

**UNIVERSIDAD NACIONAL
DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA PROFESIONAL DE ANTROPOLOGÍA**



**“LA ATENCIÓN DEL PARTO CON ENFOQUE
INTERCULTURAL EN LOS HOSPITALES
REGIONAL Y ANTONIO LORENA DE LA
PROVINCIA DE CUSCO”**

TESIS PRESENTA POR:

Br. SHELNY DONGO ROJAS

Br. JOHN EDGARD PUENTE DE LA VEGA CHÁVEZ

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA**

ASESORA:

Mgt. DELMIA VALENCIA BLANCO

**CUSCO - PERÚ
2011**

TESIS AUSPICIADA POR EL CONSEJO DE INVESTIGACIÓN - UNSAAC

*Así como no os encontráis cuando se encuentran
vuestras manos o se mezclan vuestras voces,
sino cuando vuestros corazones se unen
y vuestros espíritus se hablan.
Así, no os separáis...,
sino cuando un muro se levanta entre vuestros corazones
y cuando vuestros espíritus no hablan ya la misma lengua.*

K AHLIL GIBRAN, *El Profeta*

*A mi hija Samantha, fuente de mi gratitud a Dios por su vida,
por compartir conmigo la alegría de ser parte de mi vida.*

*A mi madre Salomé Rojas Hullcañahui
y a mis abuelos Mariano Rojas y Matilde Hullcañahui,
que me enseñaron a no rendirme jamás,
y sé que están muy orgullosos viéndome desde el cielo.*

Shelny Dongo Rojas

*A mis padres,
A quienes debiéndoles todo, es de ellos todo lo que hago.*

*A Eris y a Próspero,
en reconocimiento a su compañía en esta ardua labor.*

John Puente de la Vega Chávez

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido solo posible gracias al apoyo de numerosas personas que tenemos a bien reconocer y enviarles nuestro más sentido agradecimiento.

En primer lugar agradecemos a la Mgt. Delmia Valencia Blanco, que en su calidad de asesora, nos ha guiado con sus valiosos consejos y correcciones a las versiones preliminares de la tesis. También estamos reconocidos por su estímulo constante y sobre todo por la calidad de profesional que es, y en cuya imagen nos hemos inspirado.

Del mismo modo agradecemos a todos los docentes de nuestra facultad que han contribuido en nuestra formación profesional, y de manera muy personal agradecemos al Lic. José Solís Mora que nos brindó su apoyo como asesor externo.

También expresamos nuestro agradecimiento a todas las personas que nos ayudaron de manera directa e indirecta en la realización del presente trabajo: al Dr. Santiago Saco Mendez, a la Mgt. Carmela Chung, a la Lic. Deysi Moscoso (Directora de UNICEF-Cusco), al Obstetra William Velazco (Decano del Colegio de Obstetras del Cusco) y al Dr. Wilber Román; a todos ellos por haber dedicado parte de su tiempo a explicarnos y ayudarnos a dilucidar los problemas concernientes a lo planteado en la tesis. Hacemos extensiva nuestra gratitud a todos los profesionales de salud del Hospital Regional, del Hospital Antonio Lorena y del Centro de Salud de Belenpampa que accedieron a ser entrevistados, a pesar de encontrarse en horarios de trabajo.

Por último, debemos también un reconocimiento especial a nuestros amigos y familiares que sin su apoyo, no habría sido posible ver culminado este proyecto.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
INTRODUCCIÓN	2

CAPÍTULO I

ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PROBLEMA OBJETO DE INVESTIGACIÓN	5
1.2 OBJETIVOS	8
1.2.1 Objetivo general	8
1.2.2 Objetivos específicos	8
1.3 HIPÓTESIS	8
1.4 JUSTIFICACIÓN	9
1.5 MARCO TEÓRICO	10
1.5.1 La Salud Intercultural y el Parto con Enfoque Intercultural en el Perú	10
1.5.2 Enfoque Teórico desde la Antropología del Nacimiento	24
1.5.3 Estado de Arte de la Investigación	29
1.5.4 Marco Conceptual	36
1.6 DISEÑO METODOLÓGICO	41
1.6.1 Tipo de Investigación	41
1.6.2 Método de Investigación	41
1.6.3 Unidad y Sujeto de Análisis	42
1.6.4 Universo de Estudio	43
1.6.5 Muestra	43
1.6.6 Técnicas de Recojo de Información	44

CAPITULO II
ASPECTOS GENERALES DE LOS HOSPITALES REGIONAL
Y ANTONIO LORENA

2.1 HOSPITAL REGIONAL CUSCO	47
2.1.1 Características Generales	47
2.1.2 Breve Reseña Histórica	48
2.1.3 Deficiencias En La Atención	49
2.2 HOSPITAL ANTONIO LORENA	51
2.2.1 Características Principales	51
2.2.2 Breve Reseña Histórica	52

CAPITULO III
LAS CONCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE EL
PARTO VERTICAL

3.1 FORMACIÓN ACADÉMICA EN SALUD INTERCULTURAL	54
3.1.1 La Salud Intercultural en las Universidades	54
3.1.2 Mecanismos Para la Enseñanza del Parto Vertical	60
3.1.3 Nivel de Conocimientos de los Profesionales de Salud en Salud Intercultural y Parto Vertical	62
3.1.4 Conocimientos sobre la Cultura Andina del Parto	71
3.2 CAPACITACIÓN PROFESIONAL EN ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ENFOQUE INTERCULTURAL	75
3.2.1 Cursos de Capacitación en Parto Vertical	75
3.2.2 Número de Partos Verticales Atendidos	80
3.2.3 Nivel de Conocimiento de la Norma Técnica	83
3.2.4 Beneficios de la Aplicación de la Norma Técnica	85
3.3 PREJUICIOS SOBRE LA CULTURA ANDINA DEL PARTO	87
3.3.1 Apreciaciones Sobre las Costumbres Andinas del Parto	87
3.3.2 Devolución de la Placenta	93
3.3.3 Adecuación Intercultural del Parto en los Hospitales del Cusco	102

CAPÍTULO IV
BARRERAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON
ENFOQUE INTERCULTURAL

4.1	RELACIONES ASIMÉTRICAS ENTRE MÉDICOS Y PACIENTES	107
4.1.1	Atención a las Pacientes de Origen Andino	107
4.1.2	Comportamiento de las Pacientes en el Proceso de Parto	109
4.1.3	Comprensión del Idioma Quechua	112
4.2	BARRERAS INSTITUCIONALES PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL	114
4.2.1	Políticas de Salud y Normas Administrativas	114
	CONCLUSIONES	121
	RECOMENDACIONES	123
	BIBLIOGRAFÍA	124
	ANEXOS	129

PRESENTACIÓN

SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO.

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

Ponemos a vuestra consideración el presente trabajo de tesis intitulado **“LA ATENCIÓN DEL PARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LOS HOSPITALES REGIONAL Y ANTONIO LORENA DE LA PROVINCIA DE CUSCO”**.

Para la realización del presente trabajo de investigación se puso en práctica los conocimientos adquiridos en las aulas universitarias de la Carrera Profesional de Antropología. La consulta bibliográfica respectiva, así como la información directa obtenida de las entrevistas al personal de salud que atienden en ambos hospitales, constituyeron el punto de partida que nos permitió alcanzar los objetivos propuestos en este trabajo de investigación.

El objetivo de este estudio es cumplir con el requisito de graduación y, a partir de ello, generar conocimiento acerca de los motivos por los cuales los profesionales de salud de los hospitales de nuestra ciudad, que tienen a su cargo la atención de parto, evitan la práctica del parto vertical. Sin duda, a partir del conocimiento generado, se trata de contribuir para que el Ministerio de Salud y la Dirección Regional de Salud puedan contribuir a implementar políticas de difusión del parto con adecuación intercultural, en vista de la diversidad cultural de nuestro medio.

Los tesistas.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis tiene como origen un conjunto de constataciones y reflexiones respecto al por qué el parto vertical no es una práctica masificada en los hospitales Antonio Lorena y Regional de nuestra ciudad de Cusco, en consideración a la vasta población andina que posee.

Orientaron la realización del estudio el contraste entre la realidad multicultural e intercultural que existe en nuestro país, donde el Estado reconoce la existencia de diversas culturas y lenguas, sin embargo en los temas de salud, específicamente sobre parto, no dispone de políticas públicas que permita que la referida diversidad cultural sea tomada en cuenta como parte de un sistema de atención a las mujeres de extracción popular que reclaman ser atendidas en su contexto cultural.

Una de las limitaciones detectadas en los hospitales Regional y Antonio Lorena de nuestra ciudad –siendo éstos los establecimientos de salud más populares a donde acuden diariamente pacientes de diferente condición social y cultural, y de provincias aledañas que traen consigo una serie de patrones culturales distintos a los que tenemos en la ciudad- es que no se practica el parto vertical. Las razones que encontramos fueron, entre otras, que los Médicos Gineco-obstetras, Obstetras y demás personal de salud, que allí laboran, desconocen la atención del parto vertical con adecuación intercultural, debido a que en su formación académica no han recibido dichos conocimientos. A ello se añaden los problemas de prejuicios culturales, subyacentes en dicho personal de rechazar este tipo de partos, por factores de barreras culturales y etnocentrismo.

Por otra parte, a nivel institucional, como parte de las jerarquías y procesos administrativos, dichos hospitales son considerados solo para atenciones riesgosas y casos de gravedad en el parto, mas no están “obligados” a atender

partos verticales, pese a existir una Norma Técnica¹ emitida por el Ministerio de Salud desde el año 2005.

Todos estos aspectos son tratados a lo largo de la tesis que consta de cuatro capítulos.

En el primer capítulo se aborda la parte teórico-metodológica de la investigación. Donde se expone como problema de investigación: **¿Qué barreras culturales impiden que los profesionales Gineco-obstetras y Obstetras de los hospitales Regional y Antonio Lorena brinden atención del parto vertical con enfoque intercultural?**; como hipótesis tenemos que: **Las barreras culturales entendidas como, desconocimiento del idioma, de la cultura del “otro” y prejuicios, impiden que los profesionales Gineco-obstetras y obstetras de los hospitales Regional y Antonio Lorena brinden atención del parto vertical y, en la medida que estas barreras sean superadas será posible la aplicación del enfoque intercultural en la atención del parto;** finalmente, tenemos como objetivo general: **Identificar y explicar las barreras culturales que impiden que los profesionales de salud de los hospitales Regional y Antonio Lorena brinden atención del parto vertical con enfoque intercultural.** Además se expone el marco teórico, el estado de arte de la investigación, el diseño metodológico y las justificaciones del trabajo.

El segundo capítulo trata de los aspectos generales de los hospitales Antonio Lorena y Regional de la ciudad de Cusco donde enfatizamos algunas de las características más importantes, relacionadas con la infraestructura para atender los partos y de cómo están acondicionados sus ambientes para brindar atención en salud con el enfoque intercultural. También añadimos una breve reseña histórica de ambos hospitales.

¹Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. MINSA, 2005

En el tercer capítulo presentamos los resultados de la investigación, donde se explica todos los detalles respecto a la formación académica del personal de salud en atención de parto vertical y salud intercultural; a su capacitación profesional en cursos, seminarios y segunda especialidad, también relacionadas con la atención del parto y la interculturalidad; y a los prejuicios culturales que ellos tienen respecto al parto vertical y las costumbres andinas del parto.

En el cuarto capítulo se abordan las barreras médicas e institucionales para la atención del parto vertical con adecuación intercultural, considerando que las relaciones asimétricas médico-paciente dificultan una atención intercultural y de calidad.

Finalmente se alcanzan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PROBLEMA OBJETO DE INVESTIGACIÓN

El Perú alberga muchas culturas que guardan entre sí relaciones muy diversas, a menudo conflictivas pero que, en ocasiones, también coinciden en puntos de afinidad y aprendizaje recíprocos.

En el país predomina una matriz cultural hispano-occidental en la mayor parte del territorio, sin embargo existen grupos que mantienen formas de vivir y visiones del mundo particulares y diferentes. Estas diferencias se ponen de manifiesto en el conjunto de prácticas y conocimientos relacionados con la salud, la enfermedad y el bienestar, observándose así tensiones culturales entre la medicina moderna "occidental" y la medicina tradicional que se practica en las zonas rurales.

La medicina occidental ha sido implementada en los centros de salud a nivel nacional, dejando de lado las prácticas alternativas, perdiéndose valiosos conocimientos y tradiciones acumulados durante muchos años. No obstante, el Ministerio de Salud del Perú ha emitido la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural 2005. Esta emisión es un gran avance para la salud pública en nuestro país.²

La necesidad de revalorar la cultura, como una dimensión imprescindible del proceso de atención de la salud, ha sido considerada en el Perú luego de una década en que el restablecimiento del sistema de atención y el crecimiento de los establecimientos de salud en todos los rincones del país casi han

²NUREÑA, César R. 2009

doblegado al viejo problema de la inaccesibilidad geográfica. Esto nos lleva a enfrentar el desafío de la inaccesibilidad cultural³.

En las últimas décadas la interculturalidad en salud ha sido un concepto para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, pues el tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico; ya que implica valorar la diversidad cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.

La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud ha generado en nuestro país iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

En la atención materna se han encontrado diferentes obstáculos, como la denominadas *Barreras Culturales*; es decir, obstáculos como el idioma y las costumbres diferentes que dificultan la comprensión entre los actores sociales. No se ha comprendido que la forma de pensar, sentir y vivir es diferente. Ha sido difícil desarrollar y sostener estrategias de adecuación cultural, sobre todo en el campo de la atención materna. Esto ha determinado que un gran grupo no acceda a los servicios de salud, sencillamente porque el personal de salud no se adecua a sus patrones culturales de la paciente. Debemos tener presente que la salud es parte de la cultura de los pueblos y es también un derecho de cada uno de nosotros como ciudadanos que somos.

En el caso del Cusco, a pesar de que en algunas de sus provincias de población predominantemente rural ya se ha implementado la atención del

³Arrollo, J. MINSA-OGE, Lima, 2001

parto vertical con enfoque intercultural, en la ciudad la atención del parto vertical está aun en un proceso incipiente, pese a la existencia de la “Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural” que promueve la atención de este tipo de parto también en los Centros de Salud y Hospitales de la ciudad. Especial mención tienen los hospitales Regional y Antonio Lorena de nuestra ciudad por ser establecimientos de mayor demanda entre los sectores más populares, que atiende a una población con limitados recursos económicos y condición social pobre como son los migrantes rurales, ambulantes, pobladores de asentamientos humanos, asociaciones pro vivienda, obreros, vendedores terciarios, trabajadores de mercados, como también población de comunidades campesinas de los distritos de Santiago, San Jerónimo, Poroy, Ccorca y Saylla.

Estos grupos sociales, que son en su mayoría, migrantes de zonas rurales del departamento de Cusco, concurren masivamente a solicitar atención en dichos hospitales, habiendo tenido la mayoría de ellos experiencias en sus poblaciones de origen el haber dado a luz con parto vertical y otras con el convencional de los establecimientos de salud, vale decir, en forma horizontal.

Por lo expuesto, esta realidad nos conduce a plantearnos como tema la atención del parto con enfoque intercultural, por ello nuestro problema objeto de estudio se centra en la siguiente interrogante:

¿Qué barreras culturales impiden que los profesionales gineco-obstetras y obstetras de los hospitales Regional y Antonio Lorena brinden atención de parto vertical con enfoque intercultural?

Las preguntas específicas que requerimos investigar son:

- ¿Qué concepciones tienen los profesionales Gineco-obstetras y Obstetras de los hospitales de Cusco sobre la atención del parto vertical con enfoque intercultural?
- ¿Qué otros elementos constituyen una barrera cultural para la atención del parto vertical con enfoque intercultural?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar y explicar las barreras culturales que impiden que los profesionales gineco-obstetras y obstetras de los hospitales Regional y Antonio Lorena brinden atención del parto vertical con enfoque intercultural.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer las concepciones que tienen los profesionales Gineco-obstetras y Obstetras de los hospitales de Cusco sobre la atención del parto vertical con enfoque intercultural.

Determinar la forma en que los prejuicios culturales, las barreras médicas de orden normativo y las relaciones asimétricas entre el personal de salud y las pacientes, dificultan la atención del parto vertical con enfoque intercultural.

1.3 HIPÓTESIS

Las barreras culturales entendidas como, desconocimiento del idioma, de la cultura del “otro” y prejuicios, impiden que los profesionales Gineco-

obstetras y obstetras de los hospitales Regional y Antonio Lorena brinden atención del parto vertical, y en la medida que estas barreras sean superadas será posible la aplicación del enfoque intercultural en la atención del parto.

SUB HIPÓTESIS

- Las concepciones que tienen los profesionales de salud Gineco-obstetras y Obstetras sobre el parto vertical está condicionada por la formación académica y la capacitación profesional que recibieron en temas sobre atención del parto con enfoque intercultural.
- Los prejuicios culturales, las barreras médicas y las relaciones asimétricas entre el personal de salud y las pacientes, dificultan la atención del parto vertical con enfoque intercultural.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La importancia del presente trabajo de investigación radica en que nos permitirá identificar y explicar las barreras culturales que impiden que los profesionales Médicos Gineco-obstetras y Obstetras de los hospitales Regional y Antonio Lorena brinden atención de parto vertical con enfoque intercultural.

La implementación del enfoque intercultural en la salud constituye una herramienta de gran utilidad para mejorar la atención del parto a pacientes de zonas rurales, por esta razón este trabajo de investigación tiene como propósito conocer las concepciones que tienen los profesionales Gineco-obstetras y Obstetras de los hospitales de la ciudad de Cusco sobre la atención del parto vertical con enfoque intercultural.

Este trabajo nos permite identificar la forma en que los prejuicios culturales, las barreras médicas de orden normativo y las relaciones asimétricas entre el personal de salud y las pacientes, dificultan la atención del parto vertical con enfoque intercultural.

1.5 MARCO TEÓRICO

1.5.1 LA SALUD INTERCULTURAL Y EL PARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL PERÚ

Para empezar, hay que precisar que la Interculturalidad es un campo de investigación relativamente reciente (Rodrigo, 1997). Esto hace que, en muchos casos, todavía sea necesaria una mayor investigación para poder exponer conclusiones totalmente fundamentadas. Pero, por el momento, podemos hacer una clarificación terminológica del concepto de Interculturalidad para no confundirla con Multiculturalidad, ya que usualmente ambos términos se han utilizado indistintamente como si fueran sinónimos.

Siguiendo la definición de Fidel Tubino⁴, la Multiculturalidad sería la coexistencia de pueblos y culturas diferentes en un mismo ámbito geográfico, y que, además, presupone la *tolerancia*, es decir la convivencia en mutuo respeto. La Interculturalidad, en cambio, supone ir más allá de reconocer la existencia de diferentes culturas, busca además el *diálogo* y la reducción de las relaciones asimétricas entre culturas⁵. En esta relación intercultural se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender

⁴Tubino, Fidel, "Entre el Multiculturalismo y la Interculturalidad: Más Allá de la Discriminación Positiva" en Fuller, Norma (2002)

⁵Idem, p.73

mutuamente, comprendiendo las formas de percibir la realidad y el mundo de la otra⁶.

Para Delgado F. y Escobar C.⁷ la Interculturalidad busca, además, el intercambio, la reciprocidad y la solidaridad entre los diferentes modos de entender la vida de dichos grupos. Implica también poner en contacto elementos de las diversas culturas y pueblos, expresarlos suprimiendo las barreras culturales y promoviendo un diálogo enfocado en la búsqueda de la aceptación mutua y a la reciprocidad. Es un concepto que hace referencia a la acción y la comunicación entre las personas de diferentes culturas. En este sentido, la interculturalidad se convierte en una propuesta ético-política.

Para comprender de mejor manera la Interculturalidad incluimos un breve resumen de los rasgos que la componen según Virgilio Alvarado⁸.

- La interculturalidad implica el convencimiento de que es preciso aprender a convivir entre culturas diferentes ya que, existen vínculos, valores, y otros puntos en común entre las culturas.
- Implica también esforzarse por prevenir los conflictos interétnicos y por regularlos y resolverlos pacíficamente.
- Convencerse de que las culturas no son completas en sí mismas sino que necesitan unas de las otras.

⁶ Hay que tener en cuenta que la Interculturalidad no se refiere a un pueblo o grupo en particular sino que involucra a toda la sociedad, puesto que pretende fomentar un auténtico conocimiento y comprensión entre todos los sectores que la componen.

⁷ Freddy Delgado B. y César Escobar V. (S/F) *Diálogo Intercultural y Anticientífico. Para el Fortalecimiento de las Ciencias de los Pueblos Indígenas Originarios*

⁸ Alvarado, Virgilio. "Políticas Públicas e Interculturalidad" en Fuller, Norma (2002), p.36

- Crear espacios y procesos de interacción positiva que abran y generalicen relaciones de confianza, de reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo y debate, aprendizaje e intercambio, cooperación y convivencia, y regulación pacífica del conflicto.
- Para ello es necesario un grado de distanciamiento crítico de las personas respecto a su propia cultura, sin que ello signifique una merma en la identificación étnica o cultural en sí misma o en su sentido de permanencia.

Todo lo anterior se funda en tres principios:

1. **La ciudadanía.** Ésta implica el reconocimiento pleno y búsqueda constante de igualdad real y efectiva de derechos, responsabilidades, oportunidades, así como la lucha permanente contra el racismo y la discriminación.
2. **El derecho a la diferencia.** Éste asume el derecho a la identidad y a desarrollar las propias expresiones culturales de todos y cada uno de los pueblos étnicos.
3. **La unidad en la diversidad.** La unidad nacional no debe imponerse sino que debe ser construida por todos y asumida voluntariamente⁹.

A partir de ello se construye el termino Salud Intercultural o Interculturalidad en Salud que consiste en una serie de acciones que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención en salud. Es un conjunto de acciones o políticas mucho más necesarias y trascendentes en un país multicultural y pluriétnico como el nuestro, circunstancia que genera diferentes expectativas y

⁹Alvarado, Virgilio. "Políticas Públicas e Interculturalidad" en Fuller, Norma (2002)p.36-37

percepciones del proceso salud-enfermedad entre proveedor-usuario y que suele provocar dificultades y desavenencias en la relación médico-paciente. Estas discrepancias se deben primordialmente a que tenemos la costumbre de ver, solamente, a través del “cristal” de nuestra propia cultura; con lo que ésta se convierte así en un dispositivo para percibir el mundo, la lente a través de la cual miramos la realidad. A esto se debe que todas las sociedades tengan la sensación de que sus modos de convivencia son superiores a todos los demás (CARREAZO, 2004).

Un modelo de salud intercultural puede contribuir a recuperar, revitalizar y desarrollar la medicina tradicional, integrándolas al modelo de salud regional y pasar a ser parte del proyecto del Estado Nacional inclusivo e incluyente que propugnan los pueblos indígenas y comunidades étnicas. De esta manera se asegura el respeto de los derechos humanos individuales y colectivos de los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas establecidas en los nuevos instrumentos jurídicos internacionales y nacionales.

Las estrategias de la salud intercultural tendrían que considerar la comunicación, como un factor que disminuye las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El mejorar los procesos de comunicación y diálogo promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y, a la vez, mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico. Al respecto, Berlin y Fowkes¹⁰ señalan que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: *“escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar”*. Los autores reconocen que aunque el lenguaje puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, él no constituye un obstáculo infranqueable en la relación profesional-paciente, siempre y cuando los profesionales estén abiertos al

¹⁰ Citado en ALARCÓN, Ana, VIDAL, Aldo, y NEIRA Jaime (2003)

diálogo y conozcan, en parte, la cultura médica de sus pacientes, como por ejemplo: las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y la utilización de herbolaria tradicional, entre otras.

Una segunda estrategia de la Salud Intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente, considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. En otras palabras las acciones de los pacientes frente a su enfermedad son la mayoría de las veces congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo.

La negociación cultural se manifiesta cuando las creencias culturales y las expectativas de los pacientes se contraponen a las del profesional de salud, interfiriendo en la confianza y adherencia al proceso terapéutico. La investigación médico-etnográfica da cuenta, por ejemplo, de la escasa adherencia a tratamientos farmacológicos cuando son considerados nocivos por el paciente o en oposición a su marco de creencias. El rechazo cultural hacia el procedimiento de donación de órganos y trasplantes documentado en Chile entre la población mapuche, es otro ejemplo de cómo la cosmovisión sobre la vida y la muerte interfiere en una determinación médica tan importante como preservar la vida a través de una intervención quirúrgica (ALARCÓN, Ana y otros. 2001; 7: 67-75). Situaciones de esta índole son ampliamente documentadas en la literatura médico-antropológica y demuestran que en la relación médico-paciente existe la probabilidad de antagonismos entre los marcos conceptuales y valóricos de ambos actores del proceso terapéutico.

En estos casos, el proceso de negociación cultural identifica las áreas de conflicto y acuerdo, localiza núcleos de significación entre ambas culturas que puedan implicar puntos de consenso y culmina con un acuerdo de cambio y cooperación entre pacientes y médicos. Al respecto Kleinman¹¹ sostiene que la única forma de lograr un acto terapéutico eficaz es a través del compromiso entre el enfermo y el profesional; lo que se logra sólo si la propuesta de recuperación se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo, y si la intervención es aceptable, significativa y satisfactoria, tanto para médicos como pacientes.

Para Cunningham¹² la interculturalidad en la salud *nace de un doble derecho*: El derecho a mantener y cultivar las prácticas tradicionales de salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas; y el derecho establecido en la Constitución Política, de que la salud es un derecho de todos los pobladores independientemente de su origen étnico, raza, sexo, ubicación geográfica y edad.

La interculturalidad en salud tiene como objetivos:

- Lograr una adecuada *comunicación entre pueblos y culturas con el fin de que se construyan relaciones interétnicas armoniosas y respetuosas*. Contar con espacios para el intercambio y enriquecimiento mutuo de valores y conocimientos sobre la salud contribuye al avance y al desarrollo de un modelo de salud intercultural a nivel nacional.
- *Superar las relaciones asimétricas entre los sistemas de salud*. Durante la conquista y colonización interna y externa, la medicina tradicional

¹¹Citado en ALARCÓN, Ana, VIDAL, Aldo, y NEIRA Jaime (2003)

¹² CUNNINGAM, Myrna (2002) Etnia, Cultura y salud: La Experiencia de la Salud Intercultural Como una Herramienta Para la Equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua.

fue acusada y excluida de la vida pública, por lo tanto su práctica ha sido clandestina y no se ha utilizado en los espacios formales y públicos. Eso ha causado un grave proceso de estancamiento; su renovación ha sido parcial y, por lo tanto, no ha tenido el mismo ritmo de desarrollo que la medicina académica-occidental. Esas prácticas también se han desprestigiado ante los mismos pueblos y comunidades, y en muchos casos es signo de vergüenza, se ve como algo atrasado y salvaje.

