se desarrollaron además cartillas, afiches y spot radiales en quechua para difundir el Modelo.

Tema de los talleres ¹⁸	Número de asistentes		
	Total	Hombres	Mujeres
Señas de peligro en el embarazo.	185	43	142
Control prenatal, ventajas del parto institucional y tradicional.	185	82	103
Planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA.	177	77	101

Medios de difusión de las salas de parto tradicional ¹⁹
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cartilla "Familia sana y feliz. No olvides venir a la posta" <input type="checkbox"/> Afiche "En la posta ya respetamos tus costumbres" <input type="checkbox"/> Cinco programas de radio en quechua

Adicionalmente, como una propuesta no programada, se organizaron comités de vigilancia de salud, conformados básicamente por autoridades comunales y parteros, con el objetivo de fortalecer la aceptación y uso del Modelo.

Capacitación de actores involucrados: se realizaron talleres de capacitación para personal de salud y parteros tradicionales en el uso del modelo. En los talleres se promovió el acercamiento entre ambos grupos, de acuerdo a las habilidades de cada uno. Así, los parteros facilitaron la sección en la que se

¹⁸ Salud Sin Límites (2001) *Op cit*

¹⁹ *Ibidem*

informaba sobre los procedimientos de los partos tradicionales. Mientras que el personal de salud facilitó la sección sobre los signos de alarma y procedimientos institucionales de parto.

Grupos objetivos ²⁰	Número de capacitados		
	Total	Hombres	Mujeres
Talleres con personal de establecimientos de salud.	7	4	3
Talleres con parteros.	13	11	3
Total	20	15	6

Contenidos de las actividades de capacitación ²¹
<p>Con personal de establecimientos de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Atención tradicional del parto. ❖ Medicación casera durante el embarazo, parto y posparto. <p>Con parteros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Factores de riesgo y señas de peligro antes, durante y después del embarazo. ❖ Referencia y contrarreferencia, manejo de ficha obstétrica.

Implementación de las salas de parto con adecuación cultural: a las salas de parto existentes en los dos centros de salud seleccionados, fueron incorporados los equipos y materiales señalados anteriormente. Así, cada sala ofrecía a la usuaria ambas posibilidades de uso. La selección de los centros de salud fue hecha en base a su ubicación geográfica y capacidad resolutive. Después de implementadas, fueron presentadas a las comunidades y actores involucrados en ceremonias informativas.

Etapas 4: Evaluación²²

La evaluación tuvo como objetivo general establecer la eficacia del proyecto en términos de resultados esperados. Los objetivos específicos de esta evaluación fueron:

- Establecer los cambios producidos en los indicadores a partir de la implementación del proyecto.
- Establecer el cumplimiento de los resultados del proyecto.
- Establecer el cumplimiento del propósito del proyecto.

Para esta evaluación se diseñaron cuatro cuestionarios dirigidos a: parejas y mujeres en edad fértil, grupos involucrados, personal de salud y mujeres que dieron a luz en el periodo y zonas de intervención. Además, se diseñó una ficha en la que se recogía información estadística sobre las atenciones en los establecimientos de salud ligados a la intervención. Se definieron las muestras de acuerdo a la población a la que se dirigía cada cuestionario. En todos los casos los sujetos se seleccionaron de manera intencional, con asignación proporcional y según la población de las

²⁰ *Ibidem*

²¹ *Ibidem*

²² Salud Sin Límites. Evaluación Post-Intervención del Proyecto provisión de servicios de salud sexual y reproductiva culturalmente adecuados en comunidades afectadas por la violencia en Ayacucho. Ayacucho. (2001)

comunidades de intervención. En todos los casos, las muestras tuvieron un error esperado de 10% y el nivel de confianza fluctuó entre 90% y 95%.

Los instrumentos diseñados recogieron información en diferentes áreas relativas a la eficacia y aceptación del Modelo. De otro lado, la ficha para el recojo de información del establecimiento de salud, reunió datos acerca de la cobertura de los servicios de la Micro Red y del establecimiento de San José de Secce. Los resultados de esta evaluación mostraron cambios significativos en los diferentes aspectos considerados en la intervención.