- *La convivencia en el mismo territorio y comunidades de diversos pueblos indígenas y comunidades étnicas.* Con el establecimiento de relaciones interétnicas respetuosas, la propuesta de una educación intercultural y el desarrollo de los medios de comunicación, así como la migración interna y externa, ha hecho que, con excepción de los pueblos en aislamiento voluntario, se encuentren y convivan en un mismo espacio pueblos con culturas diferentes. Esto ha incrementado la necesidad de mayor convivencia y creación de espacios con prácticas interculturales, extendiéndose hacia el campo de la salud.
- *La construcción de un Estado Nacional incluyente y democrático.* El fortalecimiento de la democracia multiétnica exige continuar creando condiciones para el ejercicio de derechos de ciudadanía individual y colectiva (CUNNINGAM, Myrna. 2002, p. 3-4).

Por tanto la interculturalidad en salud o salud intercultural significa que todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicadas en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción.

Para llevar a cabo la implementación de la interculturalidad en el área de la salud, los Estados Latinoamericanos han utilizado diferentes enfoques que, en algunos casos, han resultado en políticas meramente integracionistas disfrazadas de respeto a la diversidad cultural. A continuación, Myrna Cunningham¹³ nos ofrece un panorama claro de los cuatro enfoques existentes:

1- El Enfoque Paternalista o Integracionista. Se expresa básicamente en el reconocimiento formal de la diversidad cultural, pero se caracteriza por el establecimiento de relaciones verticales y medidas definidas desde arriba y desde afuera. En la práctica se refleja en un sistema de salud dominante bajo el paradigma biomédico y discrimina al sistema de salud indígena. Aunque reconoce la diversidad étnica, cultural y lingüística como elementos folclóricos interesantes, no los respeta porque organiza los servicios de salud y programas sin incorporar aspectos elementales como el idioma. Además, no reconoce los conocimientos sobre salud de los pueblos indígenas ni los agentes tradicionales de salud ni a las autoridades territoriales ni comunitarias. Por tanto, hay irrespeto a la cultura del otro por parte del personal de salud.

2- El Enfoque Culturalista. Este enfoque parte del reconocimiento del pluralismo cultural que afirma el derecho a la diferencia cultural y el valor intrínseco de cada cultura desde la visión que ella tiene de sí misma. En este enfoque se otorga mayor grado de importancia a los aspectos didácticos, lingüísticos o folclóricos, sin profundizar en aspectos de participación y poder real. Se privilegia el uso de la lengua a nivel oral para traducir lo que es de interés del médico o del personal de salud occidental. En este enfoque prevalece la atención en adaptar el currículo oficial mediante actividades didácticas

¹³ CUNNINGAM, Myrna (2002) p. 8-11

centradas en la lengua y la cultura; por ejemplo, agregar al currículo de la carrera de salud un curso sobre plantas medicinales sin prestar interés a los aspectos vinculados a la cosmovisión indígena relativa a la salud.

- 3- El Enfoque del Empoderamiento o Enfoque Autonómico.** Este enfoque parte de que la salud intercultural deriva del ejercicio de los derechos sustantivos que tienen los pueblos indígenas y comunidades étnicas. Se enmarca, por lo tanto, en los derechos humanos de libre determinación.

En este enfoque se privilegia el rescate y revaloración de la cultura de los pueblos y comunidades involucrados, el afianzamiento de la identidad colectiva y la participación plena de las decisiones desde la organización hasta la implementación, evaluación y seguimiento de los sistemas de salud.

- 4- El Enfoque de Convivencia.** Este enfoque ha sido promovido ante el incremento de las migraciones internas y externas, y el contacto que eso genera entre las culturas. En él mismo se parte del hecho de que es imprescindible el conocimiento del otro para que exista la convivencia y para poder reconocerlo como ser diferente, porque el desconocimiento produce temor. La convivencia no es simplemente la mera coexistencia, la mera tolerancia. La convivencia implica cierto interés activo por el otro, y puede significar la incorporación de elementos de las culturas ajenas al acervo cultural propio.

Se parte de que es importante la difusión del conocimiento adecuado acerca de las culturas originales, para que los no indígenas y otras comunidades étnicas puedan conocerlas y valorarlas positivamente como parte integrante del país. Así mismo se plantea como una

estrategia para promover el diálogo intercultural e inter-étnico para alcanzar una coexistencia armónica.

En el campo de la salud se refleja a través de la promoción de estudios etnográficos que se hacen con el solo objetivo de conocer las diversas culturas y tradiciones, a fin de que el grupo dominante pueda conocer que los que son diferentes son seres normales y a partir de ello poder convivir y organizar los programas de salud.

En el caso peruano, el enfoque que se viene aplicando es el enfoque paternalista y el enfoque de convivencia.

Desde 1993, a través el Departamento de Salud en Desarrollo Sostenible, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definieron la iniciativa de salud de pueblos indígenas que se conoce como la Resolución V: "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS" y que ha servido de base para la Iniciativa de Salud de Pueblos Indígenas- SAPIA. Dicha resolución, se constituye en un compromiso de los Gobiernos Miembros, a nivel político, de otorgar prioridad al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas, respetar su cultura y sus conocimientos ancestrales. Este documento fue suscrito por el gobierno peruano.

Los principios conceptuales y metodológicos aprobados por los mencionados organismos internacionales para implementar la salud intercultural, son los siguientes¹⁴:

Respeto por los Derechos Humanos Fundamentales: Se refiere a los derechos humanos que forman parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como son: el derecho a la vida, a la

¹⁴ Ver Cunningam (2002)

libertad y a la seguridad de las personas. Considera que en las condiciones de violaciones sistemáticas de los derechos humanos fundamentales es imposible abordar el tema de las necesidades de salud.

Reconocimiento de los Pueblos Indígenas: Si los Estados no reconocen la existencia de los pueblos indígenas, no es posible el desarrollo de políticas que respondan a sus necesidades de salud. No se resuelve el problema incluyéndolos en categorías amplias, como grupos vulnerables o pobres, puesto que con ello se desconoce su carácter único y sus necesidades particulares.

Voluntad de los Estados para Garantizar el Derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas: Aunque las políticas definidas sean amplias y positivas, no serán eficaces si no hay voluntad de los Estados para garantizar su derecho a la salud. Plantean que el enfoque debería caracterizarse por la superposición de los siguientes temas: interrelación, autodeterminación y equidad.

- **La Interrelación.** Se refiere al hecho de que la salud indígena no debe ni puede separarse de otros aspectos de su desarrollo, tomando en cuenta las dimensiones económicas, sociales, políticas, culturales, espirituales de la salud indígena.
- **La Autodeterminación.** Se refiere a la generación de oportunidades para que los pueblos indígenas tengan un mayor control sobre su salud. Se plantea que los pueblos indígenas no sólo deben asumir el liderazgo de los procesos de definición de políticas, sino también tener representación en los diversos espacios de decisiones políticas.

- **Equidad de Género.** Entendida como la igualdad de oportunidades entre varones y mujeres para desarrollar su propio potencial, reconociendo sus diferencias pero valorándolos.

También por primera vez se plantea la posibilidad para que los Estados reconozcan, orienten e incorporen los aspectos culturales de la medicina tradicional en el proceso de atención de salud; valorando la diversidad cultural y social de los pueblos indígenas, como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. Esta perspectiva busca articular las prácticas de la medicina tradicional y la medicina académica o biomédica; así como, disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud.

En este contexto se creó en nuestro país, en el año 2005, la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, con la finalidad de adecuar los servicios de salud para que cuenten con las condiciones necesarias para la atención del parto vertical con un enfoque de interculturalidad, género, equidad y respeto de los derechos de las poblaciones alto andinas y amazónicas; y así, mejorar la calidad, accesibilidad y satisfacción de los usuarios, las usuarias y los proveedores.

La Norma Técnica define el parto vertical como “ [...] aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pies, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca por delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto, que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos del recién nacido [...]”¹⁵.

¹⁵Ver Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural 2005. p.16

La Norma desarrolla las ventajas del parto vertical, señalando que no ocasiona alteraciones en la circulación sanguínea de la madre, que ésta, al encontrarse apoyada en los miembros inferiores, consigue un mejor punto de apoyo corporal; que la acción de la gravedad favorece el encaje y la posición del feto, además de permitir un mejor control de la mujer sobre su parto¹⁶.

Resulta oportuno mencionar que la referencia específica de esta Norma a las poblaciones alto andinas y amazónicas, no se debe interpretar como que se trata de un dispositivo de exclusiva aplicación en los establecimientos de salud que atienden a dichas poblaciones. En efecto, si bien es prioritario que las mujeres alto andinas y amazónicas tengan acceso a este tipo de parto, también es necesario que los establecimientos de salud de las zonas urbanas provean este tipo de servicio debido al desplazamiento interno y al derecho de todas las mujeres a elegir la posición para su parto. Así, incluso un Instituto Especializado (de categoría III-2), ubicado en el distrito de Lima Metropolitana—

¹⁶ Según la Norma Técnica N° 033-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural, la adecuación de la atención que se brinda en los establecimientos de salud a la cultura de los usuarios contempla, además, los siguientes puntos:

- Batas para cubrir adecuadamente a las madres y no atentar contra su pudor.
- Evitar el exceso de personal en el ambiente del parto.
- Informarle a ella, a su pareja o a quien la acompañe, sobre los procedimientos que realizará el médico antes del parto e informarle sobre los resultados.
- Cubrir las ventanas con cortinas.
- Luz tenue o indirecta.
- Estufa.
- Abrigo adecuado.
- Nunca lavar a la parturienta con líquidos fríos —calentar soluciones—.
- Permitir el ingreso de la partera.
- Dejar que sea acompañada por el esposo u otro familiar al momento del parto.
- Informar a la gestante o a su familiar que si lo desean se les puede entregar la placenta. En caso que el servicio de salud elimine la placenta, nunca mostrar que se ha eliminado a un tacho de basura o chata.
- Después del parto, permitir el consumo de líquidos (infusiones) que la gestante o familiar elija.
- Las parteras pueden suministrar las hierbas que habitualmente se administran a la parturienta.

como es el caso del Instituto Nacional Materno Perinatal, ex Maternidad de Lima—, está en la obligación de atender partos en posición vertical, si la usuaria así lo solicita.

Por ello, los establecimientos de salud correspondientes a las categorías indicadas en la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, necesitan contar con infraestructura, equipos, medicamentos y materiales adecuados; así como con personal capacitado para efectuar la atención de los partos en posición vertical.

Igualmente, la Norma establece la obligación de los establecimientos de salud que atienden este tipo de partos de contar con instalaciones apropiadas. En tal sentido, se requiere contar con un ambiente cuya iluminación sea tenue y que mantenga una temperatura de 24 grados centígrados, aproximadamente.

Asimismo, las paredes no deben estar pintadas con colores claros y las ventanas deben estar recubiertas con cortinas de colores. Los establecimientos de salud deberán tener a su disposición materiales específicos para la atención del parto vertical, tales como colchonetas, asientos circulares de madera, argollas colocadas en el techo del ambiente, cojines, sogas, camilla para parto vertical. Además se debe contar con equipos indispensables para la atención de cualquier parto, tales como estetoscopio, fetoscopio, tensiómetro, equipo de reanimación neonatal, entre otros. También debe disponer de medicinas tradicionales, ya que estos elementos son considerados por la población andina y amazónica como necesarios para evitar complicaciones.

La Norma también indica, de manera detallada, el protocolo para la atención de una gestante que ha optado por dar a luz en posición vertical. Estas pautas comprenden desde la recepción de la gestante, la atención del período de dilatación y del período expulsivo, hasta la atención del puerperio y la consejería después del parto, sobre temas relacionados con la atención del

recién nacido, así como de salud sexual y reproductiva en general. En ese sentido, la Norma estandariza la atención del parto vertical en nuestro país de acuerdo con los criterios internacionales y la experiencia nacional, en respuesta a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de servicios, aumentar la demanda y reducir las complicaciones y muertes maternas.

Sin embargo, en la actualidad, este programa no cuenta con fondos propios para el desarrollo de sus acciones de promoción y depende enteramente del apoyo de la cooperación internacional. A partir de entrevistas que realizó la Defensoría del Pueblo a personal responsable de la implementación de la Norma Técnica, se ha tomado conocimiento de que el programa de parto vertical se está impulsando, principalmente, en Amazonas, Cusco, Huancavelica, Puno y San Martín¹⁷.

1.5.2 ENFOQUE TEÓRICO DESDE LA ANTROPOLOGÍA DEL NACIMIENTO

Conocemos que la Antropología se caracteriza por incorporar los elementos socioculturales en la comprensión y análisis de los hechos que estudia. En el caso de los procesos de salud, enfermedad y atención de la salud, la Antropología Médica ha permitido profundizar en la comprensión de los sistemas y modelos sanitarios, entendiéndolos como productos culturales insertos en determinados contextos históricos e ideológicos.

Un Sistema Médico puede ser considerado como la "...constelación de creencias, conocimientos médicos, personal humano, facilidades y recursos que, en conjunto, estructuran y organizan la forma como los miembros de un grupo socio-cultural desarrollan los cuidados y tratamientos para la enfermedad". (FÁBREGA Y MANNING. 1979). Young (1976) ampliando esta

¹⁷ Presentado en el Informe Defensorial N° 138 "Derecho a una Maternidad Segura. Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA" (2008)

idea dice que "...en la sociedad occidental, así como en las tradicionales, la persona enferma aprende a desarrollar el comportamiento sintomático de la misma manera como adquiere el conocimiento de la conducta considerada apropiada por su sociedad"¹⁸.

En el campo de las ciencias sociales, desde hace cuatro décadas, se viene desarrollando una línea de trabajo específica dentro de la Antropología Médica denominada Antropología del Nacimiento¹⁹, que se ha centrado en el análisis de los distintos modelos de atención del nacimiento existentes en el mundo. Estos estudios han incluido el análisis del modelo biomédico de atención del parto, que es el predominante en nuestra sociedad, así como otros modelos de atención del nacimiento.

La Antropología del Nacimiento ha permitido comprender los períodos de gestación-parto-nacimiento y puerperio más allá de sus dimensiones biológicas, como hechos cargados de significados culturales. En este sentido, cada sociedad organiza la atención del nacimiento en relación con el sentido y significado que le confiere a dicho momento.

Desde el comienzo de los estudios antropológicos, se prestó poca atención al tema del parto en las distintas culturas. Sin embargo, en la década del 60, una serie de antropólogas comenzaron a explorar las costumbres indígenas relativas al parto y a entenderlas como sistemas integrados de conocimiento y práctica -en contraste con el cada vez más hegemónico modelo biomédico que se practica en la sociedad occidental. En este transcurso se afianzó el campo de la Antropología del Nacimiento gracias a los trabajos de una serie de investigadoras pioneras como Margaret Mead, Sheila Kitzinger y Brigitte Jordan. En la actualidad destacan investigadoras como Davis-Floyd²⁰ y Brigitte Jordan.

¹⁸ En VARGAS R. y NACCARATO P. (1995)

¹⁹ Red Nacer (s/f) "Antropología". Disponible en www.rednacer.cl

²⁰ BARFIELD, Thomas. 2000, p.452

De todas las autoras citadas, hemos visto conveniente usar la **Teoría del Nacimiento** de la antropóloga norteamericana **Brigitte Jordan**, quien, en su libro clásico *Birth in Four Cultures* (1978), enfoca la atención antropológica en el tópico del parto y la comparación intercultural. Su trabajo describe detalladamente los aspectos del parto en cuatro países. Contrasta el parto comunitario y centrado en la mujer de una comunidad Maya en Yucatán, con el altamente tecnologizado modo de enfrentar el parto en los Estados Unidos, y con los sistemas de Holanda y Suecia; ambos atendidos por matronas²¹.

Para B. Jordan el parto se refiere a la manera en que cada cultura particular concibe la misma, porque da a conocer acerca del quién, dónde, y cómo debe ocurrir. Cada sociedad produce una configuración sistemática de las prácticas de parto que son mutuamente dependientes e internamente consistentes. Lo que las hace aparecer como correctas es la definición cultural específica que norma, a nivel tanto práctico como simbólico, lo que debe ocurrir. El parto, dice la autora, es un momento de crisis dentro de la vida y, como tal, es en todas partes del mundo susceptible para una regulación social, que varía poco al interior de cada sistema y mucho entre distintas culturas.

Hay cuatro aspectos que la autora considera necesarios en el proceso de parto. Estos son: el territorio, los participantes, el uso de medicación y la tecnología.

El **territorio** (o lugar) donde ocurre el parto, es de gran importancia debido a que ese lugar es *territorio* de alguien, o de un determinado sistema de atención. Por tanto, por *territorio* nos referimos tanto al lugar físico donde ocurre el parto como a su correlato simbólico.

²¹ Ver en JORDAN, Brigitte. 1978.

El parto incluye la **participación** de otras personas, además de la mujer, que constituyen parte integral del proceso; estos/as participantes se pueden separar analíticamente entre quienes son especialistas, como doctores, parteras, matronas, y quienes no lo son (familiares, amigos, etc.). Sin embargo, en casi la totalidad de las culturas del mundo, el acceso al momento del parto ha estado restringido y, al mismo tiempo, es muy raro que una mujer dé a luz sola, sin el apoyo de otras personas.

Por **medicación** entendemos el uso de cualquier sustancia que se introduzca en el cuerpo de la mujer para afectar el curso natural del parto (acelerarlo o des-acelerarlo) o para aliviar el dolor, y que se relaciona directamente con la tecnología de cada cultura.

La **tecnología** se refiere a un conjunto de equipos, instrumental y máquinas usadas en el parto. Estos artefactos, objetos utilitarios o rituales, instrumentos y equipo necesario para el manejo cultural apropiado del parto, constituyen una parte significativa de la *cultura del nacimiento* de cada sociedad²².

En el caso peruano, los pueblos indígenas cuentan con una cosmovisión y comprensión de la salud-enfermedad muy diferente al de nuestro modelo convencional biomédico. Como elementos sustanciales de esta cosmovisión podemos apreciar que la salud y la enfermedad se consideran como situaciones de equilibrio o desequilibrio entre elementos fríos o calientes. Todo lo que sucede en la Tierra y el Cosmos se puede clasificar, también, como *frío* y *caliente*; y su interacción con el ser humano puede favorecer su salud o condicionar desequilibrio; el mismo que, al ser alterado, provoca desarmonía entre los seres humanos, la naturaleza, el cosmos y las divinidades. También puede ocasionar desequilibrios que lo pueden afectar a él, a su familia o a la comunidad (BUITRÓN. 2002: 38).

²²JORDAN, Brigitte (1978) *Birth in Four Cultures*

Sin embargo, aunque parezca contradictorio, desde la percepción y cosmovisión indígena, la misma clínica u hospital -en muchas ocasiones- también se la considera como un lugar que posee riesgos importantes a la salud.

Específicamente con respecto al parto se señala que *“la sala de expulsión es ‘fría’ y puede producir ‘frialdad’ a la madre e inhibir, con ello, las contracciones que son ‘calientes’; que se le da de alta antes de cumplir los primeros tres días después del parto en que todavía se encuentra en estado ‘caliente’, con lo que se puede ‘desequilibrar’ y enfermar; que se le prohíben a la usuaria sus elementos de protección para que no le ‘roben’ el calor a ella y a su hijo, con lo que se pueden enfermar; que maltratan y humillan a la mujer produciendo ‘derrame de bilis’; que la puede enfermar a ella y al bebé a través de la leche y, específicamente, con la posición del parto, con la mujer acostada, señalan que esto dificulta la ‘bajada del niño’, las contracciones, el pujar, y aumenta los dolores”* (MENENDEZ. 2002).

Estos elementos son ahora considerados como “barreras culturales” que dificultan o alejan a los usuarios indígenas de los servicios de salud, y que pueden estar presentes en la normatividad, en los espacios físicos y en la formación del personal de salud. El disminuir o erradicarlas favorece la adecuación cultural.

A diferencia del sistema biomédico, que define las causas y el tratamiento de las enfermedades en base a criterios fisiológicos, los sistemas médicos indígenas o populares generalmente contemplan aspectos socio-culturales, religiosos, ecológicos, emocionales o afectivos de la experiencia humana, bajo una visión holística que integra el cuerpo y el espíritu.

Es así como las expectativas culturales de distintas comunidades campesinas sobre cómo debe ser atendida la salud entran en contradicción con las concepciones y procedimientos médicos occidentales.

Por el contrario, dada la orientación “eficientista” del sistema biomédico, el personal de salud occidental no dispone de mucho tiempo para sus pacientes.

Además, cuando se tratan a pacientes indígenas, el médico no habla su mismo idioma y el lenguaje médico puede resultar poco comprensible para las usuarias de los servicios de salud. Todo ello crea una barrera que explica en gran medida el por qué la población indígena no utiliza de manera activa el sistema de salud occidental, ya sea público o privado.

Reconocer las diferencias culturales en la atención de la salud es un aspecto muy positivo, aunque no suficiente; es necesario entender las concepciones y valores profundos que están en la base de dichas diferencias.

1.5.3 ESTADO DE ARTE DE LA INVESTIGACIÓN

En el Perú se han realizado pocas investigaciones sobre la atención del parto con enfoque intercultural; y esto es más notorio cuando llevamos la investigación a los establecimientos de salud de las zonas urbanas. Para conocer el estado de la cuestión hemos reseñado algunos trabajos que nos parecen importantes.

Uno de los autores que más ha trabajado en el Perú sobre la atención del parto con enfoque intercultural es César R. Nureña. En su estudio *“Incorporación del Enfoque Intercultural en el Sistema de Salud Peruano: La Atención del Parto Vertical”*, realizado el año 2009, menciona que existen tensiones culturales

entre la “medicina moderna” occidental y la medicina indígena; a pesar de que en el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ya existen instancias encargadas de las políticas y programas de salud de los indígenas, incorporando la atención del parto en posición vertical “con adecuación cultural”²³.

El Ministerio de Salud (MINSA), en cumplimiento de la Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural que vio la luz el año 2005, implementó en diversas zonas, predominantemente rurales, la introducción de prácticas tradicionales de las culturas locales, tales como los “acompañamientos” y las “casas de espera”²⁴.

La aplicación de las casas de espera comenzó en el año 1998, en la ciudad de Huánuco, donde se instalaron en coordinación con el Ministerio de Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Con ellas se buscaba crear espacios comunitarios cercanos a los establecimientos de salud que sirvieran para alojar a las gestantes durante los días previos al alumbramiento y atender posibles complicaciones como una forma de ayudar a reducir la mortalidad materna²⁵. Según Raquel Hurtado (2006) las pacientes gestantes, que se busca atender, provienen de zonas de difícil acceso, y esto es especialmente peligroso si es portadora de factores de riesgo obstétrico y social²⁶. La reducción de distancias geográficas equivale también a reducción de distancias culturales.

Con el tiempo las casas fueron incorporando elementos de la partería tradicional andina como el parto vertical, la climatización del ambiente, las mantas de cuero, la preparación de mates o infusiones con distintas hierbas y el acompañamiento de familiares u otros allegados²⁷.

²³ NUREÑA, Cesar R. (2009), p. 368

²⁴ NUREÑA, Cesar R. (2009), p. 371-372

²⁵ NUREÑA, Cesar R. (2009), p. 372

²⁶ HURTADO LA ROSA, Raquel (2006)

²⁷ NUREÑA, Cesar R. (2009), p. 372

En la actualidad, en las casas de espera las mujeres pueden seguir desarrollando muchas de sus actividades cotidianas como lavar, cocinar o atender a su familia y, en algunos casos, se organizan talleres productivos (por ejemplo de manualidades y artesanías). En el plan de parto se consigna las preferencias de la mujer en relación con el lugar del alumbramiento y el transporte disponible, la posición elegida para el parto y las personas que la acompañarán. La adecuación intercultural incluye el acondicionamiento del local (iluminación tenue, calefacción, cortinas, etc.), la presencia de parteras y de allegados, la disponibilidad de materiales (como equipos, vestimenta, fajas, camillas, etc.), de medicinas tradicionales y la entrega de la placenta a los familiares para que dispongan de ella según las costumbres locales²⁸. Hay recomendaciones específicas relacionadas con las revisiones físicas, en particular el examen vaginal o tacto vaginal para determinar el tamaño de la dilatación del canal de parto, así como con el manejo del dolor, los masajes, la relajación y la higiene.

La atención del parto con enfoque intercultural está reglamentada en la Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural que ha entrado en vigencia desde el año 2005²⁹. Esta Norma Técnica exige que el personal de salud brinde a la gestante una cálida bienvenida, que le explique los procedimientos de manera sencilla, respetando sus creencias, costumbres, todo ello para mejorar la relación del profesional de salud con la gestante. Además, se permiten los llamados “acompañamientos” que son elegidos por la parturienta, que pueden ser: su propia pareja, su madre, suegra, una partera de confianza o cualquier otro familiar. Además se le da libertad a la parturienta de elegir la posición que ella prefiera o le sea más cómoda.

²⁸NUREÑA, Cesar R. (2009), p. 372

²⁹ Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Perú, 2005

Una de las prácticas culturales relacionadas con la atención del parto es la posición que adopta la parturienta para dar a luz. Mientras que la gran mayoría de gestantes de zonas alejadas (rurales o centros poblados de grandes ciudades) prefieren dar a luz en forma vertical -ya sea en cuclillas, sentadas o arrodilladas, entre otras-, el personal que atiende los partos en los establecimientos de salud del Estado ha sido formado para atender el parto en posición horizontal o ginecológica. Estas dos prácticas, totalmente diferentes, ocasionan una disonancia cultural entre el personal que atiende y la parturienta, causando la desconfianza de la gestante y el estrés del personal de salud por no satisfacer la necesidad de la usuaria³⁰.

Informes oficiales del año 2009 estiman que en el país funcionan unas 337 casas de espera³¹, mientras que en el Cusco contamos con 150³².

El doctor Santiago Saco Méndez indica que los centros de Salud del Cusco que atienden en su mayoría a pacientes de zonas rurales, debido a los altos índices de mortalidad materna, vieron la necesidad de implementar estrategias de reducción del índice de mortalidad. Por eso aplicaron las “casas de espera” que tienen las mismas características de construcción, implementación, iluminación y distribución de una casa propia de la comunidad de la usuarias, donde llegan las gestantes acompañadas de sus familiares, días antes del parto, y son controladas, monitoreadas y atendidas por el personal de salud, quedándose en estas casas hasta que se encuentre, tanto ella como el bebe, en buenas condiciones para regresar a su hogar³³.

³⁰ NUREÑA, Cesar R. (2009), p. 372

³¹ SACO MÉNDEZ, Santiago (2009) *Reducción de la Mortalidad Materna con Estrategia Intercultural en Cusco Perú*. Dirección de Salud del Cusco – Perú

³² SACO MÉNDEZ, Santiago (2009)

³³ SACO MÉNDEZ, Santiago (2009)

“Los promotores de salud o agentes comunitarios de salud, que a veces son también parteros o parteras, desempeñan un papel importante al actuar como nexos entre la población y el sistema sanitario...”³⁴

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde 1992, ha propuesto que los gobiernos practiquen políticas que consideren más detenidamente la salud y el bienestar de los indígenas. En 1993 la OPS congreco en Winnipeg, Canadá, a representantes de los pueblos indígenas, de los gobiernos y otros interesados de 18 países de la Región donde se propuso iniciativas de salud de los pueblos indígenas que planteaban: a) la necesidad de considerar la salud con un criterio integral; b) el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación; c) el derecho a la participación sistemática; d) el respeto por las culturas indígenas y su revitalización; y e) la reciprocidad en las relaciones con otros grupos³⁵.

Otros estudios nos aclaran la situación de las mujeres de las zonas rurales de nuestro país. En esta línea de investigación, Raquel Hurtado (2006) dice que “la gran mayoría de nuestras gestantes, de poblaciones rurales o centros poblados distintos de las grandes ciudades, y las mujeres de grupos amazónicos, prefieren dar a luz en forma vertical”, ya sea en cuclillas, sentada, arrodillada, entre otras³⁶. Sin embargo, el personal obstetra ha sido entrenado para la atención del parto en forma horizontal o ginecológica. Esto, en palabras de la autora ocasiona “un desencuentro cultural entre el personal que atiende y la parturienta, provocando desconfianza de la gestante y estrés en el personal de salud por no satisfacer la necesidad de la usuaria³⁷.”

Respecto a la percepción que tienen los profesionales gineco-obstetras y obstetras sobre la atención con enfoque intercultural a las pacientes

³⁴ NUREÑA, Cesar R. (2009), p. 372

³⁵ OPS /OMS. *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas* (2003)

³⁶ HURTADO LA ROSA, Raquel (2006) p. 9

³⁷ HURTADO LA ROSA, Raquel (2006)

parturientas, tomamos como referencia un estudio realizado en el ámbito de la ciudad de Tacna en el año 2006 a cargo de la Obstetra Leandra Llanca Ramos. En dicho estudio se entrevistaron y encuestaron a 18 Médicos Gineco-obstetras y 100 Obstetras que laboran en los diferentes establecimientos de salud de dicha ciudad. Los resultados obtenidos indican que los profesionales de salud reconocen carecer en su formación universitaria de elementos interculturales y, a pesar de ello, consideran que la atención con este enfoque es un derecho, una necesidad y que se justifica su implementación. Por otra parte, reconocen que la condición étnica genera inequidad y discriminación en la atención de salud³⁸.

Para resaltar la importancia del parto vertical, mencionamos los comentarios de la Médico Gineco-obstetra de la Clínica Universitaria de San Marcos y catedrática de la Facultad de Medicina de San Fernando, la Dra. Cidaneli Salas Llerena, que en una entrevista para la agencia Andina³⁹, indicó que entre las ventajas del parto vertical frente al de la posición horizontal, se encuentran la reducción significativa de las complicaciones en el alumbramiento, al ser menos prolongado que el parto horizontal. Asimismo, esa posición brinda mayor oxigenación a la madre y también al bebé, acorta el período de dilatación, reduce el dolor en el parto, contribuye a una rápida recuperación de la madre luego de dar a luz y, con ello, facilita la integración familiar, dado que, al nacer sin complicaciones, el recién nacido puede reunirse con su madre con mayor prontitud.

El catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad San Antonio Abad del Cusco, Santiago Saco Méndez, realizó un importante trabajo de investigación sobre la reducción de la mortalidad materna debido a la

³⁸ LLANCA RAMOS, Leandra (2007) *“Percepción de los Profesionales Gineco-obstetras y Obstetras de la Atención con Enfoque Intercultural a las Pacientes Obstétricas en el Ámbito de la Ciudad de Tacna”*. Revista Ciencia y Desarrollo N° 10

³⁹ SALAS LLERENA, Cidaneli (2008) Entrevista completa disponible en www.andina.com.pe/Espanol/Noticia.aspx?id=V/9DVBcG+bQ≡

implementación del enfoque intercultural en los centros de salud del Cusco⁴⁰. Así nos indica que la mortalidad materna en Cusco en el año de 1998 se reportaba en 453 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos; problema que se mantenía desde hace muchos años, sobre todo en las zonas más alejadas (rurales) donde vive una población predominantemente analfabeta, quechua hablante, y que mantiene una cultura ancestral; donde la costumbre, que viene desde épocas pre Incas, es tener el parto en forma vertical y/o de cuclillas, y con una serie de ritos ajenos a la cultura occidental. Desde entonces los trabajadores de salud han comenzado a cuestionar la forma “occidental” de atención del parto y se plantearon estrategias más “humanas” de atención dentro del marco del respeto a los derechos humanos, a la equidad de género y la interculturalidad.

Frente a esta situación, la Dirección de Salud del Cusco y sus trabajadores buscaron alternativas de solución, se clasificaron a las gestantes por comunidad y se les hacía un seguimiento para su control; con la comunidad se acordó poner multas económicas a las gestantes que no acudían a sus controles, aún así muchas de ellas, a pesar de hacer todos sus controles, no acudían al establecimiento de salud para dar el parto; se detectó que esto se debía a problemas de accesibilidad geográfica y cultural, muchas vivían en lugares muy distantes (más de 4 horas de caminata). Para dar una solución a este problema se implementaron las casas de espera, también llamados “Mama Wasi” (Casa de la Mamá)⁴¹.

Por último, Nureña nos habla que la migración del campo a la ciudad es uno de los fenómenos sociales que más ha marcado la historia reciente del Perú, por lo cual convendría apreciar esta realidad para evaluar la conveniencia de la introducción de servicios de salud culturalmente adecuados también en el

⁴⁰ SACO MÉNDEZ, Santiago (2009) *Reducción de la Mortalidad Materna con Estrategia Intercultural en Cusco Perú*. Dirección de Salud del Cusco – Perú

⁴¹ SACO MÉNDEZ, Santiago (2009)

contexto urbano o en otras zonas de la Costa. Siendo este un tema complejo que, en palabras de Nureña, "merece ser investigado con más detenimiento"⁴².

Por lo expuesto vemos que no hay trabajos de investigación en la atención del parto con enfoque intercultural en los hospitales de las zonas urbanas en Cusco, y hemos constatado que tampoco existen en el plano nacional. Por ello nuestro proyecto de investigación se perfila como uno de los pioneros en la antropología del nacimiento dentro de la zona urbana.

1.5.4 MARCO CONCEPTUAL

BARRERAS CULTURALES

En la literatura consultada para el presente estudio no hemos encontrado una definición precisa de las barreras culturales. Por ello, optamos sintetizarlo de la siguiente manera:

Las *Barreras Culturales* son obstáculos que impiden la adecuada comunicación entre dos personas o culturas diferentes. Estos obstáculos son el desconocimiento de la cultura del otro, el idioma y los prejuicios culturales.

CULTURA

Es un proceso no estático, por una parte tangible y otra intangible. La cultura se constituye a través de valores, símbolos, costumbres, historia, memoria, rituales y formas de entender el tiempo y las relaciones

⁴² NUREÑA, Cesar R. (2009), p. 374

interpersonales. Todas las personas llevan un equipaje cultural debido a su vivencia personal y educación, pero no todas las personas de la misma cultura son idénticas. Todos llevamos varias identidades culturales que nos permite entender el mundo de una forma individual y colectiva a la vez. La cultura es un fenómeno dinámico que cambia según las necesidades internas y externas, pero muchas veces conserva una esencia fundamental.⁴³

DERECHOS CULTURALES

Se refieren al derecho de los individuos y los colectivos de mantener, proteger y ejercer su propia cultura siempre y cuando esas costumbres no entren en conflicto con las ideas fundamentales de los Derechos Humanos Universales. Los derechos culturales son importantes porque protegen a las minorías y miembros de una comunidad cultural en su relación con el Estado. Los derechos culturales son importantes sobre todo para las minorías culturales, nacionales y lingüísticas, pero también para las personas en general, para poder elegir una manera de vivir.

DERECHOS HUMANOS

Son derechos universales que pertenecen a todas las personas, en base a la idea de que estos derechos y libertades son esenciales para la supervivencia, la libertad y dignidad humana. Los derechos humanos están recogidos sobre todo en los artículos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y otros instrumentos internacionales. Los

⁴³FamilyCare Internacional y QAP. Manual para la Humanización – Adecuación Cultural de la Atención de Parto (2005) p. 5. Disponible en www.familycareintl.org.es

individuos pueden tener derechos humanos como individuos así como miembros de una comunidad. Los derechos de las minorías y los pueblos originarios han llegado a ser una preocupación mundial.

ENFOQUE Y ADECUACIÓN INTERCULTURAL

Entendemos por “enfoque” a la perspectiva a través de la cual se observa una realidad. Tiene una visión teórica que funciona como eje, desde el cual se lee toda la realidad para explicarla y entenderla. Así existen el enfoque, de género, de equidad, de respeto a los Derechos Humanos, de interculturalidad, etc. Aplicar el enfoque intercultural a este trabajo significa que vamos a ver la realidad desde el punto de vista de la Interculturalidad, como una propuesta que busca generar diálogo entre los grupos sociales.

La “adecuación” consiste en la materialización o ejecución del “enfoque”, sea cual sea, mediante el uso apropiado de sus métodos y políticas. En este sentido la “adecuación intercultural” se refiere a la implementación de políticas que favorezcan una relación intercultural; vale decir, para capacitar y sensibilizar a una población en temas de interculturalidad, implementar un establecimiento de salud con motivos que representen la diversidad de culturas en nuestro país, etc⁴⁴.

⁴⁴ A esto se refiere Cesar Nureña cuando dice: “Se considera necesario **adecuar** los servicios en la atención materna con un **enfoque** de interculturalidad, género, equidad y respeto a los derechos humanos”. Y más adelante dice: “la adecuación intercultural se refiere al acondicionamiento del local (iluminación tenue, calefacción, cortinas, etc.), la presencia de parteras y de allegados, y la disponibilidad de materiales y equipos (vestimenta, fajas, camillas, etc.) y de medicinas tradicionales”. NUREÑA, Cesar(2009) p. 371-372

INTERCULTURALIDAD

La interculturalidad supone ir más allá de la simple idea de reconocer la existencia de diferentes culturas, busca, además, el *diálogo* y la reducción de las relaciones asimétricas entre culturas. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo las formas de percibir la realidad y el mundo de la otra. En este sentido, la interculturalidad es una propuesta ético-política que hace referencia a la acción y la comunicación entre personas de diferentes culturas⁴⁵.

PARTO NORMAL

El parto normal es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) como aquel de comienzo espontáneo y de bajo riesgo, desde el comienzo del trabajo de parto hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones.⁴⁶

PARTO VERTICAL

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al

⁴⁵ TUBINO, Fidel (2002), p.74

⁴⁶ Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud, Argentina. Abril 2004, p. 24

bebe que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal de parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido⁴⁷.

PREJUICIO CULTURAL

Es el proceso de formación de un concepto o juicio sobre alguna cosa de forma anticipada, es decir, antes de tiempo; implica la elaboración de un juicio u opinión acerca de una persona o situación antes de determinar la preponderancia de la evidencia o la elaboración de un juicio sin antes tener ninguna experiencia directa o real. Consiste en criticar de forma positiva o negativa una situación o una persona sin tener suficientes elementos previos. Es una actitud que puede observarse en todos los ámbitos y actividades de la sociedad, en cualquier grupo social y en cualquier grupo de edad, e implica una forma de pensar íntimamente relacionada con comportamientos o actitudes de discriminación.

RELACIONES ASIMÉTRICAS

Son las que se producen entre personas que no ocupan la misma posición social dentro de la interacción o diálogo. Se manifiesta entre personas que ejercen un rol de autoridad sobre las otras; por ejemplo, un jefe comunicándose con su empleado o subalterno; un médico hablando con su paciente; un padre con su hijo, etc.

⁴⁷ Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural Perú, 2005. p.16

SALUD INTERCULTURAL

Significa, básicamente, la capacidad de funcionar entre dos o más sistemas culturales en temas de salud o mejorar el diálogo entre los clientes y proveedores. La idea es incorporar el entorno o condiciones culturales en los servicios de salud. La memoria del Primer Encuentro Nacional “Salud y Pueblos Indígenas de México” en el año 2002 la define como “la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos de cuerpo biológico, social y relacional (...).En el plano operacional se entiende la interculturalidad como potenciar lo común entre el sistema occidental y el sistema médico indígena (...), respetando y manteniendo la diversidad⁴⁸”

1.6 DISEÑO METODOLÓGICO

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para los fines del presente trabajo hemos optado usar la investigación de tipo explicativa, por cuanto se expone el fenómeno de investigación, para luego interpretarlo en base a los datos obtenidos, tomando en cuenta lo propuesto en las hipótesis.

1.6.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método de trabajo utilizado en el presente estudio responde al Método Hipotético-Deductivo, en la medida que nos permitirá partir de una hipótesis que guía el estudio, basado en una realidad concreta, para luego, con la

⁴⁸FamilyCare Internacional y QAP. Manual para la Humanización – Adecuación Cultural de la Atención de Parto (2005) p. 5. Disponible en www.familycareintl.org.es

recopilación de información, a través de la observación y la aplicación de un cuestionario, se describe, sistematiza y deducen los elementos más importantes del estudio que nos llevará a la obtención de nuevos conocimientos.

En cuanto al carácter de la investigación, por la información vertida en ella, es del tipo Cualitativo. El nivel del trabajo que se desarrolla en el presente estudio es el Explicativo; es decir que, en un primer momento, se expondrán los hechos para luego ser analizados e interpretados siguiendo el marco teórico planteado.

1.6.3 UNIDAD Y SUJETO DE ANÁLISIS

Para los intereses de la presente investigación hemos optado como unidad de análisis los siguientes escenarios:

- El Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de la ciudad de Cusco.
- El Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Antonio Lorena de la ciudad de Cusco.

Los sujetos de análisis fueron:

- Los Médicos Gineco-obstetras del Hospital Regional.
- Los Obstetras del Hospital Regional.
- Los Médicos Gineco-obstetras del Hospital Antonio Lorena.
- Los Obstetras del Hospital Antonio Lorena.

1.6.4 UNIVERSO DE ESTUDIO

La población de los sujetos de análisis que van a formar parte de la investigación corresponde a:

HOSPITAL REGIONAL	TOTAL DE PERSONAL
Médicos Gineco-obstetras	11 médicos
Obstetras	24 obstetras

Fuente: Plan Operativo Institucional del Hospital Regional - Año 2010

HOSPITAL ANTONIO LORENA	TOTAL DE PERSONAL
Médicos Gineco-obstetras	12 médicos
Obstetras	23 obstetras

Fuente: Análisis de la Situación de Salud - Hospital Antonio Lorena del Cusco. ASIS 2008

1.6.5 MUESTRA

La muestra para la presente investigación es la siguiente:

SUJETOS DE ANÁLISIS	NÚMERO
Médicos Gineco-obstetras del Hospital Regional	6 médicos
Médicos Gineco-obstetras del Hospital Antonio Lorena	6 médicos
Obstetras del Hospital Regional	10 obstetras
Obstetras del Hospital Antonio Lorena	10 obstetras

Total: 32 personas

1.6.6 TÉCNICAS DE RECOJO DE INFORMACIÓN

Teniendo en cuenta las variables y preguntas principales y secundarias, hemos tomado en cuenta como técnicas de recojo de información las siguientes:

- Entrevistas estructuradas
- Entrevistas informales
- Observación participante
- Observación no participante

Cada una de estas técnicas ha sido diseñada, específicamente, para cada caso. Así tenemos:

- Las entrevistas estructuradas y no estructuradas han sido aplicadas al personal de salud, tanto Obstetras como Médicos Gineco-obstetras.
- También se han realizado entrevistas estructuradas y no estructuradas a los jefes del departamento de Gineco-obstetricia de ambos hospitales y al Decano del Colegio de Obstetras del Cusco.
- La observación participante y no participante ha sido un recurso para conocer los hechos que no podíamos registrar por medio de las entrevistas.

CAPÍTULO II

ASPECTOS GENERALES DE LOS HOSPITALES REGIONAL Y ANTONIO LORENA

En este capítulo detallaremos algunos aspectos que conciernen a los hospitales que hemos focalizado como unidad de análisis. Dentro de ello es importante señalar que a través del MINSA (Ministerio de Salud) todos los establecimientos de salud a nivel nacional están clasificados en niveles que van del I-1 al III-2 como se aprecia en el cuadro N°1. Esta categorización ha sido realizada tomando en cuenta la complejidad de atención que brindan los establecimientos en el sector salud, lo avanzado de sus equipos, la calidad de profesionales especializados y las diferentes áreas de atención con las que cuenta. Es así que un establecimiento de salud en el nivel I-1 brinda atención mínima de medicina general, sin especialidad, y no tiene posibilidad de brindar hospitalizaciones.

CUADRO N° 1

CATEGORIAS DEL SECTOR SALUD	MINISTERIO DE SALUD	EJEMPLO
I – 1	Puesto de Salud	P.S. AYRE,P.S. PICHIHUA
I – 2	Puesto de Salud con Médico	P.S. CHALLABAMBA
I – 3	Centro de Salud sin Internamiento	C.S. SAN JERONIMO,C.S. SAN SEBASTIAN
I – 4	Centro de Salud con Internamiento	C.S. PAUCARTAMBO,C.S. BELENPAMPA
II – 1	Hospital I	HOSPITAL ESPINAR,HOSPITAL CHUMBIVILCAS
II – 2	Hospital II	HOSPITAL QUILLABAMBA,HOSPITAL SICUANI
III – 1	Hospital III	HOSPITAL REGIONAL Y ANTONIO LORENA
III – 2	Instituto especializado	INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Fuente: MINSA. Categorías de Establecimientos de Sector Salud (2004)

De acuerdo a lo establecido en la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, están sujetos al cumplimiento de la Norma los establecimientos de las categorías I-4, II y III. En el caso de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad de Cusco, ambos están categorizados en el nivel III-1, por lo tanto están dentro de lo establecido en la Norma. Sin embargo, estos establecimientos no brindan atención de parto vertical por una serie de factores que analizaremos en los siguientes capítulos.

Entre esos factores -ya que estamos hablando de los aspectos de ambos hospitales- están la falta de infraestructura adecuada para partos verticales, ya que sus ambientes cuentan con infraestructura para atender solo partos horizontales. Existe también una deficiencia en el presupuesto del MINSA para implementar esta Norma, lo que constituye una contradicción; es decir que se promulga una norma sin siquiera disponer de los medios económicos necesarios para su cumplimiento. A esto se incluye la deficiencia en los honorarios del personal de salud que trabaja arduamente y durante varias horas ininterrumpidas por un sueldo que es escaso.

Los profesionales que atienden parto son los médicos gineco-obstetras, los obstetras, y personal de apoyo como enfermeras y técnicos en atención de salud. Pero son los responsables directos y especialistas en la atención del parto los dos primeros. Sus funciones, aunque puedan parecer similares, son muy distintas.

El médico gineco-obstetra es un profesional que ha estudiado la carrera profesional de medicina y que tiene como especialidad la gineco-obstetricia. Debido a su formación académica tiene como función atender patologías obstétricas (durante el periodo de embarazo) y partos considerados de alto riesgo. Son estos profesionales los únicos autorizados a realizar intervenciones quirúrgicas en situaciones en que, por ejemplo, sea urgente una cesárea.

Los obstetras son profesionales que estudiaron la carrera profesional de obstetricia. Su función es atender partos normales y, solo en la situación que no haya un especialista gineco-obstetra, pueden atender partos complicados. Ellos son los profesionales que tienen mayor contacto con las parturientas, desde el inicio del trabajo de parto; a diferencia de los médicos que solo son requeridos cuando se presenta alguna complicación.

2.1 HOSPITAL REGIONAL CUSCO

2.1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES

El Hospital Regional Cusco es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Cusco, prestadora de servicios de salud como centro de referencia Regional, con potencial humano calificado en diversas especialidades.

El Hospital Regional Cusco ejerce su jurisdicción en el ámbito de la Región Cusco; desarrolla sus actividades como centro de referencia de las principales redes de la región y, en menor grado, de las regiones de Apurímac, Madre de Dios y Puno.

Sus instalaciones están ubicadas en la Av. De La Cultura S/N, distrito, provincia y departamento del Cusco, a un costado de la Ciudad Universitaria de Perayoc.

La complejidad de sus servicios sustenta su autoridad técnica científica sobre centros de menor nivel en su área de influencia, liderando las acciones recuperativas y de rehabilitación de la localidad, en el marco de las normas vigentes.



Fachada del Hospital Regional Cusco

2.1.2 BREVE RESEÑA HISTÓRICA

Es a partir del 17 de Diciembre de 1954, en que se dispone la expropiación de los terrenos del Fundo Acomocco - Sacristaniyoc de propiedad del Arzobispado del Cusco y del Dr. Mariano García, respectivamente, que se inician los trabajos de factibilidad con Anteproyectos y Proyectos para la Construcción de Hospital; haciéndose cargo de su construcción una empresa Alemana, a través del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social; iniciándose dicha construcción en el Gobierno del Presidente Constitucional Manuel Prado Ugarte y el Ministro de Salud de ese entonces, el Dr. Javier Arias Stella; inaugurándose el 23 de Junio de 1964, en el primer periodo del Arquitecto Fernando Belaunde Terry; entrando en funcionamiento el 1º de Octubre del mismo año.

El primer Director de este nosocomio fue el Dr. Guillermo Díaz Lira, nombrado desde el Ministerio de Salud, y la primera Jefa de enfermeras fue la Lic. Emma

Lizarraga, también nombrada desde el Ministerio. El Hospital comenzó a funcionar con 25 médicos, 12 enfermeras y 60 técnicos, y con un total de 366 camas.⁴⁹

2.1.3 DEFICIENCIAS EN LA ATENCIÓN

El Hospital Regional Cusco, según se indica en su Plan Operativo Institucional, “brinda atención integral de salud a la persona, con potencial humano calificado, con enfoque recuperativo, de rehabilitación y preventivo promocional, en condiciones de plena accesibilidad y oportunidad, respetando sus creencias y costumbres, en todas las etapas de su vida”⁵⁰. Más adelante dice que “el Hospital Regional Cusco es una institución de referencia macroregional, acreditada en el nivel III-1, que brinda atención de salud basada en principios de universalidad, equidad, solidaridad y con un enfoque de derecho a la salud e interculturalidad, contribuyendo al desarrollo integral de la región y del país”⁵¹.

De estas dos citas cabe resaltar que este hospital tiene como políticas de atención el “respeto a las creencias y costumbres” de los pacientes, basándose además en principios de “equidad” e “interculturalidad”. Lamentablemente, durante la investigación que hemos llevado a cabo en dicho hospital, hemos encontrado que no se cumplen estas disposiciones en lo que respecta al respeto de la cultura del otro y a la interculturalidad, debido, entre otras cosas – que veremos en los siguientes capítulos-, a la deficiencia de la infraestructura, de equipos especializados y recursos humanos.

⁴⁹ DIRESA Cusco. (2010) Plan Operativo Institucional del Hospital Regional - Año 2010. p. 16

⁵⁰ DIRESA Cusco (2010) p. 14.

⁵¹ DIRESA Cusco (2010) p. 14.

Para muestra, en el Plan Operativo Institucional - 2010⁵², emitido por la Dirección Regional de Salud Cusco, se concluye que el “Hospital Regional del Cusco cumple, apenas, con el 75% de lo requerido para la categoría III-1”.⁵³

En la actualidad se están ejecutando proyectos de mejora de las Unidades Productoras de Servicio del Hospital, como el mejoramiento del Servicio de Diagnóstico por Imágenes, que se está implementando con equipos modernos, tecnología de punta como: tomógrafo, resonador magnético, mamógrafo, ecógrafo, entre otros equipos. Sin embargo, es también preocupante la falta de disponibilidad económica para la implementación de Recursos Humanos calificados para tal fin; y qué decir de la escasez de personal médico y obstetra para atender los partos con calidad y calidez. Hemos visto, en el proceso de investigación, que hay mucho estrés en el personal médico por el exceso de horas que llevan laborando y con sueldos mal remunerados. El incremento de la demanda de pacientes en los diferentes servicios ha ocasionado que el potencial humano sea extremadamente insuficiente, lo que genera una sobrecarga en las funciones asistenciales, que comprometen la calidad de atención de los pacientes.⁵⁴

En relación al equipamiento, existe disponibilidad de equipos médicos “moderadamente adecuados”⁵⁵, principalmente en los servicios críticos como el Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia, Neonatología y Centro Obstétrico. Sin embargo, muchos de estos equipos han agotado su

⁵² Que está disponible en Internet, en la dirección: www.hospitalregionalcusco.com/.../POI%20-%202010%20HRC.doc

⁵³ DIRESA Cusco. (2010) Plan Operativo Institucional del Hospital Regional - Año 2010. p. 78-80

⁵⁴ DIRESA Cusco. (2010) Plan Operativo Institucional del Hospital Regional - Año 2010. p. 86.

⁵⁵ La infraestructura del servicio de Emergencia es cada vez más insuficiente para la atención de urgencias y emergencias; toda vez, que cuando se presentan las contingencias, se habilitan camas en camillas y son ubicados en los pasillos e inclusive en la capilla.

vida útil y, debido a la necesidad, siguen siendo usados porque no pueden ser reemplazados por otros equipos, debido a que la institución no cuenta con el presupuesto correspondiente y por el alto costo que estos representan.

2.2 HOSPITAL ANTONIO LORENA

2.2.1 CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

El Hospital Antonio Lorena es, también, un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Cusco (Según la Ley N° 27657, Ley del MINSA y su Reglamento, aprobado con el D.S. 013-2002-SA). Ocupa un área total de 44,000 m², con 12,324 m² de área construida. Inicia su funcionamiento el 21 de Octubre de 1934, ofreciendo cuatro servicios básicos a la población. En la actualidad es considerado como Hospital de Referencia Regional de Nivel III-1, como Unidad Ejecutora. Atiende generalmente a la población de bajos recursos económicos de las zonas aledañas al distrito de Santiago, a provincias vecinas e, incluso, a otros departamentos. Cuenta con 450 trabajadores entre Personal Asistencial y Administrativo⁵⁶.