Como parte del seguimiento a los resultados del proyecto, algunas rectificaciones en el modelo se incorporaron, básicamente para hacerlo más práctico y cómodos para los usuarios (tanto personal de salud como gestantes). Estos ajustes fueron:

- La soga sintética que usaba la parturienta para sujetarse fue cambiada por soga de lana de llama, de uso tradicional y que evitaba molestias en las manos.
- La silla en forma de media luna para la parturienta fue cambiada por un pequeño banco que resultaba de mayor comodidad.
- Se agregó una tarima que funcionó como base para colocar la silla en la que la parturienta y su acompañante (familiar o partero) se apoyan durante el proceso. Eso facilitó la labor del personal de salud.
- Se agregó un banco de uso médico (con posibilidad de regular la altura).
- La cocina para los familiares se cambió por una cocina tradicional andina, y se buscó un espacio separado del centro de salud para su estancia.

Elementos que contribuyeron a llegar a los resultados

Tres elementos podrían considerarse los más importantes en relación al logro de los objetivos del proyecto:

- 1) Se partió de una necesidad urgente del personal de salud: los índices de mortalidad materna en estas zonas resultaban alarmantes y el personal de salud tenía urgencia por encontrar estrategias para enfrentar este problema. Eran concientes de la baja aceptación del parto institucional y de la resistencia de la población a utilizar los servicios del MINSA. Este contexto, facilitó el ingreso de un modelo alternativo que incorporaba prácticas tradicionales, frente a las cuales tenían inicialmente resistencias.
- 2) Se respondió a las expectativas de la población en términos de servicios de salud, valorando e incorporando conocimientos y prácticas de la cultura local: el Modelo se basó en las costumbres y expectativas de la población objetivo y brindó un espacio para la valoración de su cultura. Esto motivó cambios en las percepciones y actitudes hacia el sistema de salud, así como en la asistencia a los servicios públicos para responder a necesidades de salud.
- 3) Se involucró activamente a los actores que intervienen en los procesos a modificar: desde la investigación inicial hasta la evaluación, los diferentes actores (gestantes, parteros, personal de salud) tuvieron la oportunidad de expresar sus expectativas, percepciones, actitudes y opiniones con respecto a las condiciones dadas. Los diferentes actores tuvieron un espacio valorado dentro del proceso, en el que sus conocimientos y expectativas jugaban un rol importante para la construcción del Modelo. Finalmente, los roles establecidos para cada actor en el proceso mismo de atención prenatal, en el parto y posparto, estuvieron delimitados desde el inicio del proceso.

Motivos para la presentación de la experiencia

Creemos que el Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural representa un aporte a la lucha contra la pobreza rural porque responde a uno de los problemas más importantes relacionados con la salud y el desarrollo de las zonas rurales de nuestro país. La mortalidad materna e infantil son problemas significativos en el Perú, en comparación con países que tienen un nivel similar de desarrollo, y es particularmente grave en las zonas rurales. Como hemos descrito, muchas de las barreras que existen para mejorar estas condiciones tienen que ver con el desconocimiento y la discriminación de las prácticas culturales tradicionales, por parte del sistema de salud y sus trabajadores.

El desarrollo de un Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural implica el reconocimiento de que los conocimientos de las culturas, generalmente excluidas, pueden brindarnos alternativas para mejorar las condiciones de atención a los problemas de salud. Igualmente, nos demuestra que es posible desarrollar propuestas concertadas entre el estado y las poblaciones más vulnerables que repercutan en el bienestar y en el logro de objetivos estratégicos del país.

Como describiremos en la siguiente sección, el impacto de este Modelo es claramente verificable mediante las estadísticas de atención en los establecimientos del MINSA. Finalmente, la sostenibilidad de la propuesta radica en la aceptación del Modelo de parte del MINSA y la extensión del mismo a otras zonas.

SITUACIÓN FINAL

El proyecto concluyó en setiembre del año 2001. Entonces, se realizó como parte del mismo una evaluación final de la que se extrajeron los resultados que presentaremos a continuación. La metodología empleada para esta evaluación ya fue descrita en la sección anterior. Adicionalmente a estos resultados, se recogió información acerca de la continuidad del Modelo en los años 2002 y 2003.

En términos generales se puede decir que el Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural:

- Generó un proceso de integración entre los modelos de salud comunitarios y públicos, en los que se valoraron e incorporaron elementos de la cultura andina en la atención del parto seguro.
- Favoreció la participación de agentes comunitarios de salud en la construcción de un modelo propio para la atención del parto y en la derivación efectiva de partos hacia los establecimientos de salud del MINSA.
- Incrementó la cobertura de los servicios de salud públicos referidos al periodo perinatal, reduciendo las posibilidades de complicaciones en el parto no detectadas o atendidas oportunamente

Los resultados serán presentados en tres secciones: a) Uso y satisfacción con el Modelo, b) Impacto del Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural en la cobertura de los servicios de salud y c) Sostenibilidad del Modelo.

a) Uso y satisfacción con el Modelo:

Elementos	Respuestas ²³
Satisfacción de usuarias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 90% se sintió bien atendida y está contenta con la atención. ▪ 80% entendió todo lo que le dijeron, y un 20% no entendió porque le hablaron en castellano. ▪ 90% recomendaría el servicio a un familiar o vecina. ▪ 90% se atendería en la posta en el siguiente parto y el 100% con el modelo de parto tradicional.
Infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% se sintió cómoda en la sala de partos. ▪ 70% refirió que lo que más le gustó fue la sogá y el banquito. ▪ 70% consideró que la sala de partos era abrigada.
Procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 100% dio a luz con su propia ropa y se sintió cómoda con ella. ▪ 100% se sintió cómoda sentada en el banquito al dar a luz. ▪ En 100% de los partos el esposo estuvo presente en la sala de partos y en el 90% el esposo le sostuvo la cintura. ▪ 100% recibió la placenta. ▪ 75% de parturientas que pidió un mate o hierba medicinal lo recibió. ▪ 50% de gestantes fue informada que podían cocinar en el establecimiento.
Pareja o acompañante	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 71% entraron a la sala de parto por invitación del personal. ▪ 100% se sintió contento de la atención a la gestante. ▪ 100% recomendaría el siguiente parto en la posta con el modelo de parto tradicional.

b) Impacto del Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural en la prevención de la mortalidad materna:

²³ *Ibidem*

Los indicadores seleccionados están relacionados directamente con las estrategias establecidas por el MINSA para la reducción de la mortalidad materna y muestran los cambios en términos de cobertura de los servicios públicos de salud.

Indicadores	Línea de base	Evaluación final ²⁴	Cambio
Atención prenatal primigestas ²⁵ .	30%	67%	+ 37%
Atención Prenatal multigestas ²⁶ .	55%	52%	- 3%
Atención del Parto Institucional.	6%	27%	+ 21%
Atención del Posparto (No. Atenciones) ²⁷ .	22	23	+ 1
Usuarías en Planificación Familiar (Métodos Modernos).	80	106	+ 26 (+ 13.25%)

Como se aprecia, se lograron cambios significativos en la atención prenatal de primigestas y atenciones de partos institucionales. Estos constituyen alentadores resultados, pues se relacionan directamente con la detección y respuesta oportuna frente a posibles complicaciones antes y durante el parto.

En el caso de las multigestas, experiencias anteriores pueden haber condicionado sus actitudes e intenciones de uso del control prenatal. En la medida que nuevas experiencias (directas o a través de otras mujeres) puedan cambiar las percepciones de estas usuarias, lográndose mejores resultados con ellas. En el caso de la atención posparto, es necesario afinar los mecanismos de monitoreo. Sin embargo, dado el aumento de partos atendidos por el personal de salud, podría considerarse significativo éste número de atenciones.

Además de estas cifras, es importante mencionar las 25 referencias realizadas por los parteros en el año 2001 (nueve casos de embarazo, ocho casos de trabajo de parto, cuatro de posparto y cuatro de recién nacidos). Estas referencias, nunca antes realizadas por los parteros, reflejan la buena relación establecida entre el agente comunitario y el establecimiento de salud, así como la motivación hacia la participación comunitaria en la promoción de la salud de la comunidad.

c) Sostenibilidad del Modelo:

Definimos sostenibilidad como la permanencia de los resultados obtenidos a través del tiempo, independientemente de la participación directa de la institución promotora de los cambios. En este sentido, dos tipos de datos nos permiten determinar el grado de sostenibilidad del Modelo: las estadísticas de los servicios, en relación a atenciones de parto, y las acciones tomadas por el personal de salud y por los encargados de tomar decisiones en el Ministerio de Salud con respecto al Modelo.