El Hospital Antonio Lorena está construido en su mayor parte de adobe, construcción que tiene más de 70 años de antigüedad, por lo cual se encuentra deteriorada, con continuas remodelaciones y refacciones. La estructura en general es acondicionada y en muchos casos no se adecua a los requerimientos de una estructura hospitalaria. En general se observa insuficiencia de los ambientes para la demanda de servicios, en algunos casos el hacinamiento es notorio (como se ve en el departamento de Gineco-

⁵⁶ Oficina de Inteligencia Sanitaria – Hospital Antonio Lorena. Análisis de la Situación de Salud Hospital Antonio Lorena del Cusco. ASIS 2008

Obstetricia). Por ello se ha hecho notar la necesidad de construir una nueva infraestructura para el hospital.

El Hospital Antonio Lorena se encuentra ubicado en el departamento del Cusco, provincia del Cusco, distrito de Santiago, en uno de los costados de la Plaza de Belén.



Fachada del Hospital Antonio Lorena

2.2.2 BREVE RESEÑA HISTÓRICA

En el siglo XVII se construyó el Hospital de La Almudena, que fue inaugurado el 1 de septiembre de 1698, a cargo de los betlehemitas. Este nosocomio prestó servicios hasta 1933, en que comenzó a construirse un nuevo hospital.

Por acuerdo de la Beneficencia, se le ha puesto, a este Hospital, el nombre de Antonio Lorena⁵⁷, en homenaje a la memoria del respetable hombre de ciencia y Médico, que vivió entre los años de 1849 y 1932, que prestó abnegados servicios por más de medio siglo en el Hospital de la Almudena y puso sus conocimientos al servicio de los indigentes en sus domicilios, en forma absolutamente gratuita.

⁵⁷ Para mayor información sobre la vida de Antonio Lorena véase: GARMENDIA, Roberto (1977) El Progreso del Cuzco 1900-1977. Cuzco. p. 88-89

CAPITULO III

LAS CONCEPCIONES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE EL PARTO VERTICAL

3.1 FORMACIÓN ACADÉMICA EN SALUD INTERCULTURAL

La intención de este capítulo es examinar y conocer la formación académica que han tenido los profesionales de salud en las carreras profesionales de Medicina y Obstetricia respecto a la Salud Intercultural, en la medida que nuestro país, y especialmente la región del Cusco, es una zona pluricultural, donde conviven variadas formas de cultura con concepciones distintas sobre el parto. Además, consideramos imprescindible su aplicación, dada la configuración intercultural que existe en nuestro país, producto de las múltiples culturas y pueblos indígenas andinos y amazónicos existentes tanto en las zonas urbanas como rurales. En tal orientación, es sumamente importante determinar el nivel de conocimientos de los profesionales de la salud sobre la cultura de las pacientes que van a atender -sobre todo de las pacientes rurales e indígenas-, y saber si están preparados o en condiciones óptimas de atender partos verticales con adecuación cultural.

3.1.1 La Salud Intercultural en las Universidades

Indagando en estos temas, descubrimos que la gran mayoría de los profesionales de salud no han recibido en su formación académica universitaria enseñanzas en parto vertical ni en salud intercultural. Aunque en algunos casos sí hemos tenido referencias de haber llevado al menos un curso sobre medicina "tradicional". Los testimonios de los médicos y obstetras así lo confirman.

Cuando se les preguntó sobre los cursos que habrían llevado en la universidad, referidos a la salud intercultural nos dijeron lo siguiente:

“En la universidad nunca me han enseñado eso.” (W.V. 44 años, Obstetra)

“Durante nuestra formación universitaria, en la Facultad de Medicina del Cusco, llevamos cursos electivos de especialidad como Sociología Médica, Quechua Médico, Atención Primaria de la Salud, Pediatría Comunitaria.(...)Referido sobre parto vertical o intercultural en la universidad nunca me han enseñado eso.” (W.R.L.40 años, Gineco-obstetra)

“Se debe enseñar; ¿porque ahorita la mayoría tenemos resistencia al cambio para hacer parto vertical? Porque nuestra formación, nuestro parámetro es otro, en ningún sitio se nos ha dicho que el parto es vertical. Nos han dicho que el parto es horizontal; nos han enseñado la anatomía, la fisiología y todo para hacer un parto horizontal. No somos de apertura para hacer un parto vertical y creo que debe enseñarse en las universidades.” (G.M.P 49 años, Obstetra)

Así, podemos apreciar que el personal de salud de los hospitales de Antonio Lorena y el Regional no ha sido formado, académicamente, en temas de salud intercultural, siendo este un gran referente para entender las deficiencias en la atención del parto con adecuación intercultural.

A los Médicos Gineco-obstetras y Obstetras de los hospitales Regional y Antonio Lorena, cuando se les planteó que si estaban o no de acuerdo en que, durante la etapa universitaria, se debiera enseñar cursos vinculados a salud intercultural, todos señalaron que era imprescindible, dado que el público con el

que trabajan así lo exige. Un gran porcentaje de los profesionales indicó que han trabajado con pacientes de condición humilde (llámese campesinas, migrantes, mestizas o de zonas urbano marginales) y con rasgos culturales andinos como el ser quechua hablantes y que practican costumbres andinas en su vida cotidiana; otras que son analfabetas, semi-analfabetas, de situación socioeconómica pobre o en extrema pobreza; que carecen de servicios básicos o los tienen parcialmente.

Lamentablemente, esta realidad pluricultural, no es contemplada por las universidades, ya que no incluyen en la curricula de las facultades de Medicina cursos sobre cultura indígena que, de hacerlo, ayudaría enormemente a sensibilizarlos, a hacer que su profesión sea pertinente a la realidad socio cultural de nuestro país y a reducir las brechas culturales, con lo que obtendríamos una mayor calidad en el servicio que brindan.

Dada esta realidad, palpada por los profesionales de salud, son ellos mismos quienes señalan que se debería incluir, obligatoriamente, esas materias por las siguientes razones:

“En relación a mi carrera, yo sería de la idea de enseñar no solo parto vertical sino ‘la salud en el campo y en la vida andina desde la atención a los niños, a los adultos y a las madres’. Como que deberíamos hacer un bloque de todos.” (M.E.P.C. 43 años, Obstetra).

“Yo sugiero que se lleve el curso de Medicina Folclórica, allí nos enseñan las costumbres de las pacientes, la forma de cómo dan a luz, como se hace para sacar más rápido la placenta en el campo y, además, nos enseñan como realizar el pago a la tierra. Eso debe ampliarse en todas las universidades.” (L.M.I. 48 años, Obstetra)

“Sí, debe ser. Porque te hace ver cómo va ser tu trabajo en el futuro. Ahora yo lo experimento, porque las costumbres de las personas, que ellas creen en el sol, en la luna –según la luna ellos creen que va haber esto, que va haber lo otro-, que si le van a sahumar con una yerba tal o cual, entonces va a salir mejor el bebe, va a salir más rápido o va a salir sin novedad.” (V.A. 41 años, Gineco-obstetra)

“Los temas deben ser relacionados a medicina tradicional, las costumbres, las ventajas y desventajas del parto vertical y... todo relacionado en lo que sea beneficio para la gestante. También la atención del parto con adecuación intercultural sí es importante aprenderlo en nuestra formación universitaria.” (S.C.E. 45 años, Gineco-obstetra).

La totalidad de médicos reconocen la necesidad de que los cursos formativos, en las universidades, deben estar acorde con la realidad cultural que vive el país y las dificultades que atraviesan cuando van a desempeñarse en la vida práctica. Por ello recalcan que:

“...Es necesario porque ésta es nuestra realidad. Entonces, siendo nuestra realidad, nosotros hemos aprendido a hacer la episiotomía⁵⁸, a hacer la atención, las maniobras, los mecanismos y todo lo demás en una posición horizontal; y cuando vamos a ver que la paciente está parada, yo tengo que estirarme hasta estar literalmente en el suelo. Tengo dificultades, cómo voy a aspirar, cómo voy a limpiar y cómo voy a hacer.” (R.B.P. 42 años, Obstetra)

⁵⁸ La episiotomía consiste en una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal "blando" para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura. La episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está contraindicada por la Organización Mundial de la Salud, en vista de que se ha demostrado que no previenen desgarros en o a través del esfínter anal ni desgarros vaginales.

“...todos los médicos van a llegar a lo que es el área rural, cuando hacen su servicio rural, tienen que conocer las costumbres, sino, no tiene sentido estar ahí.” (S.M. 50 años, Obstetra)

“...porque estando en un mundo globalizado creo que debemos de respetar las creencias de las personas que atendemos. No podemos decir que sabemos todo y dejamos de lado sus costumbres, creo que podríamos tomar como aliados al ‘otro’ conocimiento para el cuidado de la salud. También creo que la currícula debe variar. Nosotros tenemos profesores exclusivamente médicos, creo que tiene que, también, haber sociólogos, antropólogos, que nos van a ayudar a comprender bastante el comportamiento de las personas en sus comunidades; porque, aunque no tratamos de imponer, sí lo hacemos, y eso me parece que no está bien.” (W.R.L. 40 años, Gineco-obstetra)

“De hecho que sí, es importante, porque creemos que cuando salimos de la universidad todos deben de estar a nuestra disposición, y no es así. También creo que el respeto de una cultura hace que sea más sensible como profesional. (A.J. 36 años, Gineco-obstetra)

El personal de salud considera que la enseñanza de la atención del parto vertical tiene que ser de manera teórica y práctica. En la parte teórica, nos dicen, que se debe enseñar la diversidad de prácticas culturales que se tienen en nuestro país, relacionadas con la salud; pero, además, estos conocimientos deben ser inmediatamente contrastados con la práctica; es decir, que los estudiantes de medicina y obstetricia puedan participar como observadores en los centros de salud rurales. Sin embargo, en la actualidad, no se da así. Se espera que los estudiantes concluyan su carrera para recién enviarlos a esas zonas y puedan observar, recién, esta realidad. Estos son los testimonios:

“...en el momento de la rotación, cuando se va a trabajar en provincias, uno no sabe cómo actuar ante eso. Por ejemplo, yo fui, en una oportunidad a atender en una casa; ahí no se debe prender la luz, entonces tú no puedes violar y decir ‘¡no, yo prendo mi mechero!’ porque no te dejan. Entonces, si a uno le enseñan en la universidad con anterioridad, ya sabe a qué se está enfrentando y respeta sus costumbres, y ya sabe cómo atender el parto con las luces apagadas.” (R.P.R. 48 años, Obstetra)

“Yo considero que se debería enseñar, aparte del idioma, el conocimiento de las costumbres en la atención del parto y la medicina tradicional.” (L.A.T. 60 años, Gineco-obstetra)

En resumen, desde la perspectiva de los MédicosGineco-obstetras yObstetras, los cursos o temas que sugieren que se debería enseñar en la universidad son:

- Interculturalidad en la salud
- Interculturalidad durante el parto vertical
- Etnomedicina y medicina folklórica
- Costumbres para la atención del parto andino
- Cultura y realidad nacional
- Pueblos indígenas

Estas demandas tienen mucho que ver con la realidad que todos los días enfrentan los profesionales de la salud, en la medida que los factores sociales, económicos y culturales, que además tienen que ver con otros factores, como la pobreza y las carencias en servicios de agua potable, vías de comunicación, calidad educativa, fuentes de trabajo y calidad de vida, influyen de manera considerable en la salud materna.

“Más que nada es importante conocer la realidad de cómo viven los pacientes, ello va a influir en la calidad de atención a las pacientes. También hay que ver la cultura, la costumbre de nuestra población materna. Existe todavía el analfabetismo en las provincias, más que nada. Por lo tanto, pienso que tiene que prepararse para poder atender a ese grupo, que todavía son arraigados a su cultura. Ellas necesitan, también, a un profesional que esté preparado para trabajar en ese campo.”(M.B.P. 49 años, Gineco-obstetra)

“...faltaría involucrarnos, investigar, analizar más con la psicología, con el medio ambiente de las personas que tienen esa cultura más arraigada; conocer la realidad social, el dónde y cómo viven.”(R.B.B. 50 años, Gineco-obstetra)

3.1.2. Mecanismos Para la Enseñanza del Parto Vertical

Partiendo de todo lo anteriormente señalado, los profesionales de salud han planteado un conjunto de sugerencias y mecanismos para generalizar la enseñanza del parto vertical en las universidades del país, las mismas que se las presentamos sistematizadas:

- Variar el currículo de las universidades en las facultades de Medicina y Obstetricia, en el sentido de que no solamente se debe enseñar la atención del parto en forma horizontal, sino la atención del parto vertical y, además, con enfoque intercultural.
- Introducción obligatoria de cursos como: Medicina Tradicional, Culturas Indígenas, Salud Intercultural, Sociología Rural, Pueblos Originarios, entre otros.

- Reconocimiento del Parto Vertical como un proceso normal y con una serie de beneficios, tanto para la madre como para el bebé, y su obligatoriedad en la formación profesional.
- Decisión política, para que estos cambios sean a nivel de la Asamblea Nacional de Rectores, del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y los Colegios Profesionales; para que se reajusten a los perfiles de los egresantes del área de salud cuando van al área rural.
- Enseñanza obligatoria del idioma Quechua⁵⁹ o de otros idiomas nativos preponderantes en cada región, como el Aymaráen Puno, y otras lenguas nativas amazónicas en la selva.
- Establecer mecanismos prácticos de aprendizaje del parto vertical, mediante externados y prácticas en zonas rurales, y con pasantías prolongadas.
- Cambiar las políticas de salud, en el sentido de orientar estrategias, para mejorar la calidad de profesionales con una visión intercultural, y para que ayuden a reducir la brechas culturales de nuestro país.

En este contexto, el desafío para las universidades y el sector salud en las próximas décadas, será crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre la medicina indígena y la medicina occidental. En consecuencia, la búsqueda de estrategias que articulen e integren distintos enfoques de salud, es parte del escenario que hoy se nos presenta en el país, en el sector salud; proceso que, próximamente, debutará con la

⁵⁹ Creemos que es importante que los profesionales de salud puedan comunicarse con sus pacientes en su idioma nativo, ya que esto crea un vínculo más afectivo entre médico y paciente.

generación de una política de salud intercultural, que transformará cualitativamente nuestro sistema educativo de nivel superior, haciéndolo más flexible y permeable a la realidad cultural del usuario.

El espíritu que anima la capacitación continua se sustenta en la necesidad inherente al ser humano, y de las universidades, en mejorar su desempeño profesional y laboral, actualizando sus capacidades técnicas y humanísticas, fomentando el respeto, y a brindar un servicio competente y calificado.

3.1.3 Nivel de Conocimientos de los Profesionales de Salud en Parto Vertical y Salud Intercultural

El conocimiento que poseen los Médicos Gineco-obstetras y los Obstetras de los hospitales Antonio Lorena y Regional sobre la salud intercultural es, mayoritariamente, superficial, amplia y, a veces, errónea. La mayoría de ellos expresa que la salud intercultural consiste en:

“Respetar las costumbres de las pacientes.”(R.P.R. 48 años, Obstetra)

*“Conservar la cultura de las pacientes, sobre todo de zonas andinas y también de zonas de selva porque también tienen sus tradiciones.”
(M.B.P. 49 años, Gineco-obstetra)*

Estas percepciones tienen un problema grave: no perciben que la interculturalidad tiene que ver con las interrelaciones entre las diversas culturas existentes en el país, específicamente entre la cultura andino-campesina y la cultura criolla-urbana.

De otro lado, algunos médicos y obstetras tienen una percepción y comprensión acertada de lo que es la interculturalidad, al indicar que cada cultura tiene sus propios enfoques sobre la salud y que ambas se pueden utilizar sin prejuicios en los actos médicos. Aquí ponemos algunas respuestas que nos dieron nuestros informantes sobre lo que sabían de la Salud Intercultural.

“Implica que el profesional de la salud que atiende el parto conozca las costumbres de la paciente y también debe conocer los beneficios de la medicina tradicional como la medicina occidental.”(S.M. 50 años, Obstetra)

“Son todas las actividades realizadas por el personal de salud para aceptar y respetar las costumbres propias de las pacientes; y así mismo, las pacientes deberían de aceptar a la medicina occidental.”(S.C.E. 45 años, Gineco-obstetra)

“Más que todo se trata de que yo me adecúe a la cultura que ella tiene. Yo tengo –claro- una cultura, y mi paciente también, tiene costumbres, mitos, creencias; y yo debo aceptar eso, y debo adecuarme a eso. No puedo imponer yo mis ideas”(R.B.B, 50 años, Gineco-obstetra)

“Interculturalidad se refiere al hecho de que mi cultura, la cultura que yo tengo, de conocimiento científico que me han enseñado en la atención de parto, de cómo es su mecanismo y todo lo demás, tiene que interrelacionarse con la cultura de la paciente (...) Entonces la interculturalidad es negociar: tú me das lo que conoces y yo respeto eso, mientras no te haga daño; pero tú, también, tienes que aceptar lo que yo te ofrezco.”(T.F.E. 37 años, Obstetra)

“Es aceptar, por ejemplo, la salud de las pacientes, de acuerdo a su creencia. Por ejemplo, si ellas toman sus mates -pero siempre y cuando sepamos el por qué-, nosotros, que tenemos estudios avanzados, sabemos cuál es el mate apropiado para ellas o cuales les puede llevar a una complicación; siempre haciendo un hincapié o indicándole las sugerencias que pueda haber.”(A.S.B. 37 años, Gineco-obstetra)

Un porcentaje muy pequeño de médicos y obstetras consideran la salud intercultural como un derecho al cual están adscritos todos los pobladores indígenas. Así lo confirman sus testimonios.

“...toda persona tiene derecho a la salud; tenemos el derecho integral de salud. Toda paciente tiene derecho a ser informada antes y después de cualquier procedimiento y, en el caso de las señoras, tienen derecho a la no violencia, a la interculturalidad, a sus creencias, a la atención del parto con enfoque intercultural.”(R.B.P. 42 años, Obstetra)

Algunos Médicos Gineco-obstetras y Obstetras señalan, con buena intención, que debe fusionarse tanto las prácticas de salud andinas como las de la ciencia biomédica.

“La interculturalidad consiste en la forma de comunicación y de una relación más cercana, de no separar la medicina tradicional con la medicina occidental; sino que, se logre fusionar y que se trate de aprovechar lo más que se pueda.” (H.C.C. 50 años, Gineco-obstetra)

Finalmente, un grupo mínimo de los profesionales de salud entrevistados señalan tener apertura para trabajar con las comadronas o parteras tradicionales.

“La medicina institucionalizada dice: ‘lo que he aprendido es lo único cierto y verdadero’; pero eso es mentira. Hoy en día todos debemos aprender de todos y, obviamente, la cuestión de la atención de las comadronas, a nosotros, nos enseña cómo atender. Yo, personalmente, he aprendido de las comadronas la atención del parto vertical, porque no existía un libro, así que lo tuve que aprender en el campo”. (R.B.B. 50 años, Gineco-obstetra)

“Es muy importante que se cuiden las costumbres, porque, al cuidar las costumbres, la paciente se hace muy colaboradora. También la parte psicológica de la paciente es importante porque cuando vuelva a atenderse con nosotros lo va hacer con mayor confianza y mayor amplitud en la entrevista; ya no se van a correr, porque muchas veces, cuando vienen al hospital y ven todo blanquito, se ponen tan nerviosas que se les corta el trabajo de parto. (A.S.B. 37 años, Residente hospital Lorena)

En relación a los componentes y principios de la salud intercultural, el personal médico de ambos hospitales mostró desconocimiento. La mayoría solo atinaron a indicar una lista de elementos descontextualizados como:

- *Creencias y mitos.*
- *Cultura y diversidad cultural en la salud.*
- *Sistemas médicos como sistemas culturales.*
- *Estrategias de salud intercultural.*
- *La educación*

Algunos de los profesionales de salud entrevistados reconocen los principios planteados por la Organización Panamericana de Salud, respecto a la salud intercultural, donde se relacionan varias culturas diferentes, con respeto y

horizontalidad; es decir, que ninguna se pone por encima o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra; de esta manera, se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo. Estos son los testimonios:

“La interculturalidad es aceptar la forma de dar a luz, de acuerdo a sus costumbres, de acuerdo a sus antecedentes culturales de la paciente. Es que nosotros nos debemos de adecuar a sus costumbres, a sus creencias, a su forma de vida; y dentro de eso está el parto vertical.”(G.M.P. 49 años, Obstetra)

“El hecho de que uno respete sus costumbres, demuestra que las personas acuden, en mayor cantidad, a los establecimientos de salud. Si a eso le agregamos el respeto de sus costumbres, entonces, la gente viene con mayor confianza al centro de salud. Creo, también, que el trato horizontal de ambas culturas es beneficioso tanto para las pacientes como para el personal de salud”.(S.C.E. 45 años, Gineco-obstetra)

“De aplicar nosotros la salud intercultural, primero que mejoraría la calidad de atención; tendríamos más afluencia de pacientes y disminuiría las complicaciones. Los beneficios para las pacientes es que se sientan mejor tratadas y atendidas. Para nosotras sería aprender sus costumbres y tradiciones de las pacientes.”(R.B.B. 50 años, Gineco-obstetra)

“El beneficio es que la paciente sabe que vamos a respetar sus costumbres, de alguna manera va a acercarla al establecimiento de salud y va a ser atendida en cualquier momento. Otro beneficio es que ayuda en el tiempo de parto. La atención con interculturalidad

significa que la gestante que va a dar a luz debe estar con su familiar.” (R.B.P. 42 años, Obstetra)

“...el beneficio de la interculturalidad sería, de repente, que tendríamos mayor empatía con la paciente; sería, de repente, más fácil su colaboración y todo que, a veces, uno dificulta en el manejo de las pacientes. El beneficio sería, más que todo, para la paciente; por decir, la paciente se sentiría más cómoda que uno entienda su forma de pensar, porque, en realidad, es más entender la forma de manejo, su forma de pensar.”(HCC. 50 años, Gineco-obstetra)

El nivel de conocimiento, dominio y manejo del parto vertical con adecuación intercultural, en el personal de salud de los hospitales de la ciudad de Cusco, tiene mucho que ver con su experiencia de aprendizaje “en la escuela de la vida”; esto es, en la propia experiencia de sus Prácticas Profesionales en zonas periféricas (ámbito rural), que han tenido que cumplir obligadamente como parte del SERUM (Servicio Rural de Medicina) durante 6 meses.

“Yo conocí el parto vertical aquí, en Cusco, en mi SERUM, por la práctica en zona rural que ahí es 100% interculturalidad y parto vertical, y por la Norma Técnica de Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural.”(A.J. 36 años, Gineco-obstetra)

“...en las visitas a periferia, cuando en algún tiempo salíamos con los alumnos a difundir la Planificación Familiar, es ahí donde conocimos los ‘mamawasis’, las casitas de espera. Fue muy interesante.”(S.M. 50 años, Obstetra)

Perodonde los Médicos Gineco-obstetras y Obstetras verdaderamente conocieron el parto vertical fue en el propio ejercicio de su profesión, en los

ámbitos andinos, amazónicos y rurales de nuestra región y en otras regiones del país.

“Desde que he iniciado, desde que me mandaron a una zona muy pobre, desde ese momento, aprendí la idiosincrasia de la paciente, de su cultura y sus creencias. Bueno... porque me autocapacité y, como yo trabajé en periferia, conocí pues.” (W.R.L. 40 años, Gineco-obstetra)

“Yo aprendí de esto trabajando en periferias, en Paruro, el 95’. Ya empezaba esto, pero esa vez no era tan fuerte como ahora y, lógicamente, en periferia dan a luz en forma vertical. En mi trabajo vi más de esto, en comunidad, en provincias altas, en el 2001 y 2002.” (N.M.A. 60 años, Gineco- obstetra)

“Yo trabajé con los parteros. Yo tengo casi 30 años de experiencia en todo lo que es obstetricia, en la atención del parto. Hace 20 años se daba prioridad en capacitar a los parteros que entendían su zona; ellos eran los preferidos por todas las madres gestantes de las zonas rurales, e inclusive en la zona urbano marginal, nunca acudían al hospital sino que buscaban a ellos (los parteros). Por cierto, había mucha mortalidad materna y, en el afán de disminuir esa mortalidad, hicieron que el personal profesional –que no éramos tantos en los hospitales-, los pocos que existíamos, teníamos que prepararle a esas personas que atendían el parto para enseñarles..., a reconocer los signos de alarma, los riesgos; es decir, hasta dónde ellos pueden cuidar, atender; y desde cuándo, ellos, ya deben transferir. En esa situación, como yo era participe de capacitar, también me informé de la manera como ellos atendían, de las costumbres... Compartíamos así lo que sabíamos.” (A.S.B. 57 años, Obstetra)

“Trabajando en la periferia he tenido la oportunidad de atender parto vertical. He trabajado en el centro de salud de Chinchaypujio y Amparaes que es donde más he tenido oportunidad de atender.” (M.H.P. 46 años, Obstetra)

“Yo he estado en la periferia 8 años, allí mensualmente atendía, más o menos, 30 a 40 partos durante 8 años. Todos los partos en la periferia es vertical y, a veces, no es institucional sino en domicilio. Aquí en la ciudad, en el hospital, muy pocos partos verticales atendí, creo que 2 o 3, eso es debido a que no tenemos demanda ni obligatoriedad.”(R.B.P. 42 años, Obstetra)

En relación a la experiencia de haber atendido parto vertical en los propios hospitales de Cusco, éstas son muy escasas debido, justamente, a la no existencia de condiciones de infraestructura ni capacitación al personal que atiende los partos.

“Cuando estaba trabajando en la periferie, el 80% habrá sido parto vertical. Acá, en el hospital, yo diría que el 90% es horizontal y apenas sí puedo llegar al 10% de partos verticales.” (J.M.S. 57 años, Obstetra)

“Acá, en el hospital, habrá sido 10 partos verticales en 20 años. En periferia habré atendido 40 durante 3 años.” (S.N, 46 años, Obstetra)

Lo paradójico de todo esto es que, en los hospitales de Cusco, los partos verticales no son por sugerencia o motivación del personal de salud, sino a iniciativa de las propias parturientas de origen rural andino quienes reclaman, o simplemente deciden, cómo quieren que sea su parto, a pesar de que muchas veces los médicos y obstetras no están preparados. Veamos estos casos.