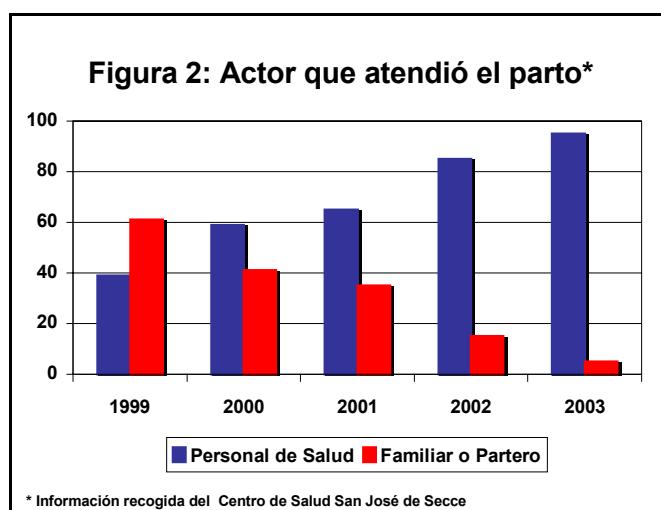
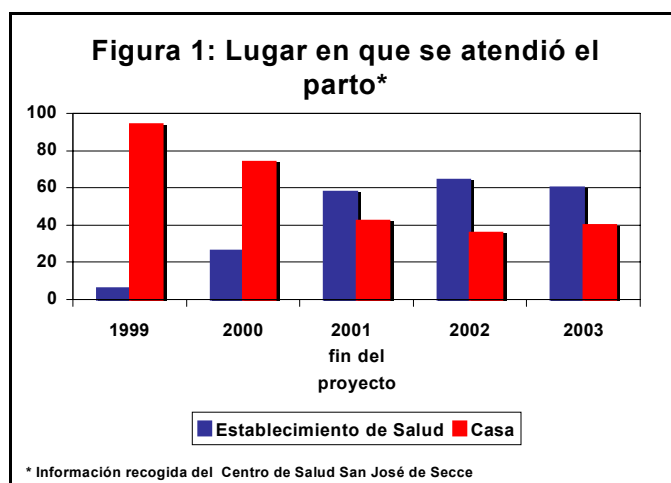
Con respecto a las estadísticas, éstas se siguieron recogiendo después de la finalización del proyecto. A continuación presentamos dos cuadros que grafican los resultados observados en el Centro de Salud de San José de Secce:

²⁴ *Ibidem*

²⁵ Se consideran adecuados para primigestas seis controles prenatales.

²⁶ Se consideran adecuados para multigestas cuatro controles prenatales.

²⁷ Se considera atención posparto a la visita del personal de salud a la comunidad dentro de las primeras cuatro horas después de un parto atendido por parteros o familiares.



Como se observa en la Figura 1, la intervención produjo cambios en el lugar en el que las mujeres se atendieron el parto. Estos resultados se han mantenido incluso dos años después del fin de la intervención. Por otro lado, en la Figura 2 observamos que la participación del personal de salud en los partos siguió incrementando en los años siguientes.

A partir de estos dos gráficos, y de conversaciones mantenidas con personal de salud y pobladores de la zona, concluimos que el Modelo se mantiene en uso, que es un factor que contribuye a que las condiciones de parto seguro se mantengan y que motiva a la participación de la comunidad de una manera más activa en relación a la salud. De acuerdo a los testimonios del personal de salud, casi el 100% de los partos se producen bajo conocimiento del personal y esto, gracias al aviso oportuno de los pobladores de la comunidad. Tomando en cuenta las condiciones geográficas y de transporte en la zona esto resulta bastante significativo ya que promotores, parteros y familiares recorren muchas veces distancias hasta de cuatro horas, incluso en la noche, para poner en conocimiento del personal de salud de la proximidad de un parto, contribuyendo activamente a la reducción de los riesgos y eventualmente la mortalidad materna.

Con respecto a las actitudes y acciones tomadas por el personal de salud y los encargados de tomar decisiones en el Ministerio de Salud con respecto al Modelo, una primera respuesta fue el cambio de actitudes del personal de salud que se mostró más abierto a trabajar con el Modelo en la medida en que lo encontraron útil para lograr sus objetivos institucionales. Santillana asumió el modelo como parte de sus procedimientos regulares para la atención de mujeres en periodo perinatal. Después de finalizado el proyecto, se solicitó a Salud Sin Límites que establecieran dos salas de parto adicionales en los centros de salud de Ccaruhaurán y Chaca.

Durante el año 2004, el Centro de Salud de San José de Secce fue reconocido por la Red de Salud de Huanta como el mejor establecimiento de la zona, evaluación que se hace en función a indicadores claves de salud, y en donde la mortalidad materna tiene un peso significativo. Más adelante, el Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural ha sido seleccionado como experiencia exitosa para el cuidado de la salud materna, siendo presentado a establecimientos de salud de toda la región y abriendo las posibilidades de su expansión a otras áreas.

Al comunicar estos resultados a los promotores de salud, los responsables de Santillana, mostraron su agradecimiento y felicitación a los agentes comunitarios, reconociendo públicamente que su participación en los procesos de detección y derivación de usuarias han sido fundamentales para conseguir estos éxitos. En este sentido creemos que este Modelo tiene significativas posibilidades de mantenerse vigente y de extenderse a otras zonas, beneficiando a una mayor cantidad de pobladores y generando no sólo cambios a nivel de la salud, sino de la percepción del rol de los agentes comunitarios de salud y miembros de las comunidades en general, pues es posible participar activamente cuando se sientan las bases para una coparticipación basada en el respeto y el diálogo.

LECCIONES APRENDIDAS

Las lecciones que podemos extraer de esta experiencia serán presentadas en tres grupos, dependiendo de sus aportes conceptuales, metodológicos y operativos.

Aportes conceptuales del Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural:

- 1) Es posible generar modelos de atención de salud desde una perspectiva de derechos humanos e interculturalidad, que integren los esquemas de atención occidental implementados por el Ministerio de Salud, con los esquemas tradicionales para la atención de la salud vigentes en las comunidades andinas de nuestro país.
- 2) El Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural ha sido validado y representa un aporte para el cuidado de la salud materno perinatal de las zonas de intervención. El proceso desarrollado para la construcción de este Modelo puede ser replicado en otras zonas para establecer modelos válidos en diferentes entornos culturales.
- 3) La incorporación de elementos y prácticas tradicionales en la atención de salud, implica reconocer los conocimientos desarrollados ancestralmente por estas comunidades (como la posición vertical como idónea para el parto) que representan aportes por explorar.

Aportes estratégicos y metodológicos del Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural:

- 4) La generación de un Modelo integrador para la atención de la salud implica un diseño metodológico que incluya la participación activa de todos los actores involucrados en los procesos de diagnóstico, diseño, implementación y evaluación.
- 5) Para la aceptación e incorporación de un modelo de atención alternativo por parte del MINSA, es importante desarrollar actividades de sensibilización e información en todos los niveles, enfocando los objetivos en las respuestas a necesidades reales y significativas para los servicios de salud.
- 6) Para la aceptación y uso de un modelo alternativo por parte de las comunidades, es necesario eliminar cualquier posible coacción que puedan percibir de los promotores del modelo. Se deben establecer vínculos de confianza con la población, y entre la población y el personal del MINSA, clave para el éxito de intervenciones de este tipo.
- 7) La satisfacción de las usuarias con los servicios recibidos es clave para el aumento en la demanda. Esta satisfacción se relaciona, en gran medida, con el grado de información que tienen las usuarias y sus familiares con respecto a los mismos, así como el respeto de los acuerdos establecidos con la población en el momento de la atención.
- 8) Para fortalecer los alcances del modelo, sería importante incluir como parte de la propuesta el desarrollo de capacidades y motivaciones para el seguimiento de los procesos, desde los agentes comunitarios de salud hasta la población en general.
- 9) Es importante incidir en el cambio del establecimiento de salud con respecto a la valoración y respeto de las costumbres, para lograr la motivación y aceptación de la comunidad en relación a un modelo de esta naturaleza. Actividades de difusión a través de medios de comunicación locales y en el idioma local, son necesarias para sensibilizar y motivar a la población.