“Yo habré atendido unos cuantos partos verticales; no porque yo haya querido sino porque la paciente se ha sentado, es que no tengo mucha experiencia en eso. La paciente dijo: ‘yo doy así, así’. Y dio y vi que es más fácil, era un bebe de 3 kilos y 800 gramos. Si ese bebe nacía en posición horizontal hubiera desgarrado. Pero nació bien. Ha sido una experiencia muy bonita.”(G.M.P. 49 años, Obstetra)

“El primer año que vine a trabajar aquí vino una señora referida de las zonas andinas, la señora tenía sus costumbres y le dije: ‘si quieres sentarte en la camilla siéntate, y da a luz como quieres dar’. Se sentó y dio un parto muy rápido. Otro caso ha sido de una campesina que hemos atendido acá porque no quiso subir a la mesa, entonces la atendimos en el suelo.”(R.B.B. 50 años, Gineco-obstetra)

“Habrá sido hace tres años en que una señora iba a bajar a sala de operaciones, yo le veía que por momentos se paraba sobre la cama, entonces, yo le miraba por el espejo..., le deje así un rato, un rato y, luego, fui a evaluarle y me encontré con que la placentación ya había descendido, entonces me retiré y no le dije nada; volví a dejar que se ponga de nuevo en esa posición y, cuando vino el ginecólogo, le preguntó ‘¿Señora, le opero?’ ‘No doctor, no me voy a operar’. ‘Entonces, cómo vamos a hacer señora’. ‘Yo quiero dar parada, a mis hijos siempre he dado parada’. Entonces, el doctor me autorizó y me dijo que le haga dar a luz parada...” (J.M.S. 57 años, Obstetra)

“Nuestro problema es que todos nuestros partos son horizontales, pero hay mamás que vienen del campo y dicen: ‘No, yo no me atiendo’. Entonces, no le puedes obligar: ‘Ya -le digo-, a ver, veremos

cómo sale'. Y así fue, rápido, sin desgarro. Me salió bien..., muy bonita la experiencia.” (S.C.E. 45 años, Gineco-obstetra)

3.1.4 Conocimientos sobre la Cultura Andina del Parto

Para los Médicos Gineco-obstetras y Obstetras sensibilizados y con experiencia en parto vertical, obviamente tienen por certeza las ventajas y bondades de este tipo de parto. Sustancialmente, lo que ellos aprecian son las facilidades de carácter técnico-biomédico. La fuerza de la gravedad favorece, a la hora del parto vertical, el descenso del feto y, al estar apoyados, los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que indirectamente ayudan al nacimiento. Se genera mayor eficiencia de las contracciones uterinas, se acorta el tiempo de trabajo de parto, existe menos dolor y la mujer tiene una mayor participación en el nacimiento de su hijo.

Aquí sus expresiones:

“Existe evidencia científica que demuestra que la atención del parto en posición vertical es más fisiológica y facilita a la parturienta la expulsión del infante o la infante al nacer. Por otra parte, al no comprimir grandes vasos como la aorta ni la vena cava, el útero de la gestante, no ocasiona alteraciones en la circulación materna ni en la irrigación de la placenta. Por este motivo no afecta la cantidad del oxígeno que recibe el feto.” (Y.M. 44 años, Gineco-obstetra).

“La posición vertical evita infecciones debido a que si se rompen las membranas los líquidos fluyen; permite que la cabeza del bebé se apoye en el anillo cervical y la madre dilate más rápido; facilita la oxigenación porque la aorta está menos comprimida; hay menos posibilidades de hemorragias porque la vena cava está menos

presionada; las contracciones aumentan, lo cual significa que el parto es más rápido y el nervio pre sacro se ve más liberado y los dolores disminuyen". (Dr. Mario Tavera, oficial de salud UNICEF-Perú)

"El parto vertical se asocia a una reducción en la duración de la fase II del parto, reducción en el número de episiotomías -disminución del dolor. Esta posición en que normalmente nuestros antecesores tenían la forma de dar a luz facilita la salida del producto (el neonato) y se disminuye el tiempo de expulsión, se facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.

"En esas posturas se aumenta el diámetro transversal y antero posterior de la pelvis entre 1 y 2 centímetros, ya que al estar flexionados los fémures, actúan elevando los huesos inanimados de la pelvis. Esa posición brinda mayor oxigenación a la madre y también al bebé, acorta el período de dilatación, reduce el dolor en el parto, contribuye a una rápida recuperación de la madre luego de dar a luz y con ello facilita la integración familiar".(Dra. Margarita Bautista Kiota. Clínica Gineco-Obstétrica "Hogar de María")

Históricamente el ser humano siempre ha tenido el parto en posiciones verticales. Una de las posturas más utilizadas es la de cuclillas, así como la de sentada o semisentada con los muslos flexionados sobre el abdomen, la ventaja es que la fuerza de la gravedad ayuda para que este parto sea mucho más rápido, reduciendo el riesgo a la madre y a su bebé.

Esta forma de dar a luz, normalmente, no ha requerido la presencia de médicos, pues el parto ha sido realizado, casi siempre, en las viviendas de las gestantes atendidas por comadronas, parteras o familiares. Es en esta condición en que la mayoría de mujeres campesinas dan a luz, sobre una

manta, cuero de oveja, etc. Además el esposo se puede sentar detrás de ella para poder apoyarla durante el parto.

El parto vertical es la manera más natural de dar a luz, es la posición más adecuada para el nacimiento del recién nacido por la comodidad, principalmente, de la madre.

Lo que desconoce la mayoría de los profesionales de salud es la cosmovisión existente alrededor del parto andino; no perciben que los varones y mujeres indígenas tienen un conjunto de valores, ritos, mitos y prácticas alrededor del embarazo y del parto; los mismos que constituyen para los pueblos indígenas algo muy valioso y trascendental. Myriam Buitrón nos muestra un ejemplo de ello:

Uno de los elementos que más se destaca en la cosmovisión andina es la complementariedad de las mitades y su necesidad e interdependencia: no es posible la existencia de uno sin el otro. Esta relación de opuestos complementarios se expresa durante el embarazo, al considerar que el cuerpo de la madre es "cálido" y al momento del parto hay "frío", por lo que en el período de gestación se utilizan plantas medicinales con el propósito de alcanzar el equilibrio con el entorno. Siendo lo cálido lo deseable, no gustan de adoptar los métodos de la medicina alopática, porque ser desvestidas o depiladas atenta contra el equilibrio entre lo externo y lo interno.⁶⁰

Se ha visto, también, que entre los profesionales de salud hay un desconocimiento de la cultura andina del parto y, específicamente, sobre la

⁶⁰BUITRÓN, Myriam, 2002. *La Sabiduría y Arte de las Parteras. Wachachikmamakunapaksumakyachaycuna*. CircoloculturaleMenocchio, Roma, 2002

mujer campesina; es que ella –por su cultura- prefiere el trato personal en la seguridad de su casa, la conversación en su propia lengua y la comprensión y la importancia que le da a su mundo espiritual el especialista local. Ella evita así la vergüenza de los exámenes vaginales, la posición incómoda para dar a luz en el hospital, las prácticas de higiene rigurosas y, principalmente, la discriminación que es objeto y, no pocas veces, racismo del personal de salud.

Las diferencias lingüísticas juegan un papel muy importante en el distanciamiento de los centros hospitalarios. Las mujeres buscan la comodidad de un ambiente familiar donde puedan hablar su propia lengua. Si la mujer indígena no puede expresar adecuadamente sus síntomas y, a su vez, el médico no puede darse a entender apropiadamente, se crean barreras culturales que tienen un impacto en el diagnóstico y tratamiento sanitario, lo cual puede crear una mala disposición hacia el servicio médico. Las mujeres prefieren dar a luz en su casa, porque ahí encuentran el apoyo psicosocial y la familiaridad que los hospitales no les ofrecen. En estas comunidades es frecuente que el esposo esté presente durante el parto, lo que no sucede en hospitales públicos.⁶¹

Si estos aspectos serían parte del currículo en la formación universitaria de los nuevos médicos, y formarían parte de los planes de capacitación en salud intercultural para los profesionales que actualmente están trabajando en los hospitales y centros de salud, otro sería el panorama de la medicina en el Cusco.

⁶¹PNUD-UNFPA. *"Impacto Sociocultural de las Políticas Públicas y la Modernización en Salud y Educación de los Pueblos Aymaras en Chile, desde un Enfoque Cultural"*, Convenio número 06/2005.

3.2 CAPACITACIÓN PROFESIONAL EN ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ENFOQUE INTERCULTURAL

3.2.1 Cursos de Capacitación en Parto Vertical

En el personal de Médicos Gineco-obstetras y Obstetras de los hospitales de la ciudad de Cusco se aprecia que su capacitación profesional ha sido muy poca. Es común que hayan aprendido sobre el parto vertical en sus trabajos en periferia; y a pesar de eso no han buscado especializarse, esto ha conllevado a que muchos de ellos consideren el parto vertical como una "costumbre" mas, a la cual había que acomodarse, pero que "no tiene el valor científico" del caso.

"Cuando trabajé en establecimientos de Salud de periferie, en la Posta de Salud de Antapallpa en Espinar (en los pueblos de Ccatca y de Paucartambo), participamos en múltiples talleres, reuniones técnicas, intercambio de experiencias; pero actualmente durante mi Residentado no he tenido más experiencias." (R.C.L. 30 años, Gineco-obstetra)

"Me gustaría continuar aprendiendo en la atención del parto vertical para conocer todos los procesos de trabajo del parto. Las contracciones, el periodo de dilatación, alumbramiento. Sería bueno que nos capaciten e inclusive sería una buena estrategia para mejorar la infraestructura del hospital; pero desde que me he venido al Cusco ya no lo hago." (W.R.L. 40 años, Gineco-obstetra)

En otros casos, un gran sector del personal de salud de estos hospitales no está convencido de las bondades del parto vertical, expresando sus dudas e

incertidumbres como expresión de su escaso conocimiento y poca práctica. Veamos:

“Sobre el parto vertical no se tiene informe de complicaciones; por ejemplo, aparentemente, dicen, todos los partos verticales no tienen complicaciones. El problema es que no se ha hecho un seguimiento y un estudio de lo que se hace. A mí me gustaría que demuestren que si todos estos partos verticales dan mejores resultados, eso mediante seguimiento a las mujeres, cómo les fue después de ese parto vertical en comparación a las que dan parto horizontal. Eso nos falta, un estudio para ver que realmente es beneficioso, que me convenza. Sobre todo en lo que es el periodo expulsivo, conocer lo que son las posiciones, cómo debe de estar la persona que va atender el parto.... Me gustaría saber bien los porcentajes que hay de las pacientes con complicaciones en el parto vertical.” (A.N. 38 años, Obstetra)

El resto de médicos y que actualmente trabajan en el hospital Regional y Antonio Lorena, que han tenido experiencias en parto vertical, tienen una actitud positiva hacia este tipo de partos, y una apertura para seguir aprendiendo sobre ello. Veamos:

“Me gustaría aprender sobre la Fisiología y Fisiopatología de la Atención de Parto Vertical. Intercambiar experiencias con otras zonas, de cómo les ha ido; intercambiar experiencias en interculturalidad; conocer más de las diferentes culturas, básicamente de las zonas nativas.” (N.N. 50 años, Obstetra)

“Me gustaría capacitarme en cualquiera de los temas porque yo creo que el parto vertical es algo que favorece mucho, para que lo respetemos, respetemos la decisión de las pacientes, respetemos el

estado en que viene, emocional o físico. Parece que las pacientes acá nos agradecen, tanto madre gestante, el mismo esposo u otro familiar cuando se sienten cómodos, cuando sienten que se les ha atendido con afecto, con cariño, sea el parto horizontal, vertical, de costado, en la cama, en la camilla; yo creo que lo que más necesita un ser humano es que se lo comprenda, se le de cariño y que se le de confianza.” (L.S.C. 34 años, Obstetra)

“...desearía, más que nada, tener unas buenas relaciones interpersonales, saber tratar a las pacientes, porque la obstetricia en la antigüedad significaba, es decir, el termino obstetricia significa “persona que está junto a la parturienta, con mucho cariño, mucho amor, mucha paciencia”. Obstetricia es paciencia, más aun si se trata de partos verticales con gente de otra cultura.” (J.M.A. 52 años, Obstetra)

“Me gustaría conocer los beneficios del parto vertical sobre todo porque actualmente los médicos somos enjuiciados por mala atención del parto; si es que se atiende este tipo de parto se deberían de tener bastante cuidado realmente. Además, creo que el tema de atención del parto vertical también debería de ser difundido a las pacientes.” (S.C..E. 45 años, Gineco-obstetra)

Uno de los problemas con que se enfrentan estos profesionales, deseosos de aprender más sobre el parto vertical, es la carencia de lugares donde capacitarse, pues ni el MINSA (Ministerio de Salud) brinda, desde su interior, cursos de especialización en parto vertical. La única institución que los profesionales de salud reconocen que les brindan capacitación es UNICEF, pero aparte de ella, no conocen a ninguna otra.

“...yo he trabajado con UNICEF. Consistía en que nos proporcionaba de material y equipo que no era equipo sofisticado: una de las cosas que hacíamos era lavarse las manos y nos daban unos plásticos para colocarlos debajo de las pacientes, o ya los ligadores debidamente envueltos para evitar contaminación. La idea era que el partero pueda atender el parto, pero que tenga que ser un parto limpio, o sea, no tienes que cortar el Cordón con una teja rota o un cuchillo.” (M.B.P. 49 años, Obstetra)

“He recibido charlas en el Ministerio de Salud con representantes de la DIRESA, nada más. Todo lo demás, de cómo atender un parto vertical, lo aprendí en Huancarani. En el Cusco no hay instituciones que capaciten.” (N.N. 50 años, Obstetra)

Algunos de nuestros informantes rescatan las nuevas opciones que viene ofreciendo el Centro de Salud de Belenpampa, donde se atienden partos verticales; y que, además, es un lugar donde se puede aprender *in situ* esta modalidad de parto. Del mismo modo mencionan algunas iniciativas de la Universidad Andina del Cusco.

“Tenemos el colegio de obstetras de Cusco que nos muestra las bondades de este tipo de parto. Estamos con una corriente de algunos Médicos Gineco-obstetras que están trabajando con el parto vertical, una de ellas es la doctora Eliana Ojeda; otro en Cusco es el obstetra Guido Cárdenas Sánchez que trabaja en la Universidad Andina y que incluso viaja, en forma tanto nacional como internacional, para brindar información y capacitación sobre lo que es parto vertical.” (S.M. 50 años, Obstetra)

A nivel de la Dirección Regional de Salud (DIRESA), los Médicos Gineco-obstetras y Obstetras señalan que la institución que es directamente

responsable de formar profesionales especializados en parto vertical debe ser el Ministerio de Salud, quienes son los que definen la política del sector, los recursos financieros y la capacitación del capital humano.

Con la implementación de la Norma Técnica se tiene un avance sustancial. Los Gineco-obstetras, Obstetras, Enfermeros, Técnicos en Salud, entre otros, vienen aprendiendo en diferentes partes del Perú el parto vertical; sin embargo, esto es insuficiente, dado que solamente llega a un sector de médicos que trabajan en algunos Centros de Salud rurales, debiéndose, a nuestro parecer, masificarse a nivel de todos los médicos que trabajan en los hospitales del nivel III-2, como es el caso de los dos hospitales de la ciudad de Cusco, para que sea de dominio de ellos la técnica del parto vertical y el enfoque intercultural para la atención de los referidos partos.

En este sentido el Centro de Salud de Belenpampa se ha constituido como el centro piloto donde médicos de diversos lugares del Perú vienen a capacitarse sobre parto vertical con adecuación intercultural, dado que este establecimiento de salud brinda este servicio.

En resumen, las formas como los profesionales de la salud aprendieron el parto vertical con adecuación cultural son las siguientes:

FORMAS DE CÓMO EL PERSONAL DE SALUD APRENDIÓ PARTO VERTICAL

En su formación universitaria	Ninguno
En el trabajo, en zonas de periferia	28 de los entrevistados
Mediante capacitaciones, cursos especializados	02 de los entrevistados
Nunca se capacitó	02 de los entrevistados
TOTAL	32 entrevistados

Fuente: Trabajo de campo de la tesis, 2010.

3.2.2 Número de Partos Verticales Atendidos

La experiencia en atención del parto de los profesionales de salud de los hospitales del Cusco está, sustancialmente, en el parto horizontal. Los partos verticales se atienden, únicamente, en el Centro de Salud de Belenpampa, en un promedio de 120 partos al año, en comparación con los 5-10 partos que se dan en los hospitales Antonio Lorena y Regional.

En cuanto a las dificultades que se pueden presentar durante un parto vertical, se ha visto que el personal de salud más capacitado para resolverlas son los Obstetras.

En términos logísticos, las dificultades son la falta de insumos y la limitada infraestructura. También se tiene que el personal auxiliar y enfermeras todavía carecen de conocimientos sobre este tipo de partos.

Otra dificultad está en la escasa difusión de este tipo de parto, no hay difusión a través de afiches, spots radiales o televisivos que den a conocer a la población una alternativa al parto horizontal. Ninguna instancia del MINSA ni la DIRESA (Dirección Regional de Salud) hace campañas para la atención de parto vertical, ello conduce a que la ciudadanía no conozca sus bondades, especialmente las gestantes de zonas urbano marginales.

El otro aspecto a trabajarse es el control pre natal de las gestantes, esa es la única forma donde el personal de salud de Belempampa difunde el parto vertical; en cambio, en los hospitales, la consejería para el control pre natal está, solamente, orientado hacia el parto horizontal, con lo cual se limita dentro del mismo Ministerio la posibilidad de ampliar el conocimiento de este tipo de partos.

“Me parece que todo esto se debe a la falta de información, hacer un poco más de márketing y, principalmente, a la falta interés de nuestros superiores como son la DIRESA, la RED NORTE y SUR, las Micro Redes, los centros de salud y las postas médicas. Si en estos niveles se hiciera difusión, otra sería la realidad del parto vertical.” (J.A. Médico Cirujano “Centro de Salud de Belenpampa”)

Otra estrategia sugerida por el propio personal médico, es que a todos los profesionales que tienen que ver con el parto se les debería dar metas de atención de partos verticales y ello recompensar con incentivos económicos (dietas). Ello ayudaría enormemente a sensibilizarlos y capacitarlos

La mayor experiencia respecto a la atención del parto vertical en la ciudad del Cusco la tiene el Centro de Salud de Belenpampa, quienes desde hace 4 años, en cumplimiento a la Norma Técnica emanada desde el Ministerio de Salud, han asumido responsablemente dicha tarea; además, dada su condición de estar en nivel I-4⁶², su rol es atender este tipo de partos.

Por ello, es que el personal de salud de Belenpampa se halla más sensibilizado y con mayor comprensión de la importancia e implicaciones culturales del parto vertical. Este personal fue entrenado y escogido por la Dirección Regional de Salud por su ubicación geográfica, como centro piloto para brindar calidad de atención en salud, y a donde concurren médicos de otros lugares del Perú a entrenarse en parto vertical.

“Para nosotros es un gran logro porque hacerlo en un establecimiento de la ciudad fue un reto. La mayor parte de nuestras gestantes que optan por este tipo de parto son de la ciudad, muchas

⁶² Según la Norma Técnica Para la Atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural, todos los establecimientos de salud de niveles I-4, II y III deberían atender parto vertical si así lo solicitara la parturienta. Ese es el caso del Centro de salud de Belenpampa que tiene el nivel I-4, y es también el caso de los hospitales Regional y Antonio Lorena que ambos son de nivel III-1.

de ellas acostumbradas a las prácticas occidentalizadas. Se ha visto que el 90% de las gestantes que vienen a dar a luz se atiende parto vertical.” (A.E.P Médico Cirujano, CS Belenpampa)

“¿Que porqué lo hemos aceptado?, porque respetamos sus costumbres, porque la mayoría de nuestras pacientes son del campo. Nosotros tratamos de respetar, como el tomar sus mates, y cuidamos siempre la bioseguridad; este respeto hace que esta misma paciente a quien se le ha tratado con respeto va ser una gran estrategia para que ella misma difunda la atención que se les da aquí en el Centro de Salud, así que hemos ganado otra paciente más y así sucesivamente. (A.Z Médico Cirujano “Centro de Salud de Belenpampa”)

El logro más importante del Centro de Salud de Belenpampa fue hacer que el parto vertical, que antes se realizaban en los domicilios con todos los riesgos de mortandad materna infantil, ahora se realicen como partos institucionalizados, situación que conlleva una serie de ventajas como:

- ❖ La protección del binomio de la vida entre madre e hijo; la reducción de la mortalidad materna y perinatal, que es uno de los primeros fines y políticas de salud en el Perú.
- ❖ Fisiológicamente, el parto vertical es muy provechoso, el sangrado es menor, por la gravedad el periodo expulsivo es mucho más rápido.
- ❖ Al atender los establecimientos de salud partos vertical se evitan los partos domiciliarios que siempre conllevan un riesgo.

- ❖ Para la paciente, el beneficio sería la tranquilidad de dar a luz al lado de su esposo y en un lugar con bioseguridad y personal de salud.
- ❖ Sensibilizar a los profesionales de la salud y a los técnicos que se han formado con un enfoque occidental; que no se cierre solo al conocimiento de la práctica occidental.
- ❖ Evitar el maltrato a las pacientes, dándoles un trato humano, con calidad de atención y calidez, que no extrañen sus hogares, respetando sus costumbres.

3.2.3 Nivel de Conocimiento de la Norma Técnica

La Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural fue emitida por el Ministerio de Salud el año 2005⁶³, es un documento con carácter de ley que busca universalizar la atención médica en las zonas rurales, andinas y amazónicas, del territorio peruano. Es el documento más serio de carácter técnico que explicita los protocolos que se deben aplicar en la implementación del parto vertical con adecuación intercultural.

Si bien estas bondades se dan a nivel rural, a nivel de los Hospitales Lorena y Regional de la ciudad del Cusco; que es también conocido por algunos médicos y obstetras; no se promueve ni aplica, debido a un conjunto de dificultades que van desde el aspecto normativo, administrativo, legal, infraestructura, escasez de personal especializado, hasta la decisión política de las autoridades de los hospitales.

⁶³ Norma Técnica para la Adecuación del Parto Vertical con adecuación Intercultural. Dirección general de salud de las personal. Estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. MINSA, 2005.

Veamos algunos de estos problemas explicados por los propios profesionales:

“Siendo éste un hospital de referencia, aún así, tenemos un porcentaje de pacientes con partos eutócicos⁶⁴, porque no tenemos un centro de salud que nos desahogue partos eutócicos; igual tenemos que estar atendiendo aquí este tipo de partos, con un buen control y con buen diagnóstico puede llegar a un parto vertical.”
(J.P.T. 35 años, Gineco-obstetra)

“No se ha aplicado porque no se ha difundido como debería ser; además, porque se necesita personal capacitado para esto y que esté dispuesto a hacerlo; se necesita otro tipo de ambiente y otro tipo de materiales, por ejemplo, no son las mismas mesas tradicionales que tenemos sino de otro tipo que no lo tenemos acá.”
(V.A. 41 años, Gineco-obstetra)

“Tiene que tener sus colchonetas para las pacientes, para que puedan dar arrodilladas, prácticamente, y que no lo pueden hacer en la cama... De repente, si podría ser en las camas pero en otro tipo de ambiente; nosotros solo tenemos uno que es donde dilatan las pacientes y otro donde se atiende el parto. El parto vertical se tendría que atender en un ambiente para cada paciente porque, si va entrar el familiar con ella para que le ayude a pujar, en un determinado momento e igual el personal que va atender, prácticamente se necesitarían cubículos separados con una colchoneta donde tendría que caer el neonato.” (A.J. 36 años, Gineco-obstetra)

⁶⁴ En medicina se llama así al parto normal, esto es, el que se produce de manera espontánea en la mujer. El feto se encuentra en posición cefálica flexionado, en posición de verticalidad, y termina sin ningún problema en el parto de forma espontánea.

3.2.4 Beneficios de la Aplicación de la Norma Técnica

Desde la perspectiva de los profesionales de salud que han sido entrevistados, nos indican que los beneficios de la aplicación de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural serian:

“Los beneficios serian para la madre porque se sentiría satisfecha por la atención recibida. Ellas saldrían con satisfacción, contentas de volver a realizar otro parto más saludable de repente.” (A.R. 38 años, Obstetra)

“Para las pacientes porque ellas van a seguir conservando sus costumbres y, sobre todo, que se sientan seguras y con la compañía de su esposo.” (V.A. 42 años, Gineco-obstetra)

“Porque las pacientes que vienen referidas de periferia ya no se rehusarían tanto, porque ya no tendrían temor de venir al hospital. Entonces un beneficio sería que aquí se les va atender como en su casa, literalmente, y no tienen que tener ningún temor.” (G.R. 46 años, Obstetra)

“Prevenir infecciones porque se hace menos tactos vaginales; que las pacientes entren en confianza.” (R.T. 50 años, Obstetra)

“Brindar servicios a la campesina y atenderle como debe ser, o sea como si estuviera en su medio, con su familia, con su gente.” (R.G.E. 39 años, Obstetra)

“En el hospital los beneficios serian por ejemplo ya no hacer los cortes o las episiotomías, es un beneficio para las obstetricas dado

que las pacientes ya no correrían el riesgo de no poder suturar y eso hace más rápido el parto vertical.” (A.A.N. 42 años, Gineco-obstetra)

Haciendo un resumen, desde la perspectiva de los médicos y el personal obstetra, los beneficios de la aplicación de la Norma Técnica en los hospitales Antonio Lorena y Regional serian:

- Reducir los choques culturales entre los pacientes rurales y el personal médico.
- Que las pacientes sean reconocidas en su integridad.
- Disminuir complicaciones, mejorar la calidez y calidad de atención.
- Captar más personas que se atiendan en el hospital.
- Atender referencias y también personas con parto normal.
- Que el personal también esté satisfecho de poder complacer, atender y brindar una buena atención a la madre y al recién nacido.
- Que acudan más pacientes al hospital.
- Reducir el tiempo del proceso de parto.
- Entrar más en contacto con las pacientes y permitirles la elección del tipo de parto que desean dar.
- Brindar confianza a las pacientes campesinas para que puedan venir más mujeres de provincias y comunidades, evitando que las pacientes tengan miedo frente a toda la parafernalia médica existente.
- Culturalmente, que ellas se sienten menos agredidas al realizar el parto de esa forma porque desde sus ancestros siempre lo hicieron así.