Aportes operativos del Modelo de Atención de Parto con Adecuación Cultural:

- 10) Se ha dotado al Ministerio de Salud de un Protocolo de Atención de Parto con Adecuación Cultural, que puede ser usado en diferentes establecimientos de la región, o ser validado para utilizarse en contextos culturales variados.
- 11) Es necesario seguir fortaleciendo la capacidad del MINSA para adecuar sus protocolos de atención a las necesidades y expectativas de poblaciones diversas. El desarrollo de investigaciones operativas podría brindar aportes significativos en estos procesos.
- 12) Es necesario fortalecer e institucionalizar los sistemas de monitoreo dentro del MINSA, para que permitan medir con claridad la eficacia de las estrategias emprendidas, no sólo a través de indicadores estadísticos de cobertura de servicios, sino también con indicadores que evalúen la satisfacción de los usuarios y los resultados últimos en su salud y bienestar.

Propuesta para lograr un modelo con adecuación cultural²⁸:

En base a la experiencia desarrollada por Salud Sin Límites, se recomienda el siguiente proceso para desarrollar modelos culturalmente adecuados para la atención en salud:

1. Socialización con los objetivos del proyecto, buscando generar una participación directa de la población beneficiaria (diagnóstico participativo).
2. Estudio del problema y socialización de resultados.
3. Encuentro de actores y grupos involucrados identificados (en este caso autoridades, líderes, parteros, población en general y personal del MINSA) para construcción teórica del modelo.
4. Elaboración de la propuesta del modelo de atención con adecuación cultural.
5. Discusión de la propuesta con los entes rectores (en este caso sector salud).
6. Encuentro entre agentes comunitarios de salud reconocidos y valorados por la población y el personal del MINSA para definir roles dentro de la atención con adecuación cultural.
7. Implementación de modelos según las propuestas de todos los actores.
8. Capacitación de actores claves (agentes comunitarios de salud y personal del MINSA en este caso).
9. Sensibilización de la población objetivo.
10. Fortalecimiento de la participación comunitaria en la promoción y vigilancia de salud y en la referencia oportuna de casos.
11. Coordinación permanente y trabajo conjunto con personal del MINSA.
12. Retroalimentación a los actores involucrados acerca de los logros que se obtienen en el proceso.

²⁸ Salud Sin Límites. Proyecto "Provisión de servicios de salud sexual y reproductiva culturalmente adecuados en comunidades afectadas por la violencia en Ayacucho". Sistematización de la Experiencia. Ayacucho. (2001)

BIBLIOGRAFÍA

Comisión de la Verdad y Reconciliación del Perú, *Informe Final*, Lima, 2003.

Ministerio de Salud, Proyecto 2000, *El parto en la vida de los Andes y la Amazonía del Perú*, Lima, 1999.

Salud Sin Límites, *Cartilla de difusión*, Ayacucho, 2001.

Salud Sin Límites, Afiche, *En la Posta ya Respetamos tus Costumbres*. Ayacucho. 2001.

Salud Sin Límites, *Evaluación Post-Intervención del Proyecto provisión de servicios de salud sexual y reproductiva culturalmente adecuados en comunidades afectadas por la violencia en Ayacucho*, Ayacucho, 2001.

Salud Sin Límites, *Informe de la investigación inicial del Proyecto de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva culturalmente adecuados en comunidades afectadas por la violencia en Ayacucho*, 2000.

Salud Sin Límites, *Modelo de atención "culturalmente adecuados" en atención prenatal, parto, posparto y recién nacido*, Ayacucho, 2000.

Salud Sin Límites, *Protocolo de atención del parto culturalmente adecuado*, Ayacucho, 2002.

Salud Sin Límites, *Proyecto Provisión de servicios de salud sexual y reproductiva culturalmente adecuados en comunidades afectadas por la violencia en Ayacucho, Sistematización de la Experiencia*, Ayacucho, 2001.

Salud Sin Límites, Rotafolio, *Material para el Encuentro entre el Personal de Salud y los Parteros Tradicionales*, Ayacucho, 2001.

Salud Sin Límites, Rotafolio, *Señales de Peligro*, Ayacucho, 2001.