3.2 PREJUICIOS SOBRE LA CULTURA ANDINA DEL PARTO

3.3.1 Apreciaciones Sobre las Costumbres Andinas del Parto

El parto andino que se realiza en las comunidades andinas se caracteriza por un conjunto de prácticas combinadas con acciones mágico-religiosas a cargo de las parteras y/o de los familiares. En general consiste en los siguientes momentos:

a) Pre parto:

- ✓ La participación de toda la familia en la atención del parto.
- ✓ El uso de prácticas como el “manteo”⁶⁵ al cual son sometidas aquellas gestantes que tienen mala posición del feto (feto en oblicuo o en transversal).
- ✓ El uso de “fajas” bien ceñidas alrededor de la cabeza, para que no se les vaya el “ánima” con el esfuerzo y que posteriormente no tengan dolores de cabeza ni se vuelvan “renegonas”.
- ✓ Control del ambiente donde da la parturienta es atendida no debe tener corrientes de aire porque le puede dar el “mal viento”

⁶⁵ En la zona andina el manteo es una práctica que se hace a las gestantes en su última etapa de gestación. Esta práctica consiste en levantar y hacer votar a la gestante que está colocada sobre la manta, mientras las personas que hacen el manteo tesan la tela cogida por los bordes y hacen el esfuerzo de elevar a la futura mamá.

b) Parto:

- ✓ La participación del esposo, de la madre o de algún otro pariente durante la fase expulsiva del parto; cuando la paciente esté de rodillas en el suelo, generalmente al pie de la cama y él o la acompañante delante de ella, para que con sus rodillas ayude a comprimir el abdomen.
- ✓ El uso de mates que ayudan al parto como líquidos calientes, que lo usan antes y al momento del trabajo de parto, y durante el periodo expulsivo, que es donde hay sensación de pujo.
- ✓ La auto provocación de arcadas utilizando la pluma de la gallina o de un cucharón de palo para producirse las arcadas. Esa sensación hace que ayude el descenso del bebé, siempre y cuando la dilatación esté completa, no antes.

c) *Post parto*

- ✓ El respeto a los ritos luego que nace el niño, como el corte del cordón umbilical con una teja caliente. Luego la madre ata una cuerda al cordón umbilical que sale de la placenta hacia el primer dedo del pie, para "que la placenta no se regrese"⁶⁶.
- ✓ Luego del alumbramiento se coloca un ovillo de lana (del tamaño de una naranja o un poco más) por debajo del ombligo y luego se faja con un chumpi sobre el mismo. La explicación es que si no se toma

⁶⁶ Respecto a este punto, en la zona andina es muy común la idea de que el cordón umbilical regresa al útero si no se la sujeta por fuera, con lo que complicaría la extracción de la placenta. Sin embargo nuestros informantes ginecólogos y obstetras nos aseguraron que el cordón no regresa.

esta medida, la matriz buscará al bebe y la madre puede morir desangrada. Este es un procedimiento vital en la cosmovisión andina y ninguna paciente puede dejar de fajarse inmediatamente después del parto.

- ✓ Los colores de las mantas para cubrir al niño debe ser oscuros, de preferencia negro, porque el blanco está asociado con la muerte.
- ✓ Durante el primer día del post parto la madre debe permanecer en cama, siendo alimentada por su esposo, con sopa de chuño y abundante carne, sin sal.
- ✓ El respeto a sus creencias como colocarse en la cara el meconio (primera deposición del recién nacido) para borrar las manchas de la cara.
- ✓ Los días siguientes al parto, la mujer permanece en cama, y por ningún motivo puede tocar el agua, porque le puede dar el “desmando”, que es un cuadro de fiebre, escalofríos, dolores articulares, que en muchos casos la puede llevar a la muerte.
- ✓ A la semana del post parto o antes, la madre debe ser fajada o “waltada”, y untada en todo el cuerpo con las cenizas de la placenta y permanecer así por un día.

La mayoría del personal médico de ambos hospitales señalaron que no existe mayor contradicción entre las costumbres andinas del parto que hemos señalado ni en el protocolo biomédico que se sigue cuando este parto se realiza en el establecimiento de salud.

La preocupación de los profesionales que atienden parto se enfoca, principalmente, en los riesgos que ocasiona la falta de higiene. Además están presentes otros riesgos que derivan en complicaciones del parto, como el enrollamiento del cordón umbilical, la mala ubicación del bebé, entre otros; que al no ser atendidos a tiempo y con la presencia de un especialista pueden llevar a la muerte de la madre o del recién nacido.

Por ello, en la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, emitido por el Ministerio de Salud, se señala claramente que esta adecuación, de los profesionales de salud en la cultura de las pacientes es, justamente, para evitar la mortandad materna y morbilidad infantil. Para ello, el MINSA, considera la obligatoriedad de que todo parto en poblaciones rurales sea realizado en el Centro de Salud bajo la atención y responsabilidad de los Médicos, Obstetras y Enfermeras. De esa manera se garantiza un parto saludable bajo los parámetros culturales de las mujeres andinas y bajo el cuidado de la ciencia biomédica.

En el caso de los hospitales Regional y Antonio Lorena de la ciudad del Cusco, los profesionales señalan justamente la necesidad de esta articulación entre el parto institucionalizado –donde se aplica todo el protocolo médico conocido– con las costumbres andinas que las mujeres traen consigo para dar a luz. Así nos lo manifiestan en sus testimonios.

“Ahora que tenemos la adecuación cultural con nuestras pacientes aceptamos todo. Por ejemplo, yo acepto todo lo que la haga sentirse cómoda. A veces tenemos algunas barreras como que nuestra sala de parto no está bien implementado o algún instrumento que podemos darle. Por ejemplo, tenemos el piso que está enlozado y nosotros deberíamos brindarle la comodidad necesaria que la haga sentir a ella como en su casa.” (J.P.T. 35 años, Gineco-obstetra)

“De ninguna manera son contrarias, porque si bien es cierto que nosotros en la institución no damos, por la seguridad, la atención del parto vertical, creo que se debe de atender en los centros de salud y en los hospitales y creo que nosotros no nos estamos adecuando a eso.” (L.A.T. 60 años, Gineco-obstetra)

“No son contrarias porque el Ministerio de salud ha emitido una norma que es la Norma Técnica para Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. En esta norma nos indica que en cualquier establecimiento de salud se debería de respetar las costumbres de las usuarias.” (Y.M. 44 años, Gineco-obstetra)

“...en el parto institucionalizado de los centros de salud por ejemplo también se aprovecha la participación de los familiares que saben de esas costumbres y eso se vigila y se permite en nuestros centros de salud. En los hospitales especializados no, porque la demanda es grande, hay muchos pacientes y se necesita sitios muy preparados para este tipo de pacientes con parto vertical o parto humanizado como le llamamos nosotros.” (JA. 41 años, Gineco-obstetra)

Sin embargo, existen algunos reparos derivados a veces del “choque cultural” entre los paradigmas de los médicos y de los campesinos o de los migrantes que acuden a alumbrar a los centros de salud. Estas resistencias vienen especialmente del personal médico dado que tratan de imponer siempre los argumentos de la atención del parto bajo el sistema biomédico y horizontal. Aquí se ponen las explicaciones y autocríticas de los mismos profesionales.

“...Cuando se quieren amarrar acá nosotros les decimos ‘¡sácate eso, sácate!’, y ellos no quieren por no contradecir a sus costumbres. No se adaptan a lo que nosotros les decimos. Se resisten.” (L.A.T.CH 60 años, Ginecólogo)

“Respecto al uso de la mejorana, la mujer campesina cree que está bien para su salud, y mientras no le haga daño no hay problema; pero lo que no sabe es que es un oxitócico que acelera las contracciones del útero. Si este mate se le da en cinco centímetros de dilatación (del canal de parto) es muy bueno para la paciente, pero si se le da antes de los cinco centímetros de dilatación produce engrosamiento del cuello uterino, aumenta la contracción uterina y esto no permite dar a luz porque su barriga esta dura.” (A.S.B 37 años, Gineco-obstetra)

Muchos profesionales de salud entrevistados mostraron ser autocríticos respecto al hecho de que muestran resistencias para atender parto vertical, al haber sido formados para atender partos horizontales. Esto se puede explicar si comprendemos que con el parto vertical se rompen sus paradigmas medico-occidentales; y también porque pone en cuestionamiento su comodidad y rutina médica. Aquí sus opiniones:

“Lo que pasa es que para nosotros, de repente, es más difícil atender partos verticales porque no estamos formados en este tipo de atención de parto... Esto es más para las pacientes que vienen del campo; pero las pacientes que vienen de la ciudad, de repente, no saben si quiera como es el parto vertical.” (R.B.B. 50 años, Ginecólogo)

“En las ciudades nosotros nos hemos acostumbrado a la comodidad de quien atiende. Así es que el médico y la obstetra ven su conveniencia y nos olvidamos de la paciente. En cambio en la tradición andina es al revés, todas las ventajas del parto es para la madre y el bebe. El único perjudicado es el que atiende, nada más.” (A.J. 36 años, Gineco-obstetra).

3.3.2 Devolución de la Placenta

Un aspecto crítico, de suma importancia para las madres que han dado a luz, es la devolución de la placenta, por la significación simbólica que tiene para las mujeres andinas y su necesidad de contar con esta placenta para sus ritos pertinentes.

Sabemos que la placenta tiene una significación cultural muy importante, dado que lo relacionan con la posibilidad de que si no se entierra puede ocasionar “frio” a la madre o en muchos casos hasta enfermedades.

Hay otras versiones respecto a que cuando se entierra o quema la placenta las manchas de la parturienta van a desaparecer. Otras dicen que hacen regresar su alma a la tierra. O sea, ellos creen que la placenta es la “Madre”, por eso le llaman “la *matriz*”, que es como decir el centro de todo el embarazo, de todo el parto; entonces ellos van a devolver esa matriz a la tierra que es a donde corresponde.

La forma de retribuir a la tierra es hacer un pago a la Pachamama, darle alimento y nutrirla con la placenta, porque es una forma de devolver a la tierra lo que les ha prestado. El ritual consiste en quemar y luego enterrar las cenizas. En otros casos ponen al fogón, lo soasan y lo guardan porque dicen que eso cura las enfermedades de sus hijos.

En otras comunidades, el significado de pagar a la tierra es una especie de agradecimiento para que el recién nacido no se enferme, no sufra. Si, por ejemplo, el niño es muy querido o muy mimado, la tierra lo va a pedir; entonces, si es que la familia del niño no entierra la placenta, la tierra puede pedir al niño, es decir que se lo va a llevar; que el niño morirá. Hay mujeres que creen que si no entierran la placenta, ésta las va a perseguir o van a tener

complicaciones en el post parto. Lo quemamos justamente para que las mamás no se pongan mal después del parto.

Respecto a la devolución de la placenta, los médicos y las obstetras de los hospitales Regional y Antonio Lorena no tienen por costumbre devolver la placenta cuando la paciente o un familiar de ella así lo solicitan, salvo algunas excepciones como se ve en las siguientes citas:

“Se les devuelve la placenta porque ellas tienen como costumbre enterrarlo, porque si lo vota la placenta va estar deambulando por ahí. Les devolvemos. Acá es común que la paciente quiera llevarse la placenta, y quien quiera llevarse se lo lleva. Bueno ellas tienen sus propias creencias. Unas dicen que la placenta tiene que estar enterrada. Otras dicen que si la placenta es de un bebe de sexo masculino y es su primer bebe, esa placenta lo utilizan como un medicamento. No sé como harán, pero es muy buscado.” (A.R.N, 53 años. Gineco-obstetra)

“Sí, les he devuelto en varias oportunidades porque ellos nos dicen que necesitan sus placentas porque las tienen que enterrar o quemar... Claro que lo hacemos cuando nos lo piden. Se lo llevan por creencias que tienen las pacientes. Nos dicen que lo tienen que enterrar, esas son creencias que ellos tienen.” (S.E. 48 años, Obstetra)

Los Médicos Gineco-obstetras y los Obstetras que han tomado la decisión de avanzar en la comprensión de aplicar el parto vertical con adecuación intercultural, son aquellos que han tenido la experiencia directa en las zonas rurales donde han trabajado. Esta experiencia ha sido muy beneficiosa, dado que los ha sensibilizado para que en el hospital donde trabajan puedan aplicar este tipo de parto.

El hecho de haber trabajado en el área rural ha significado para el personal de salud un tremendo impacto que les ha permitido conocer las costumbres del parto andino y sobre esta base asumir una actitud de respeto, comprensión, tolerancia y aceptación de que estas prácticas culturales, de pueblos que, en base a su historia y características propias han desarrollado formas culturales de atender el parto, no son contrarias al sistema biomédico. De lo que se trata es que los médicos se acerquen más a esta realidad. Aquí sus percepciones:

“Después del parto se le pone una faja, “el chumpi” le llaman, con un ovillo amarradito allí, en el fondo del útero, porque según sus creencias el útero se va a salir por la boca; entonces eso hace que presione para que no salga. Luego, aparte de la pañoleta, se ponen los guantes, no tocan lo que es metálico como las cucharas, eso no lo tocan porque piensan que les va pasar frío y les va doler los huesos, por eso tienen que ponerse guantes.” (R.B.P. 42 años, Obstetra)

“Las pacientes se amarran la cabeza porque según sus creencias al hacer esfuerzo de pujar todos sus pensamientos, sus ideas se van y es por eso que se amarran para que se mantengan sus conocimientos.” (M.B.P. 49 años, Obstetra)

“Nosotras acá, por estar en una zona donde se practica este tipo de parto, conocemos de muchas cosas que ellas aplican pero que no todas son buenas. Por ejemplo, el uso de la mejorana, para mencionar una, es un componente, una yerba que tiene oxitocina; esta hormona ayuda a aumentar las contracciones uterinas y facilita la dilatación cervical por lo tanto acorta el trabajo de parto. Pero, qué sucede cuando lo toman en el campo: lo toman en la primera contracción uterina y no es el momento ideal; lo ideal es que por lo

menos se haya dilatado 4 centímetros y ahí sí podrían tomar; pero solo deberían tomar una poca cantidad de mate; sin embargo, ellas toman tasas, lo que es una bomba de tiempo, el útero se les rompe o el bebe empieza el sufrimiento fetal.” (G.M.P. 49 años, Obstetra)

“El parto vertical son las posiciones que ellos optan sobre todo en las zonas nativas, que también ellos tienen a su manera lo que es el parto vertical; ellos optan dar el parto en casa al lado de un fogón, pero tienen que tener, en el lugar donde van a dar el parto, una soga donde se agarran, que les sirve de soporte y pueden empezar a pujar. En las comunidades generalmente atienden en parto vertical sobre cueros de oveja.” (L.M.M. 38 años, Obstetra)

“De sus costumbres conozco uno en que está el esposo al lado, o está una persona de su entera confianza. Otro que se amarran por encima del ombligo, en el borde del útero un cinto, un chumpi o un cinturón. También utilizan infusiones para acelerar el parto como la mejorana, que es el más conocido, u otra infusión caliente.” (M.E. 43 años, Obstetra)

“Las pacientes que dan su parto en posición vertical, no dejan que se hagan exámenes ginecológicos (tactos vaginales), que son exámenes invasivos para ellos, y probablemente son atendidos por parteros tradicionales que solamente les toman el pulso y con eso ellos saben que están en momento de pujo, etc.” (T.F.E. 37 años, Obstetra)

“De sus costumbres sé que se amarran al dedo gordo del pie unas pitas para amarrar la placenta y evitar que se suba al corazón, como dicen ellas. Luego, la placenta lo queman, o lo entierran. No lo botan”. (S.M. 50 años, Obstetra)

“...en la atención del post parto las mujeres se envuelven, bien abrigadas, tratan de evitar la luz y no tocar el agua. Les echan con humo, les pasan con coca, les bañan, o también les fajan con una faja en la cintura. También se ponen unas vinchas como pañoletas que se ponen en la cabeza.” (S.H.U. 45 años, Obstetra)

Todo este conjunto de elementos practicados por los pobladores campesinos y observados por los médicos y obstetras permite que conozcan más sobre el parto tradicional con todos sus componentes. Todo lo cual les ha posibilitado aprender estas prácticas y sensibilizarse en el parto vertical con adecuación intercultural.

Sobre el respeto que tienen los profesionales de salud a la cultura de las pacientes, el 60% (aproximadamente) de los Médicos Gineco-obstetras y Obstetras manifiestan, oralmente, su respeto hacia el conjunto de prácticas culturales campesinas vinculadas al parto vertical que son llamadas por ellos como *costumbres* y que en general les permite establecer relaciones adecuadas con sus pacientes de otra cultura. Cuando les preguntamos sobre algunas costumbres específicas sobre el parto de las pacientes quechua hablantes (sobre el entierro de la placenta), algunos profesionales manifestaron conocer estas costumbres, pero un grupo pequeño de ellos lo desconocía. Veamos.

“En toda mi experiencia pude conocer la posición de la Gestante al momento de dar el parto, el post parto que es más o menos 7 días en cama, envueltas de pies a cabeza por el temor de ser expuestas al viento y otras enfermedades andinas. También he visto la falta del cuidado del recién nacido porque, inmediatamente al nacer, le cortan el cordón con una teja, el recién nacido es expuesto a un lado y todas las atenciones son dirigidas hacia la madre y ese, entre

comillas, descuido de los familiares hacia el bebé tiene sus razones, como que era una forma de demostrar la rudeza o la fortaleza del bebe, si es que va a tender a ser una persona sana y fuerte que en futuro puede ser productiva, que es lo que les interesa finalmente.”
(A.E.P. 53 años, Gineco-obstetra)

“De sus costumbres yo sé de la ingesta de algunos mates, la mayoría de las pacientes toma mates de acuerdo al área geográfico donde se encuentran. En algunas comunidades andinas por ejemplo les dan un caldo de cordero, les dan algo caliente para que tengan fuerzas, dicen las señoras; algunas también suelen amarrarse la cabeza.” (J.A. 46 años, Obstetra)

“Yo pienso que de todos modos es un choque de culturas y en ese choque de culturas ambas culturas deben ceder, eso significa introducir como nosotros lo hacemos en la práctica muchas de las cosas ¿no? Por ejemplo con qué matecito vas a acompañar las pastillas que vas a tomar o algunos remedios de plantas medicinales que puedan ayudar a acompañar el tratamiento de la medicina occidental, y algunas creencias también. Por ejemplo esto del viento, del susto que deben de ser incorporados dentro de nuestro conocimiento clínico para un mejor manejo.” (A.Z.43 años, Gineco-obstetras)

“El apoyo del esposo durante el proceso de parto me parece muy importante para que la paciente se sienta cómoda y en confianza frente al grupo médico que se encuentra. Lo que sí no estoy de acuerdo es la cuestión de conocimientos de farmacia intervencional, por el mismo hecho de que la paciente no ha tenido una serie de estudios, por ejemplo dos o tres horas antes de dar a luz no es

conveniente que las pacientes no tengan lleno sus estómagos por lo siguiente.” (R.A.S. 51 años, Obstetra)

Muchos profesionales consideran que esas prácticas culturales, ajenas a la medicina occidental, que traen las gestantes de sus pueblos tienen que ser combinadas bajo las condiciones tecnológicas de la ciencia moderna que le asegure un parto feliz, respetando sus creencias.

“La experiencia de Belenpampa muestra eso. Es decir que, lo que nos interesa es que el parto sea asistido por el personal y tenga un ambiente idóneo, la forma en la cual nazca el bebé, la posición en la que la madre de a luz o algunas otras utilidades o creencias que se pueda aplicar dentro de ese ambiente controlado por nosotros sería lo ideal.” (A.E.P.42 años, Gineco-obstetra)

“Creo que primero respetamos la bioseguridad y luego aceptamos las formas de cómo quieran dar a luz y a veces no son contrarias, pero a veces sí porque algunas se exceden en tomar un mate de mejorana y esto hace que no sea bueno el proceso de parto.” (M.S. 43 años, Gineco-obstetra)

“A mí me parece buena y tenemos mucho que rescatar de ellas y, por ejemplo, ellos toman algo caliente; por ejemplo, yo les receto un medicamento para que tomen y ellos me dicen si lo tomo con cálido o caliente, yo les digo que escojan lo mejor para ellas.” (J.R.N. 53 años, Obstetra)

También existen observaciones especialmente al uso de la *mejorana* (yerba que tiene el poder de acelerar la dilatación del parto), que si no es administrada de la manera correcta puede ocasionar abortos o acelerar el parto, no siendo el

momento oportuno para hacerlo. Las observaciones son muy críticas y sustentadas. Aquí los argumentos de los médicos.

“Hay ciertas yerbas que son muy buenas como la ruda, entre otras; pero hay otra como la mejorana que lo utilizan para procesos abortivos. La mejorana tiene un oxitócico que acelera las contracciones; esto hace que el bebé nazca reprimido y con otro tipo de secuelas. Por lo demás es buena la medicina tradicional.” (A.E.P. 43 años, Gineco-obstetra)

“Hay muchas costumbres que se pueden respetar porque son inocuas, es decir, no hacen daño. Por ejemplo el hecho que se amarren el chumpi por encima del útero –que sea lógicamente un amarre no muy presionado- no va a afectar en nada. Pero el hecho de que tomen las infusiones como la mejorana sí afecta, y afecta al feto negativamente porque las contracciones se tornan más frecuentes, más intensas y eso hace que el feto tenga menos oxigenación. Entonces por ahí que muchas veces terminan con disminución de oxígeno y por lo tanto en sufrimiento fetal; la parturienta termina con el liquido amniótico verde lo que significa que ha habido falta de oxígeno en el feto. Esas cosas por ejemplo, no es que no estemos de acuerdo, pero son dañinas para su bebe.” (A.R.T. 50 años, Obstetra)

Existen también algunas observaciones a otras costumbres como el “manteo” o *suykusqa* para posicionar al bebe cuando está mal ubicado para el parto⁶⁷.

“... no estoy de acuerdo en el suysuska o el manteo cuando les dicen “señora su bebito no está bien posicionado” digamos esta en podálico, se van donde su partero o su comadre, les ponen en una

⁶⁷El bebe podría estar en posición podálica (de pie) o en transversal (en posición horizontal).

manta y les sacuden; les sacuden y sacuden y les quieren acomodar y ponerlo en posición cefálica que es como se da el parto normal. Pero eso que no esté en una posición correcta puede ser producida porque la pelvis es estrecha, porque tiene una circular de cordón, o un cordón breve; entonces, eso lo que va hacer, al sacudir, al presionar o al insistir que el feto se acomode como debe ser puede producir el desprendimiento de la placenta, el ahorcamiento del feto con su mismo cordón o producir mayor daño.” (V.R. 38 años, Obstetra)

“No son contraindicadas pero a veces tienen unas costumbres que pueden perjudicarlas en vez de mejorar su situación de salud, por ejemplo pueden abortar al bebe sacudiendo a la mujer en una frazada.”(R.T.A. 48 años, Obstetra)

“Nosotros respetamos, dependiendo del tipo de gestación que tenga, si una gestación está en riesgo, que tú la has controlado, donde sabes qué tipo de paciente es, si sería un parto eutócico, entonces sí. Pero si es un parto que tiene algún tipo de complicación, algún tipo de riesgo en la paciente, entonces no.” (A.N.M. 43 años, Obstetra)

En muchos casos los profesionales de los hospitales señalan que se puede combinar ambos sistemas de salud en términos de conciliar las costumbres andinas de las gestantes con la ciencia médica, expresada en la atención con calidad, higiene, cuidados y condiciones adecuadas de parto.

“Yo creo que debería ser 50% y 50%. Respetar sus costumbres, pero nosotros también ayudar a que sea un mejor cuidado. Muchas de las costumbres como hemos explicado no producen daño, pero otras como el uso de Mejorana, el no bañarse durante el primer mes, pueden complicar el parto y puerperio.” (A.S.V. 42 años, Obstetra)

“Sí, pero previa evaluación de la paciente, sin una evaluación muchas de esas costumbres son dañinas; sin embargo si está acompañada de la obstetra o de personal capacitado y profesional, en este caso se controla y se puede respetar poco a poco. Nosotros no podemos quitar la cultura, sus costumbres, lo que es dañino sí, es lógico; pero lo que no es dañino nosotros tenemos que vigilarlo y ver que no le afecte.” (R.B.B. 50 años, Gineco-obstetra)

3.3.3 Adecuación Intercultural del Parto en los Hospitales del Cusco

Entendemos la adecuación intercultural del parto al conjunto de prácticas y actividades de parte del sistema de salud (hospitales, personal de salud, implementos, infraestructura, planificación, atención) que otorgan a las pacientes gestantes para permitir que den a luz en los Centros de Salud, respetando los marcos culturales, ideológicos, creencias y prácticas curativas tradicionales de las pacientes, pero bajo el marco sanitario del sistema biomédico.

Esto significa que el sistema de salud del MINSA decide preparar condiciones adecuadas, según la Norma Técnica, para el parto vertical en poblaciones rurales e indígenas; la misma que consiste principalmente en el siguiente protocolo:

1. Implementación de casas de espera.
2. Formación y capacitación de promotores de salud.
3. Capacitación en parto vertical al personal de salud.
4. Monitoreo de las madres gestantes y referencias.
5. Adecuación del centro de salud.
 - Adecuación cultural de los servicios.
 - Elaboración del plan de parto.

- Seguimiento y referencia de gestantes.
 - Adecuación cultural de la sala de parto.
 - Implementación de materiales.
6. Integración de elementos de la cultura local para el parto vertical.
- Uso de mates.
 - Uso de rollete y chumpi.
 - Presencia de familiares o la partera.
 - Entrega de la placenta.

La mayoría de los conocimientos del personal de salud sobre lo que es realmente la salud intercultural y el parto vertical están entendidos de manera parcial. La mayoría lo entiende solamente como permitir en el parto algunas “costumbres” como tomar mates o dejar amarrarse la cabeza, pero siempre bajo los parámetros médico occidentales.

“Consiste en que la parturienta opte alguna de sus costumbres que puede ser amarrarse la cabeza o poner algún chumpi o usar algunas plantas que ellos tienen por costumbre que es utilizada por sus ancestros. Respetar sus costumbres del paciente, como quieren atenderse el parto, en el lugar adecuado, con algunos matecitos siempre que no afecten al proceso de parto.” (S.M. 50 años, Obstetra)

También hay un gran sector de médicos y obstetras que consideran que la adecuación intercultural es entendida como la consulta que se le hace al paciente de cómo quiere dar el parto, en una relación básicamente técnica, para facilitar el parto al médico.

“Bueno, nosotros lo entendemos en como la paciente va a manifestar sus deseos de cómo dar el parto y quienes le va a acompañar durante el proceso del parto. Es la forma de parto que la

mujer quiera tener. Por ejemplo hay mujeres que quieren tenerlo en la cama, otras que quieren tenerlo en el suelo, otra quieren darlo paradas, arrodilladas, de costado. Yo pienso que eso depende de su cultura como haya aprendido o como le han enseñado.” (R.B.P. 42 años, Obstetra)

“Es lo que la paciente desea como quiere dar a luz de acuerdo a su cultura. Como desea atenderse, como desea que le atiendan, de acuerdo a lo que ella cree, de acuerdo a sus costumbres. La adecuación significa que este parto se está dando para aquellas mujeres, sobre todo de las regiones andinas, donde ellas originalmente o típicamente han dado a luz de esta forma. La adecuación significa eso, que en los hospitales se les favorezca o se les de facilidades para tener este tipo de parto.” (G.M.P. 49 años, Obstetra)

Siempre dentro del mismo parámetro de una comprensión parcial de lo que indica la Norma Técnica, es poco el porcentaje del personal que expresa de una manera un poco más amplia lo que significa la adecuación intercultural. Consideran que viene a ser la identificación del personal con la cultura de la paciente, ponerse al nivel del paciente y, si es que uno no sabe hablar el quechua para comunicarse con su paciente, buscar la manera de entenderse mediante gestos.

“La adecuación cultural consta más de parámetros que nosotros, en general, hemos tenido que afrontar con respecto a las ideas de las pacientes, relacionadas al parto, y nos adecuamos a las costumbres o tradiciones que ellas tienen; considerando, lógicamente, los conocimientos técnicos, científicos que nosotros manejamos como profesionales. Entonces, al adecuarnos, permitimos que ellas puedan realizar algunas actitudes que no signifiquen riesgos ni para

ella ni para su niño y, de igual manera, que ellas adopten posiciones nuestras que es para bien de ellas.” (M.B.P. 49 años, Obstetra)

Algunos médicos reconocen que la OPS (Organización Panamericana de la Salud) señala que interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes, que se realiza con respeto y horizontalidad; es decir, que ninguna se pone por encima o debajo de la otra. En esta relación intercultural se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo.

“Interculturalidad es aceptar la forma de dar a luz, de acuerdo a sus costumbres, de acuerdo a sus antecedentes culturales de la paciente. Es que nosotros nos debemos adecuar a sus costumbres, a sus creencias, a su forma de vida, y dentro de eso está el parto vertical” (M.E. 43 años, Obstetra)

La mayoría de los profesionales de la salud de ambos hospitales consideran que la adecuación cultural del parto significa otorgar algunas facilidades a la paciente; pero, la decisión, el control del parto y la forma como ésta se va a realizar lo deciden los especialistas. En la práctica no existe ninguna adecuación intercultural, simplemente es una incorporación superficial y aislada de algunos elementos llamados “tradicionales”. Veamos.

“Para mí, la adecuación cultural son todas las estrategias que adopta el personal de salud, tomando algunas de las costumbres propias de las pacientes de zonas rurales, como la posición vertical de la madre, el acompañamiento de la familia durante el trabajo de parto, el ambiente caliente, con privacidad, las bebidas o infusiones

calientes, entre otras; pero hasta allí, nomás. Todo lo demás está bajo nuestro control y responsabilidad.” (G.M.P. 49 años, Obstetra)

CAPITULO IV

BARRERAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ENFOQUE INTERCULTURAL

4.1 RELACIONES ASIMÉTRICAS ENTRE MÉDICOS Y PACIENTES

4.1.1 Atención a las Pacientes de Origen Andino

En las relaciones médico-pacientes prima una relación de poder, donde el profesional de salud tiene la autoridad -legitimada por el sistema social como por el propio paciente- para decidir sobre la salud de su paciente. En la atención del parto se mantienen estas relaciones jerárquicas y que son consentidas, muchas veces, por las propias parturientas.

Cuando se hizo la consulta al personal médico del Centro de Salud de Belenpampa, que es el único centro de salud que atiende partos verticales en la ciudad del Cusco, los Médicos Gineco-obstetras y Obstetras evidenciaron otra manera de ver y entender el parto vertical. Aquí sus testimonios:

“El parto vertical es en realidad una técnica de atención, viene acompañándonos desde nuestros ancestros, más bien lo que nosotros tratamos es de revalorar su práctica porque tiene muchas bondades a diferencia del parto occidentalizado u horizontal que nosotros llamamos. Por ejemplo, el caso del desprendimiento de placenta, menos sufrimiento fetal es más cómodo incluso al momento del pujo de la paciente porque la gravedad incluso hace su trabajo y las pacientes sienten menos dolor y dificultad al momento

de la expulsión del bebe.” (A.E.P Médico Cirujano “Director del Centro de Salud de Belenpampa”)

Como ya mencionamos líneas arriba, el único establecimiento de salud que atiende parto vertical en la ciudad de Cusco es el Centro de Salud de Belenpampa, ubicado en la calle del mismo nombre en el distrito de Santiago. El grupo de Médicos y Obstetras que trabajan en este establecimiento hicieron una crítica al concepto de Adecuación Intercultural que se maneja entre sus colegas de los hospitales donde hicimos la investigación, en los cuales se entiende la Interculturalidad como la aceptación de algunas costumbres de los pacientes e implementación de algunos adornos andinos, mantas o aceptar el consumo de mates tradicionales. Hacen hincapié en que no consideran qué es más importante para la implementación intercultural, la interrelación humana entre médico-paciente, donde el médico tiene una posición dominante; por lo tanto es él quien tiene que asumir una actitud tolerante, adaptativa y de respeto de la cultura de la parturienta. En una entrevista que hicimos al Director del Centro de Salud de Belenpampa nos dijo lo siguiente:

“Bien, nosotros hemos estado tratando de cambiar un poquito esa idea. El Ministerio de Salud de Lima nos trajo una idea de que interculturalidad era rescatar algunos valores, pero orientado más a lo que era la decoración del ambiente, es decir que ellos pensaban que la interculturalidad era ponerle cueritos, dibujos alusivos al ande que no es tan cierto. La adecuación cultural está dirigida al trato familiar, por ejemplo a las personas o familiares que estén acompañando al momento del parto.

“Por otra parte, el respeto a las formas de dar a luz dentro del parto vertical, donde hay como 9 variantes. Por último, el manejo de la placenta después del parto, en donde devolvemos, cosa que

anteriormente no lo hacían, más al contrario lo incineraban.” (A.E.P Médico Cirujano “Director del Centro de Salud de Belenpampa”)

4.1.2 Comportamiento de las Pacientes en el Proceso de Parto

Cuando nos referimos a pacientes de origen andino, nos referimos a todas aquellas mujeres que han nacido en comunidades campesinas, provienen del sector rural y que han migrado a la ciudad instalándose en los barrios periféricos y asentamientos humanos; lo interesante es que culturalmente todo este grupo social sigue conservando (total o parcialmente) sus costumbres referidas al parto vertical. Son este tipo de gestantes que forman un grupo considerable de personas que acuden a los centros de salud y hospitales para ser atendidas.

Las actitudes que ellas toman durante la atención de sus partos suelen ser de dos tipos:

- Actitud pasiva, de aceptar el protocolo del parto horizontal en función a lo propuesto por el personal médico.
- Actitud activa, al reclamar o solicitar dar a luz mediante el parto vertical.

En el primer caso, lo normal es que la parturienta solo conozca el paradigma del parto horizontal, entonces acepta o solicita dicho parto, con todo el protocolo de ser atendida en una sala compartiendo con otras gestantes y en las condiciones ya conocidas de frío, tiempo prolongado, sangrado abundante y no pocas veces de maltrato o indiferencia del personal médico u obstetras.

En el segundo caso, son las propias señoras que solicitan dar a luz de forma parada, sentada o en cuclillas.

El comportamiento de las pacientes de origen campesino, migrantes o pobladores que tienen una cultura sincrética (indígena-moderna); todas ellas que son masivas concurrentes a los centros de salud y hospitales para ser atendidas en sus partos, expresan una idiosincrasia particular cuyos rasgos son:

- ❖ Son calladas, poco comunicativas.
- ❖ Son pasivas, aceptan imposiciones en silencio.
- ❖ Son tímidas, temerosas.
- ❖ Son desconfiadas, pero acatan lo que se les dice.
- ❖ Se sienten más cómodas al lado de un familiar.
- ❖ Hablan quechua.
- ❖ Traen sus “costumbres” propias (mates, llicllas, chumpis).

Cuando se les ha consultado como les gustaría dar a luz, todas coincidieron con las siguientes demandas:

- ✓ Permitir que ellas decidan la posición que quieren adoptar al momento del parto (sea vertical u horizontal) para que sea una experiencia digna y con calidad.
- ✓ Permitirle la elección de una persona para que la acompañe al momento del parto, para que se sienta con más confianza, apoyo y seguridad.
- ✓ Tener acceso fácil a la información oportuna y veraz acerca del proceso del parto y de los tipos de parto.

- ✓ Respetar su pudor y evitar el ingreso de personas ajenas a la atención del parto, salvo consentimiento de la parturienta. El ambiente del parto debe ser cálido e íntimo (privacidad física y emocional).
- ✓ Ambientar la sala de parto con cuadros de una virgen, una madre amamantando a su bebe, etc. que brinde apoyo moral a la gestante.
- ✓ Tratar con calidez a la gestante y acompañante, dándoles confianza para que el parto se realice con normalidad.
- ✓ Darles líquidos tibios y hacer la higiene de la gestante con agua tibia.
- ✓ Devolverles la placenta para que realicen sus ritos ancestrales.

Frente a este panorama, lo que se ha encontrado en la investigación es que, a diferencia del Centro de Salud de Belenpampa, donde los profesionales atienden a las parturientas bajo los criterios de respeto, calidad, calidez y la bioseguridad, cualidades de la Interculturalidad; en los hospitales Lorena y Regional, por lo general, el personal profesional de salud atienden los partos de la manera clásica; es decir, con indiferencia, autoritarismo, mínimo dialogo, órdenes tajantes, irrespeto a sus costumbres, no permitir la presencia de los familiares, hacinamiento de varias mujeres para dar a luz en una misma sala, desatención, o atención mecánica donde la paciente pierde su estatus de persona y se convierte en un objeto, ninguna información o consulta a la paciente.

En cuanto a las pacientes "más difíciles" de atender, hay consenso en el personal de salud de ambos hospitales al referirse que, ellas, son las gestantes con escasa escolaridad o condiciones de extrema pobreza, sin mayor información ni conocimiento. Lo que hace que el parto, a veces, se dificulte.

Pero en la medida que se van rompiendo las barreras culturales entre paciente y médico, las gestantes van entrando en confianza hasta llegar al parto vertical en condiciones de predisposición óptima.

En conclusión, se ha demostrado que sí es posible dar una atención con adecuación intercultural a las pacientes campesinas con tradiciones distintas de las que tenemos. Ello obviamente depende de un conjunto de factores, pero sustancialmente de la actitud de los médicos y obstetras hacia sus pacientes de origen andino.

Ello nos muestra que la humanización y adecuación intercultural de la atención del parto permiten superar algunas de las barreras que impiden que las mujeres embarazadas lleguen a los servicios de salud para recibir atención sanitaria calificada durante su embarazo y parto.

Si estas prácticas adecuadas se hicieran obligatorias en todos los establecimientos de salud, se convertiría en un “modelo” que evitaría los siguientes protocolos incómodos:

- la práctica rutinaria de la episiotomía;
- la práctica rutinaria de la rasura del vello púbico;
- la práctica rutinaria de la aplicación de enemas.

4.1.3 Comprensión del Idioma Quechua

Una de las barreras culturales que reclaman ser superadas y que significa una constante dificultad es el desconocimiento del idioma quechua. La gran mayoría de los médicos son de origen ciudadano urbano y son provenientes de la clase media y solo hablan castellano; pero obligadamente deben ir a trabajar a

las zonas rurales donde se topan con una realidad distinta, donde el Quechua es el idioma preponderante.

Entonces una demanda que se les hace es aprender el idioma quechua. Los mismos profesionales que entrevistamos estaban de acuerdo en que es fundamental, en la medida que deben comunicarse en los procesos de atención, prevención, indicaciones; y si no logran hacerlo adecuadamente su trabajo no tiene mayor significación. Por ello es que consideran que si no hay una fluida comunicación con los pacientes quechua hablantes no se puede hablar de interculturalidad.

“Para mí lo fundamental es que hablen el idioma Quechua. Por eso, si hay un entendimiento con el idioma nos vamos a entender junto con la paciente, y atender el parto en qué condiciones y como quiere. Por ejemplo, si no le hablo quechua le voy a decir “Échese señora”. “No sé que me estará hablando”. “Échese señora” y como hay personas que no entienden como las señoritas que atienden, las pacientes se sienten agredidas. Entonces el idioma es muy importante.” (N.S.V. 54 años, Obstetra)

“Lo primero sería enseñar el idioma quechua que creo es lo más básico. Luego de eso tendría que hacerse lo que es capacitaciones, charlas en parto y también en planificación familiar. En quechua más que todo porque las mujeres alto andinas no entienden el castellano. Es como nosotros, cuando viene un chino, habla su idioma y nosotros también nos reímos porque no sabemos de qué habla, igualito ellos. Y cuando le dices has entendido “si” te dicen, pero no entienden. Falta la comunicación directa que te entienda el paciente también.” (T.F.E. 37 años, Obstetra)

Sin embargo, algunos profesionales que entrevistamos aseguran que no es indispensable –aunque si es importante- conocer el idioma de la paciente. En el caso de que el médico o la obstetra atendieran a una paciente rural quechua hablante, se puede entablar la comunicación a través de gestos, expresiones o usando ciertas palabras nominativas. En el caso de que se requiera una comunicación más profunda, se puede llamar a otro personal que sí hablase el quechua para servir de traductor.

4.2 BARRERAS INSTITUCIONALES PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL

4.2.1 Políticas de Salud y Normas Administrativas

Hay situaciones que escapan a la iniciativa de los profesionales de salud, estos dependen de las leyes, normas y dispositivos legales emanados desde el Ministerio de Salud (MINSA) y la Dirección Regional de Salud (DIRESA). Amparados en esta normatividad, casi la totalidad de los médicos “se cuidan legalmente”, es decir que, por no asumir ningún riesgo que les ponga en apuros, optan por el parto horizontal, dado que no conocen mucho sobre parto vertical; casi nunca lo han practicado, y en los hospitales no existen condiciones para implementar la adecuación cultural; entonces recurren a una visión médico-legal para justificarse.

“Entonces el respeto también debe funcionar en esto, pero también debe haber entendimiento de ambas partes. Lamentablemente la infraestructura no nos permiten, muchas veces, aceptar las ideas o tradiciones que tienen las pacientes, entonces no podemos.” (E.A.M. 45 años, Gineco-obstetra)

En la práctica casi todos los médicos y obstetras vinculados al parto terminan realizando por *costumbre, facilismo o comodidad* el parto horizontal porque este tipo de parto les es más conocido, están formados solo en este modelo, saben el protocolo de memoria y les libra de cualquier riesgo legal.

Un hecho preocupante es que la mayoría de los profesionales de salud que entrevistamos decían que los hospitales Antonio Lorena y Regional de la capital cusqueña, según la normatividad hospitalaria del Ministerio de salud, no les corresponde realizar partos verticales porque, según nos dicen, en el categoría de ambos hospitales que son de Nivel III-1 la Norma Técnica no les incluye, y solamente estarían destinadas a realizar operaciones cesáreas y atender complicaciones en los partos que les son referenciados de otros Centros de Salud del departamento. Esto es un error porque la Norma Técnica dice claramente que los establecimientos de salud de niveles I-4, II y III⁶⁸ están en la obligación de brindar atención del parto vertical con adecuación intercultural⁶⁹.

Por esta razón la mayoría del personal de salud de estos hospitales considera que no están obligados a realizar o atender partos verticales. Ello explica los motivos por qué tampoco lo promuevan o se sientan interesados en difundirlo o motivarlo entre las señoras de origen andino que acuden a estos hospitales para atenderse.

Los casos de atención de parto vertical en dichos hospitales son escasos, entre 2 a 5 casos al año. Veamos sus testimonios:

“Aquí en el hospital no se atiende, siendo un establecimiento referencial, la gran mayoría de las gestantes vienen ya presentando

⁶⁸ Los hospitales Regional y Antonio Lorena tienen el nivel III-1.

⁶⁹ Ver Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. 2005: p. 13

un riesgo. Acá de todas maneras se les hace un parto horizontal.”
(R.B.B. 50 años, Gineco-obstetra)

“En el hospital no hemos avanzado nada. A nivel general sí, la mayoría de personas en periferia trabajan esto porque no hay otra forma de convencer a la paciente. Aquí es muy poco. Casi no se atiende parto vertical en el hospital. Te diría que de 50 partos solo 1 es vertical. El centro de salud que está obligado a hacerlo en el Cusco es Belenpampa.” (W.V. 44 años, Obstetra)

Los médicos y obstetras de los hospitales Antonio Lorena y Regional de Cusco, en las escasas ocasiones que atendieron parto vertical, observan algunos beneficios especialmente en el aspecto de que las pacientes se sienten satisfechas por la atención; pero más allá de esto no existe ninguna adecuación intercultural.

En función a la práctica de los propios profesionales, consideran un *exceso o innecesario* tener que implementar parto vertical, cuando históricamente los hospitales han adecuado su infraestructura, sus condiciones sanitarias, las salas, los implementos y los protocolos solo para atender parto horizontal. De igual manera la formación de los médicos y enfermeras están en función a este tipo de parto. Sus expresiones son bien claras:

“Un problema en el hospital es la cantidad de pacientes que tenemos, no tenemos un lugar adecuado; imagínate tener a todos sus familiares y eso rebasa el servicio.”(L.M.I 48 años UNCV, Obstetra – HAL)

“Porque lamentablemente, en su mayoría, no estamos preparados para la atención de un parto vertical y no estamos implementados. No hay un ambiente adecuado aquí y debe haber un ambiente

adecuado, debe haber una camilla, una banquita, material, eso más o menos.” (N.S.V 54 años UNSCH, obstetra Hospital Regional)

Existen además justificaciones de tipo Técnico Normativas que disponen que los hospitales son centros de referencia, en decir, que solo debieran atender partos complicados y referidos de los Centros de Salud.⁷⁰

“Es muy difícil porque en el hospital se atiende solo patologías, porque muchas pacientes presentan patologías en el proceso del parto y este tipo de paciente no puede dar parto vertical. Aquí en el hospital se está tratando de atender parto vertical pero no se puede por falta de capacitación al personal en este tipo de atención.”(H.M.P. 45 años, Obstetra)

“Primero porque, al menos este hospital es un hospital de referencia, entonces existen criterios de inclusión para las pacientes que si pueden tener un parto vertical, siempre y cuando estén en riesgo o gravedad o complicaciones. La mayoría terminan en una cesárea; entonces el hecho de que nosotros podamos atender un parto vertical va significar arriesgar a la paciente.” (A.S.B 37 años, Gineco-obstetra)

“Acá en el hospital se le respeta a la paciente pero no de repente de la forma como quisiera la paciente, por ejemplo, si quiere dar a luz en forma vertical, pero como nosotros estamos en un nivel tres y la infraestructura misma no está adecuada para atender una parto vertical, solamente nos avocamos en atender en una forma horizontal.”(J.M.A. 52 años, Obstetra)

⁷⁰Sin embargo, se dan casos en que la paciente acude directamente al hospital para dar a luz; y en otros en que la posición anormal del bebé (podálico, transverso), motivo por el cual ha sido la gestante referida al hospital, se corrige en el momento del parto.

Una de la razones que nos dieron los profesionales de salud de por qué no atendían parto vertical es la carencia de infraestructura adecuada, sobre todo respecto a los ambientes como salas de parto adecuadas y equipadas, casas de espera, camillas especiales, entre otros. Las declaraciones de los médicos lo confirman:

“A mí me gustaría que el parto vertical se de acá; pero si nos implementan podríamos realizarlo. Sí, siempre y cuando se den las condiciones necesarias en cuanto a infraestructura y lógicamente haya el apoyo de todo el equipo de salud en el caso de que se presente un desgarro; porque no voy a poder hacer una protección, por ejemplo, de periné en una paciente, o si se produce un desgarro de tercer o cuarto grado no vaya a recibir una sanción de los ginecólogos, porque eso crea todo un problema¿no?, ellos son los que van a tener que reparar.” (N.M.A. 60 años, Gineco-obstetra)

“...el mismo acondicionamiento de nuestro servicio no permite que entre el esposo para que le ayude a la paciente; porque son salas que son contiguas y el hecho que una paciente esté en dolor de parto no es como para ellas que esté el esposo por ahí dando vueltas, esperando, viendo el proceso de la otra paciente. Entonces no tenemos ambientes individuales con la comodidad que se debería permitir y para que la paciente pueda dar su parto vertical acompañada de su esposo.” (Y.M. 44 años, Gineco-obstetra)

“Porque no hay ambientes apropiados ni equipos para este tipo de práctica de atención del parto y también falta sensibilizar al personal sobre la importancia del parto vertical. Además faltan profesionales.”(R.B.B. 50 años, Gineco-obstetra)

“En parte sí se atiende porque, al menos, este hospital tiene un buen nombre ganado que es “Hospital de los Pobres”⁷¹, tenemos que los percentiles de más baja pobreza llegan a este hospital. En este sentido podemos dar mejor trato que otro hospital, solo que no podemos atender un parto vertical porque no tenemos la infraestructura adecuada para eso.” (L.S.C. 34 años, Obstetra)

Otro factor determinante para que no se aplique parto vertical en los hospitales es la falta de exigencia del Estado y del Ministerio de Salud a los profesionales médicos y obstetras para que atiendan parto vertical en el caso de que así lo exija la paciente según indica la Norma Técnica⁷².

“Yo creo que es una cuestión de arriba, de la Dirección, de los Jefes, de ellos depende que se implemente todo para implementar los hospitales y se pueda hacer parto vertical. Eso significa que se den directivas desde el Ministerio de Salud.”(R.P.R. 48 años, Obstetra)

En resumen se constata que, en las condiciones actuales de los hospitales Regional y Antonio Lorena, y analizando los otros factores, es imposible atender parto vertical por lo siguiente:

- ❖ El personal médico no está capacitado.
- ❖ No tienen interés en implementarlo por su comodidad.
- ❖ No cuentan con salas ni equipamiento necesario.
- ❖ Desconocen la importancia del parto vertical.
- ❖ Consideran que no es prioridad la adecuación cultural de los ambientes.
- ❖ Están anclados en su paradigma del parto horizontal.

⁷¹ Se refiere al Hospital Antonio Lorena

⁷² Ver MINSA “Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural”. (2005)

- ❖ En algunos casos hemos visto que no se reconoce la diferencia cultural de las pacientes, todas son iguales, son números y objetos.
- ❖ Por las barreras culturales y paradigmas de los médicos.
- ❖ Por la inexistencia de políticas y decisiones de las autoridades de salud para disponer normas y presupuestos.
- ❖ También porque los pacientes desconocen las bondades del parto vertical y terminan acatando lo que el personal de salud dispone.

Los profesionales con disposición y altamente sensibilizados indican que todo depende de las autoridades del MINSA y de la DIRESA, en el sentido de que se disponga que los hospitales, de nivel III-1, deberían atender parto vertical, siempre y cuando se les de los recursos suficientes y las motivaciones pertinentes para implementar el parto vertical. Si fuera así, los profesionales de salud lo aplicarían gustosamente.

CONCLUSIONES

- I. Se ha comprobado que las barreras culturales, entendidas como, el desconocimiento del idioma, de la cultura del otro y los prejuicios sobre el parto, han sido factores determinantes para que no haya atención del parto vertical. Además, los profesionales de la salud no han sido formados académicamente en temas de salud intercultural, siendo éste un gran referente para entender las deficiencias en la atención del parto vertical con adecuación intercultural.

- II. Se ha comprobado que los Médicos Gineco-obstetras y Obstetras que atienden los partos conocen parcialmente sobre el parto vertical y el enfoque intercultural. Esta situación es sumamente crítica, dado que, estando en sus manos, ellos deciden sobre la atención o no del parto vertical a la parturienta; siendo la elección de los profesionales de la salud la atención del parto horizontal, dado que han sido formados en esta modalidad.

Esta actitud del personal médico tiene su explicación en su formación universitaria donde no han recibido cursos orientadores en salud intercultural, medicina tradicional o costumbres sobre el parto andino. Ello hace que muchos médicos terminen fortaleciendo las barreras culturales, y atiendan el parto solo desde la perspectiva biomédica.

- III. Se ha comprobado que no existen prejuicios culturales porque la mayoría de los médicos han trabajado en el área rural, en donde aprendieron -aunque escasamente- sobre la cultura andina del parto. Por esta razón la mayoría del personal médico de ambos hospitales señalaron que no existe mayor contradicción entre las costumbres andinas del parto y el protocolo biomédico, y señalan la necesidad de articular el parto institucionalizado con las costumbres andinas del parto. Sin embargo,

existen algunas trabas para su implementación derivadas de la formación académica que ha tenido el personal de salud, siendo ésta en el sistema biomédico.

Se ha comprobado que las decisiones de los Médicos Gineco-obstetras y Obstetras dependen de las normas y dispositivos legales emanados desde el Ministerio de Salud y de la misma institución donde trabajan; es decir de los hospitales. Por esta razón, casi la totalidad de los profesionales referidos “se cuidan legalmente”, no quieren correr ningún riesgo al momento de atender un parto vertical, por eso optan por el parto horizontal. La carencia de infraestructura adecuada para atender parto vertical, como las salas de partos adecuados y equipados, camillas especiales, además del poco interés de las autoridades para establecer políticas eficaces, hacen que la atención del parto vertical no sea implementada. Estas tres razones han creado una barrera médica para que no haya atención del parto vertical.

Se ha comprobado que existen relaciones asimétricas entre médico-paciente, donde prima una relación de “poder”, donde el profesional de salud tiene la autoridad para decidir sobre la salud de su paciente. En la atención del parto se mantienen estas relaciones asimétricas. Las pacientes de origen andino que acuden a los hospitales y centros de salud a alumbrar muestran una conducta pasiva y activa. En el primer caso, se sujetan a las decisiones de los médicos y no reclaman el derecho a tener un parto vertical; en el segundo, dichas mujeres exigen dar a luz de esa manera. También se ha visto que, en general, las pacientes andinas expresan timidez, inseguridad y temor frente al sistema de salud biomédico actual.

RECOMENDACIONES

- I. Las facultades de salud de las universidades del Perú deben de implementar cursos de especialidad vinculados a la cultura de los pueblos, idioma quechua, medicina tradicional, parto vertical, creencias y costumbres sobre el parto. Dicha formación debe ir acompañada de prácticas, pasantías e internados en periferia.