<http://ctarayacucho.sitioperu.com/planestrategico/dmapapobreza.htm>

www.paho.org

DATOS DE CONTACTO

Institución: Salud Sin Límites

Personas de contacto: Adriana Zumarán Jibaja – Responsable del documento de sistematización
Eduardo Bedriñana Figueroa
Rosa Malca de Gianella

E-mail: Ayacucho: huaya@terra.com.pe
Lima: hulima@terra.com.pe

Fax: Ayacucho: 066 816709
Lima: 4228404

Teléfono: Ayacucho: 066 816709
Lima: 4405373

Dirección: Manzana E lote 31. Urbanización Mariscal Cáceres,
Ayacucho

ANEXOS

ANEXO 1: CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN²⁹

1. La población -mujeres y varones- en edad fértil, que es el universo de la investigación, presenta características de percepción y perspectivas muy homogéneas en relación a las variables consideradas: sexo, grupo generacional, residencia en comunidades o en el centro poblado, educación y religión.
2. La población es eminentemente rural y su economía se sustenta en la producción agropecuaria extensiva. La mayor parte de la población tiene primaria incompleta. Su experiencia migratoria – incluyendo el desplazamiento por la violencia - se produce principalmente a nivel distrital y regional. La religión católica predomina frente a la religión evangélica que alcanza aproximadamente un 35% en la población.
3. En el pasado, la edad para formar de la pareja en el campo era por encima de los veinte años de edad. En la actualidad, es notoria la tendencia a formar pareja a cada vez menor edad -en muchos casos, entre hasta los catorce y quince años de edad. Este cambio es percibido con preocupación por la población, porque consideran que afecta negativamente la relación de pareja y, por ende, la salud sexual y reproductiva.
4. El embarazo es considerado como una etapa bajo la responsabilidad de la pareja. Sin embargo, se ha recogido testimonios que indican que los esposos incumplen asumir esta responsabilidad. Los cuidados preventivos durante el embarazo están relacionados principalmente a evitar problemas relacionados a la posición del feto (molestias), y complicaciones causadas por síndromes culturales. La atención de estas complicaciones en las comunidades ha estado a cargo -desde tiempo atrás - de parteros mujeres y varones. La población tiende a restar importancia a los controles prenatales establecidos por MINSA.
5. El parto es considerado como un proceso normal y la forma de atención tradicional es vista con confianza. En la actualidad, dentro del ámbito de la investigación, casi la totalidad de partos son domiciliarios y son atendidos por parteros y el esposo. Sólo en casos de complicaciones que exceden la capacidad local, se recurre a la referencia al establecimiento de salud.
6. El obstáculo más importante son las barreras culturales, lo que implica la necesidad de capacitar al personal de salud en estos temas como condición previa para mejorar la calidad de la atención y la cobertura del control prenatal y el parto, además de una mejor y mayor información a las parejas en edad fértil.
7. De todo el proceso reproductivo, el momento que merece mayor cuidado, incluyendo la participación del esposo, son los primeros días del puerperio, período que encierra una

²⁹ SALUD SIN LIMITES. “Informe de la investigación inicial del Proyecto de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva culturalmente adecuados en comunidades afectadas por la violencia en Ayacucho”. Ayacucho, 2000.

serie de concepciones y prácticas culturales. La dieta también es muy importante en esta etapa. La atención del recién nacido está mejorando paulatinamente; los parteros que asisten los partos muestran cambios dirigidos a la atención inmediata del recién nacido.

8. En cuanto al programa de planificación familiar del MINSA, la población reconoce que estos servicios son ofertados desde hace poco tiempo, *“antes no había”*. En cuanto a los métodos anticonceptivos, es contradictorio el apreciable nivel de uso con algunos testimonios recogidos de la población manifestando que *“hacen daño”* o *“la religión no me permite”*. Los resultados de la encuesta aplicada y la revisión del registro del programa de planificación familiar de los establecimientos de salud de la zona muestran que existe un número significativo de usuarias y usuarios de métodos anticonceptivos modernos. El método de mayor aceptación es la depoprovera. (anticonceptivo inyectable).
9. Un hallazgo significativo es que 11% de la población encuestada ha declarado utilizar el método natural, el ritmo. Sin embargo, este método es entendido de manera errónea en lo que se refiere a los períodos de fertilidad.
10. Se ha identificado un segmento de la población en condiciones de acceder al programa que requiere información al respecto. Cabe señalar también que hay preocupación por limitar el número de hijos, siendo considerado por ellos mismos como recomendable tener no más de tres o cuatro hijos; que les permita educar a los suyos.
11. La población en estudio maneja poca información sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Consideran que son propias de las sociedades urbanas y que son ajenas a su realidad. Hablar de estos temas en las entrevistas en profundidad fue difícil ya que no había apertura al diálogo; parece ser un tabú en las comunidades, principalmente para las mujeres adultas.
12. La forma en la que la población en estudio entiende la salud sexual y reproductiva está fuertemente vinculada a una gama de creencias y prácticas. Desde esta perspectiva, estructuran y configuran formas de atención y solución de sus problemas de salud; sin embargo, se ha encontrado que hay niveles de incorporación de conocimientos y prácticas modernas enmarcadas en una adaptación en resistencia porque muchas de sus creencias y prácticas tradicionales son ignoradas por los prestadores de servicios modernos de salud.

ANEXO 2: PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN CULTURAL EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD³⁰

MARCO CONCEPTUAL

Es la atención del parto normal en el cual la parturienta se encuentra en una posición semi sentada con un punto de apoyo en el isquión (borde superior de los glúteos), agarrada de una soga colgante fija; y apoyada por una persona de preferencia varón, quien sujeta de la parte posterior haciendo presión a la altura del fondo uterino, cuando las contracciones son mas frecuentes e intensas. La persona que recibe al recién nacido toma una actitud expectante, la atención se da en un ambiente privado y cerrado.

La parturienta bebe mates y preparados de uso popular. Una vez producido el alumbramiento se faja a la puérpera a la altura del fondo uterino, permaneciendo la puérpera en reposo absoluto por un tiempo aproximado de 5 - 6 días en compañía de sus familiares.

PROCEDIMIENTOS

- Confirmar si está en trabajo de parto la gestante
- Revisar la historia clínica perinatal
- Realizar examen gineco obstétrico (hacer 02 tactos vaginales como máximo sin descubrir las partes genitales)
- En gestantes de bajo riesgo obstétrico, internar en la sala de parto con adecuación cultural sólo en compañía de 02 familiares y 02 personal de salud
- Facilitar que la gestante en trabajo de parto pueda deambular y apoyarse en el soporte vertical de la cama en el momento de las contracciones uterinas
- Realizar monitoreo materno fetal
- No se realizan los procedimientos de rasurado perineal y enema evacuante
- Determinar el parto inminente con ayuda de la parturienta
- Ubicar a la parturienta en la banqueta de partos con su propia vestimenta
- La parturienta se agarra de la soga fija con las dos manos, el acompañante (familiar o partero) sujeta de la parte posterior, haciendo ligera presión a la altura del fondo uterino.
- Proveer mates (orégano, manzanilla, otros) y preparados de uso popular (aceite virgen, aceite dolor, aceite rosada, agua florida) a demanda
- El personal de salud toma una actitud expectante
- No descubrir las partes íntimas para la recepción del recién nacido
- Realizar la sección del cordón umbilical y proceder a la atención del recién nacido
- Colocar faja (rollete) por encima de la altura del fondo uterino
- Pasar a la cama a la puérpera juntamente con su recién nacido, mantenerla abrigada o arropada

³⁰ Documento elaborado en el taller llevado a cabo en Santillana, con participación del personal de salud de la Micro red San José de Secce y parteros, el día 25 de julio de 2002

- Entregar la placenta al familiar
- Realizar monitoreo de funciones vitales
- Proveer mate a demanda
- Permitir el reposo en cama el tiempo requerido por la puérpera

Facilitar que la misma puérpera se realice la higiene perineal

ELEMENTOS DE LA SALA DE PARTO CON ADECUACIÓN CULTURAL



ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN CULTURAL EN
ESTABLECIMIENTO DE SALUD



TESTIMONIO

“Anteriormente les llevaban a un cuarto, allí les cerraban y no dejaban entrar a sus familiares. No se enfermaban como ahora con sogá ni en silla; sino echadas en la cama con las piernas abiertas, les gritaban y eso no les gustaba, les atendían haciendo bulla, riéndose eso tampoco les gustaba.

Ahora nos atienden como nos gusta ya sea en la cama o en la silla sentadas agarradas de la sogá. Nos agarra por la cintura nuestro esposo y eso nos gusta; porque así estamos acostumbrados en la chacra. Nos gustaría que nos sigan atendiendo así, haciendo hervir hierbas, dando remedios caseros igual que en nuestra casa”.

Leocadia Palomino (35)