Consideramos que es importante que se incorpore, en los establecimientos de salud, una política de respeto a las costumbres de las pacientes indígenas y que se implemente la atención del parto vertical como una estrategia en la ampliación del acceso y cobertura de la atención de la salud en los hospitales.

- II. Las facultades de medicina de las universidades de nuestro país, a través de sus currículos de estudio, y el Ministerio de Salud (MINSA), a través de capacitaciones e incentivos a los profesionales de salud, deberán crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario.
- III. La promoción y sensibilización sobre la importancia del parto vertical, por parte de las universidades del país, del MINSA, del Gobierno Central y Gobiernos Regionales, harían que las barreras médicas, los prejuicios culturales y las relaciones asimétricas aminoren de manera sustancial.

BIBLIOGRAFÍA

ALARCÓN, Ana, y Otros

2001 Una perspectiva cultural de la donación de órganos y tejidos. *Rev. Ciencia y Enfermería* 2001

ALARCÓN, Ana, VIDAL, Aldo, y NEIRA Jaime

2003 Salud Intercultural: Elementos para la Construcción de sus Bases Conceptuales. *Rev. méd. Chile* v.131 n.9 Santiago sep. 2003

ALVARADO, Virgilio

2002 "Políticas Públicas e Interculturalidad", en Fuller, Norma *Interculturalidad y Política: Desafíos y Posibilidades*. Lima: Ed. PUCP. 2002

ARROLLO, J.

2001 *Mejorando la Aceptabilidad de los Servicios de Salud Materna*. Lima: MINSA-OGE

BARFIELD, Thomas.

2000 *Diccionario de Antropología*. España: Ed. Bellaterra

BUITRÓN, Myriam

2002 *La Sabiduría y arte de las parteras. Wachachikmamakunapaksumakyachaycuna*. CircoloculturaleMenocchio, Roma, 2002

CARREAZO PARIASCA, Jimmy

2004 *Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario*. *Paediatrica* 6 (2) 2004 Chile

CUNNINGAM, Myrna

2002 *Etnia, Cultura y salud: La Experiencia de la Salud Intercultural Como una Herramienta Para la Equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua.*
Washington, DC: OMS

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

2008 Informe Defensorial N° 138 “Derecho a una Maternidad Segura. Supervisión Nacional a los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA”

DELGADO, Freddy, y ESCOBAR, Cesar

S/F Diálogo Intercultural y Anticientífico. Para el fortalecimiento de las ciencias de los pueblos indígenas originarios

DIRESA - CUSCO

2010 Plan Operativo Institucional del Hospital Regional - Año 2010

DIRESA - OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA – HOSPITAL ANTONIO LORENA.

2008 Análisis de la Situación de Salud Hospital Antonio Lorena del Cusco. ASIS 2008

FÁBREGA Y MANNING.

1979 En Brunelli, G. De los espíritus a los microbios. Colección 500 años.

FAMILY CARE INTERNATIONAL y QAP

2005 *Manual para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención de Parto.* Tungurahua: Ministerio de Salud Pública del Ecuador

GARMENDIA, Roberto

1977 El Progreso del Cuzco. 1900-1977. Cuzco.

HURTADO LA ROSA, Raquel

2006 Adecuación Cultural Para la Atención del Parto. Rev. Chacarera N° 33.

JORDAN, Brigitte

1978 *Birth in Four Cultures*

LLANCA RAMOS, Leandra

2007 *Percepción de los Profesionales Gineco Obstetras y Obstetras de la Atención con Enfoque Intercultural a las Pacientes Obstétricas en el Ambito de la Ciudad de Tacna.* Ciencia y Desarrollo N° 10

MENENDEZ LORCA, Gloria

2002 El Proceso del Embarazo Parto y Puerperio en la Mujer del Ande.
Revista UMSM, 2002

MINISTERIO DE SALUD de la República de Argentina

2004 *Guía para la atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia.* Argentina: Ministerio de Salud

MINSA – Perú

2004 Norma Técnica. Categorías de Establecimientos de Sector Salud. N.T.
N° 0021- MINSA / DGSP V.01

2005 *Norma Técnica Para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural.* Lima: Ed. EBRA E.I.R.L.

NUREÑA, César R.

2009 *Incorporación del Enfoque Intercultural en el Sistema de Salud Peruano: La Atención del Parto Vertical*. Rev Panamericana de la Salud Pública.

OPS/OMS

1996 *Servicios de Salud Araucaria IX Región Ministerio de Salud Chile Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas*. Saavedra, Chile

1998 *Proyecto: Incorporación del Abordaje Intercultural de la Salud*

2003 *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*.

PNUD-UNFPA

2005 "Impacto sociocultural de las políticas públicas y la modernización en salud y educación de los pueblos aimaras en Chile, desde un enfoque cultural". Convenio número 06/2005

RED NACER

S/F *Antropología*. Disponible en http://www.rednacer.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=79

RODRIGO ALSINA, Miquel

1997 *Elementos para una Comunicación Intercultural*. Revista *cidobd'afersinternacionals*, 36, mayo 1997

SACO MENDEZ, Santiago

2009 *Reducción de la Mortalidad Materna con Estrategia Intercultural en Cusco Perú*. Dirección De Salud Del Cusco – Perú

SALAS LLERENA, Cidaneli

2008 *Parto Vertical se Practicará por Primera Vez en Clínica de San Marcos.*

Disponible

en:

www.andina.com.pe/Espanol/Noticia.aspx?id=V/9DVBcG+bQ=

TUBINO, Fidel

2002 *Entre el Multiculturalismo y la Interculturalidad: Más Allá de la Discriminación Positiva.* en FULLER, Norma (2002) *Interculturalidad y Política.* Lima: Ed. PUCP

VARGAS Rosana y NACCARATO Paola

1995 *Allá, las Antiguas Abuelas Eran Parteras.* Lima. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

ANEXOS

ANEXO N° 1

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES
CONCEPCIONES SOBRE EL PARTO VERTICAL	FORMACIÓN ACADÉMICA EN SALUD INTERCULTURAL	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos sobre salud intercultural en las universidades. • Nivel de Conocimientos en Parto Vertical. • Conocimientos sobre Cultura Andina del parto. • Conocimientos sobre salud Intercultural.
	CAPACITACIÓN PROFESIONAL EN ATENCIÓN DEL PARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos de Capacitación en Parto Vertical. • Número de Partos Verticales Atendidos. • Nivel de Conocimiento de la Norma Técnica.
	PREJUICIOS SOBRE LA CULTURA ANDINA DEL PARTO	<ul style="list-style-type: none"> • Apreciaciones sobre las costumbres andinas del parto. • Grado de respeto a la cultura del otro.
BARRERAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL	RELACIONES ASIMÉTRICAS ENTRE MÉDICOS Y PACIENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Atención en base a la Cultura de las Pacientes. • Nivel de expresión y comprensión en Idioma Quechua.
	BARRERAS INSTITUCIONALES PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades políticas de salud. • Gestión administrativa para la atención del parto vertical.

ANEXO N° 2

GUIA DE ENTREVISTAS

V. D.	INDICADORES	PREGUNTAS
FORMACIÓN ACADÉMICA EN SALUD INTERCULTURAL	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos sobre salud intercultural en las universidades. 	<p>¿Cómo conoció el tema de Salud Intercultural?</p> <p>¿En su formación académica, qué temas llevo en salud intercultural?</p> <p>¿Se debe enseñar salud intercultural en las universidades? ¿Porque? ¿Que temas?</p> <p>¿Cuáles serian los mecanismos para generalizar la enseñanza del parto vertical en las universidades?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Conocimientos en Parto Vertical. 	<p>¿Qué es parto vertical?</p> <p>¿Qué es adecuación cultural durante el proceso del parto?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobre Cultura Andina del parto. 	<p>¿Qué costumbres andinas conoce sobre el parto?</p> <p>¿Se debería respetar las costumbres tradicionales de las pacientes en el cuidado de la salud?</p> <p>¿Esas prácticas andinas son contrarias al parto Institucionalizado?</p> <p>¿Usted devolvería la placenta a la paciente si se lo pidiera?</p> <p>¿Por qué cree usted que las pacientes andinas queman o entierran la placenta?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobre salud Intercultural. 	<p>¿Qué es salud intercultural?</p> <p>¿Qué elementos componen la salud intercultural?</p> <p>¿Por qué no se aplica salud intercultural en el hospital?</p> <p>¿Cuáles serian los beneficios de aplicar la atención del parto con enfoque intercultural?</p> <p>¿Cuál sería su propuesta para que la salud intercultural sea aplicada en el Hospital?</p>
CAPACITACIÓN PROFESIONAL EN ATENCIÓN DEL PARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos de Capacitación en Parto Vertical. 	<p>¿Cuántos cursos ha llevado en atención de parto vertical?</p> <p>¿En qué temas de atención del parto vertical desearía recibir capacitación?</p> <p>¿Qué instituciones conoce usted que capaciten en atención de parto vertical?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Número de Partos Verticales Atendidos. 	<p>¿Cuántos partos verticales ha atendido durante su experiencia profesional?</p> <p>¿Durante este año (6 meses) cuantos partos verticales ha atendido en el hospital?</p> <p>¿Qué se necesita para que haya mayor frecuencia de partos verticales en el hospital?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de Conocimiento de la Norma Técnica. 	<p>¿Ud. Conoce la norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural?</p> <p>¿Qué rescataría de positivo de esta norma ?</p> <p>¿Usted estaría de acuerdo con aplicar la Norma técnica en el hospital?</p> <p>¿Cuáles serian los beneficios de aplicar la Norma Técnica?</p> <p>¿Cuánto se ha avanzado en la atención del parto con adecuación intercultural?</p>
RELACIONES ASIMÉTRICAS ENTRE MÉDICOS Y PACIENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Atención en base a la Cultura de las Pacientes. 	<p>¿Cómo es el comportamiento de las pacientes rurales quechua hablantes durante la atención del parto?</p> <p>¿Qué sugiere para dar mejor atención a las pacientes rurales?</p> <p>¿Cree Ud. que debería darse atención adecuada a la cultura de las pacientes?</p> <p>¿Cree que la educación de las pacientes influya en su comportamiento durante el proceso de parto?</p> <p>¿Qué tipo de pacientes son más difíciles de atender durante el proceso de parto?</p>
PREJUICIOS SOBRE LA CULTURA ANDINA DEL PARTO	<ul style="list-style-type: none"> • Apreciaciones sobre las costumbres andinas del parto. 	<p>¿Alguna vez ha asistido un parto vertical? ¿dónde?</p> <p>¿De las dos modalidades de parto, cual es más conveniente para usted? ¿porque?</p> <p>¿Por qué cree que el parto vertical no se generaliza a nivel de todos los hospitales y centros de salud de la región? ¿se debería generalizar?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Prejuicios para atender parto vertical 	<p>¿Cree que hay prejuicios por parte del personal de salud para atender parto vertical?</p> <p>¿Cuáles serian esos prejuicios?</p> <p>¿Qué profesionales se resisten a atender parto vertical?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de respeto a la cultura del otro. 	<p>¿Qué opina sobre la medicina tradicional andina aplicada a la atención del parto? ¿Permitiría usted que la paciente rural elija dar a luz en forma vertical? ¿Permitiría Ud. La presencia del esposo durante el parto ?</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de expresión y comprensión en Idioma Quechua. 	<p>¿Usted habla quechua? ¿Cuánto? ¿Cree que el idioma es una barrera para que pueda atender a su paciente? ¿Cree Ud. Que el quechua es imprescindible para trabajar en el medio rural? ¿Cómo actúa el personal de salud cuando se atiende a parturientas quechua hablantes?</p>
<p>BARRERAS MÉDICAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades Burocráticas para la Atención del Parto Vertical. 	<p>¿Qué dificultades tiene el personal de salud para la atención del parto vertical? ¿Qué tiene que hacerse a nivel del Hospital, y del Ministerio para generalizar el parto vertical? (respuestas por cada uno) ¿Qué recomendaría para mejorar la atención del parto?</p>

ANEXO N° 3

ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL HOSPITAL REGIONAL CUSCO⁷³

El Hospital para cumplir su misión y lograr sus objetivos funcionales tiene la siguiente Estructura Orgánica:

A. ÓRGANO DE DIRECCIÓN

1. Dirección Ejecutiva.

B. ÓRGANO DE CONTROL

1. Órgano de Control Institucional.

C. ÓRGANOS DE ASESORAMIENTO

1. Oficina de Planeamiento Estratégico.
2. Oficina de Inteligencia Sanitaria.
 - a) Unidad de Epidemiología e Investigación.
 - b) Unidad de Estadística e Informática.
 - c) Unidad de Emergencias y Desastres.
3. Unidad de Gestión de la Calidad

D. ÓRGANOS DE APOYO

1. Oficina de Administración.
 - a) Unidad de Personal.
 - b) Unidad de Economía
 - c) Unidad de Logística.
 - d) Unidad de Mantenimiento y Servicios Generales.
 - e) Unidad de Desarrollo del Potencial Humano.
 - f) Unidad de Seguros, Referencias y Contra Referencias

⁷³ DIRESA Cusco. (2010) Plan Operativo Institucional del Hospital Regional - Año 2010. Pag. 6-8.

E. ÓRGANOS DE LÍNEA

1. Departamento de Medicina
 - a) Servicio de Medicina Interna
 - b) Servicio de Medicina Sub Especialidades.
 - c) Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.
 - d) Servicio de Cuidados Críticos.
2. Departamento de Cirugía
 - a) Servicio de Cirugía General
 - b) Servicio de Cirugía Sub Especialidades.
 - c) Servicio de Traumatología y Ortopedia.
 - d) Unidad de Quemados.
3. Departamento de Pediatría
 - a) Servicio de Pediatría.
 - b) Servicio de Neonatología.
 - c) Unidad de Cuidados Críticos Neonatal
4. Departamento de Gineco-Obstetricia
 - a) Servicio de Ginecología
 - b) Servicio de Obstetricia
5. Departamento de Odonto-estomatología
6. Departamento de Enfermería
 - a) Servicio de Enfermería en Hospitalización.
 - b) Servicio de Enfermería en Consulta Externa y E. Sanitarias.
 - c) Servicio de Enfermería en Emergencia y Servicios Críticos

7. Departamento de Enfermería

- a) Servicio de Enfermería en Hospitalización.
- b) Servicio de Enfermería en Consulta Externa y E. Sanitarias.
- c) Servicio de Enfermería en Emergencia y Servicios Críticos

8. Departamento de Emergencia.

- a) Servicio de Emergencia

9. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

- a) Central de Esterilización.
- b) Centro Quirúrgico.

10. Departamento de Apoyo al Diagnóstico.

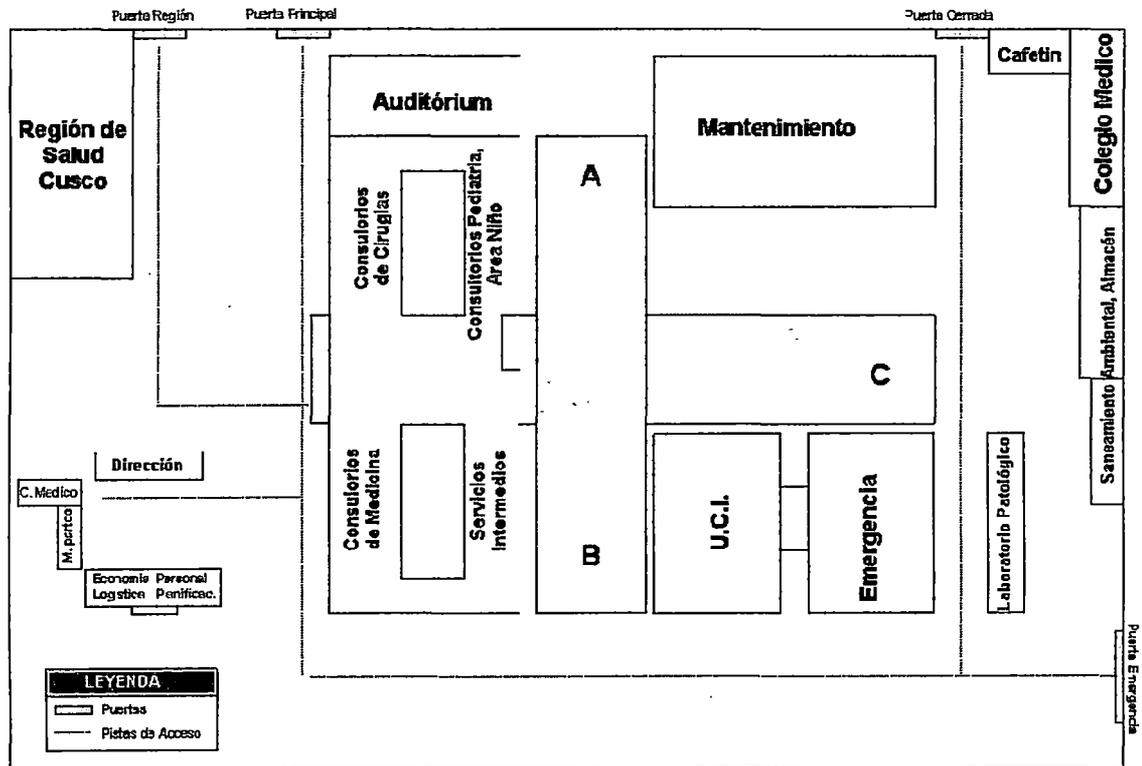
- a) Servicio de Patología Clínica.
- b) Servicio de Anatomía Patológica.
- c) Servicio de Banco de Sangre.
- d) Servicio de Diagnóstico por Imágenes.

11. Departamento de Apoyo al Tratamiento

- a) Servicio de Nutrición y Dietética
- b) Servicio Social
- c) Servicio de Psicología
- d) Servicio de Farmacia

ANEXO N° 4

CROQUIS ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO⁷⁴



EDIFICIO PRINCIPAL DE 5 NIVELES (Clasificadas en Alas "A", "B" y "C")

ALA "A"

- | | | |
|----------------|---|------------|
| - Sótano | : | Lavandería |
| - Primer Piso | : | Cirugía A |
| - Segundo Piso | : | Cirugía B |
| - Tercer Piso | : | Maternidad |
| - Cuarto Piso | : | Medicina A |
| - Quinto Piso | : | Medicina C |

⁷⁴ DIRESA Cusco. Plan Operativo Institucional del Hospital Regional - Año 2010.

ALA "B"

- Sótano : Libre
- Primer Piso : Traumatología
- Segundo Piso : Ginecología
- Tercer Piso : Neonatología
- Cuarto Piso : Pediatría B
- Quinto Piso : Clínica

ALA "C"

- Sótano : Cocina
- Primer Piso : Sala de Operaciones
- Segundo Piso : Unidad de Quemados
- Tercer Piso : Centro Obstétrico y Recepción de RN
- Cuarto Piso : Capilla, Capacitación.

Áreas Anexas al Edificio Principal

- Unidad de Cuidados Intensivos
- Emergencia, Referencia y Contrarreferencia, Soat.
- Laboratorio y Patología
- Unidad de Mantenimiento(casa de fuerza)
 - Almacén Central
- Consultorio Externos
- SIS
- Unidad de Epidemiología
- Daños y Riesgos, PCT.
- Estadística.
- Rayos X
- Prite
- Niño Sano.

Área Administrativa

- Dirección
- Cuerpo Médico
- Planificación e infraestructura
- Personal
- Economía y Contabilidad

- Logística
- Mesa de Partes
- Relaciones Públicas

ANEXO N° 5

SERVICIOS QUE OFRECE EL HOSPITAL ANTONIO LORENA DE CUSCO⁷⁵

1. Departamento de Consulta Externa y Hospitalización.

2. Departamento de Medicina

- Servicio de Medicina Interna
- Servicio de Medicina Especializada
- Servicio de Medicina Física Y Rehabilitación
- Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.

3. Departamento de Cirugía

- Servicio de Cirugía General
- Servicio de Cirugía Especializada

4. Departamento de Pediatría

- Servicio de Pediatría
- Servicio de Neonatología
- Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal

5. Departamento de Gineco-Obstetricia

- Servicio de Ginecología
- Servicio de Obstetricia
- Servicio de Obstetrices

6. Departamento de Odontología

7. Departamento de Enfermería

⁷⁵ Oficina de Inteligencia Sanitaria – Hospital Antonio Lorena. Análisis de la Situación de Salud Hospital Antonio Lorena del Cusco. ASIS 2008 pp. 20

- Servicio de Enfermería en Hospitalización y Consultorios Externos
- Servicio de Enfermería en Emergencia y Cuidados Críticos
- Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico

8. Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

- Servicio de Emergencia
- Unida de Traumashock

9. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

10. Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica

- Servicio de Patología Clínica
- Servicio de Anatomía Patológica

11. Departamento de Diagnóstico por Imágenes

12. Departamento de Apoyo al Tratamiento

- Servicio de Nutrición y Dietética
- Servicio Social
- Servicio de Psicología
- Servicio de Farmacia

ANEXO N° 6

INFRAESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA Y MATERNIDAD DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA DE CUSCO⁷⁶

Recursos Humanos:

- 12 Médicos gineco-obstetras
- 03 Residentes gineco-obstetras
- 23 Obstetras
- 08 Internas en Obstetricia
- 05 Enfermeras en Ginecología
- 15 Personal Técnico de Enfermería

Recursos Materiales:

Ambientes:

- 01 Sala de Trabajo de Parto con 04 camas
- 01 Sala de Atención de Parto con 02 mesas obstétricas

- 01 Ducha para baño de pacientes (Centro Obstétrico)
- 01 Sala de Hospitalización materna con 22 camas normales mas 4 camas clínicas.
- 01 Sala de Hospitalización Ginecológica con 18 camas normales, mas 06 camas obstétricas.
- 01 Sala de Legrados (operativa, pero sin implementación completa).
- 01 Sala de Ecografía.
- 01 Sala de recuperación de puerperio.
- 01 Sala de capacitación.
- 01 Consultorio externo de ginecología

⁷⁶ Oficina de Inteligencia Sanitaria – Hospital Antonio Lorena. Análisis de la Situación de Salud Hospital Antonio Lorena del Cusco. ASIS 2008 pp. 102 -103

- 01 Consultorio externo de Control prenatal
- 01 Consultorio externo de Planificación familiar
- 01 Consultorio ARO.

Equipamiento:

- 10 equipos de atención de parto
- 04 Set de instrumental para Legrados en Ginecología
- 01 Set de AMEU simple (aspiración endouterina)
- 01 Set de AMEU doble
- 01 Ecógrafo para atención de Emergencias Obstétricas.
- 02 Doppler operativos en mal estado
- 01 Monitor Fetal
- 03 Set de instrumental para Cesárea
- 02 Set de instrumental para Histerectomía
- 01 Ambu.
- 01 aspirador
- 10 equipos de sutura
- 02 cajas de desgarro.

ANEXO N° 7

FOTOGRAFÍAS DEL TRABAJO DE CAMPO



Imagen 1: Haciendo trabajo de campo en las sala de Dilataciones del Departamento de Obstetricia del Hospital Antonio Lorena



Imagen 2: Entrevistando a una Obstetra en la entrada del edificio de Maternidad del Hospital Antonio Lorena

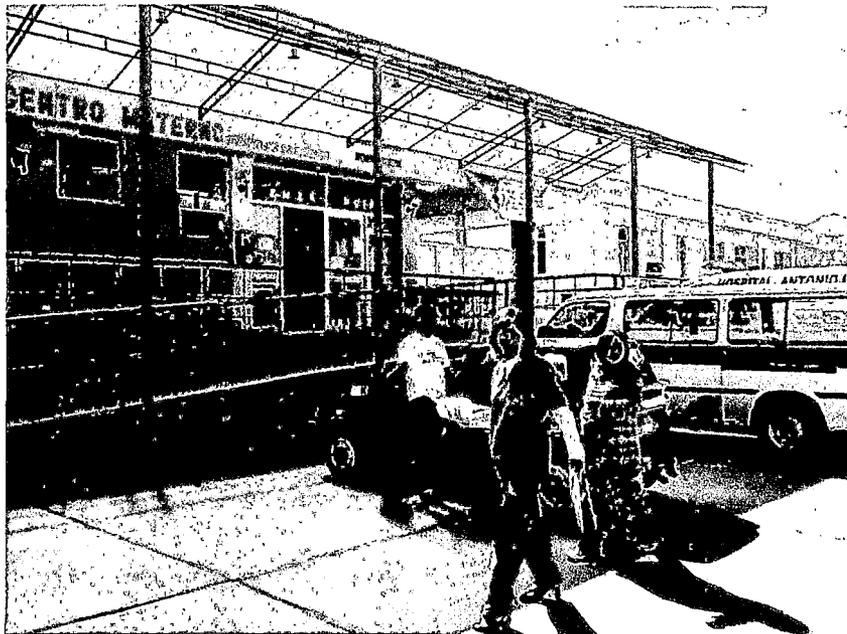


Imagen 3: Fachada del Centro Materno del Hospital Antonio Lorena



Imagen 4: Un banco circular de madera para dar el parto vertical en el Hospital Antonio Lorena

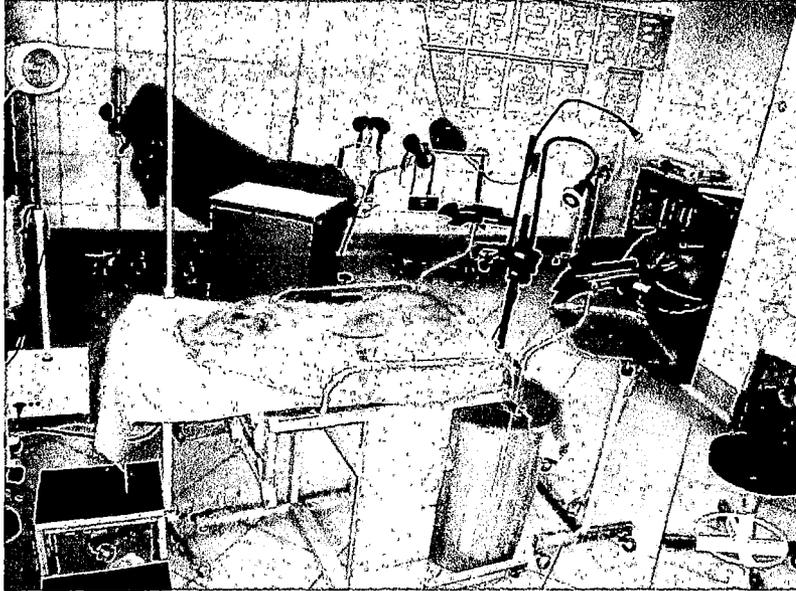


Imagen 5: Sala de partos del Hospital Antonio Lorena



Imagen 6: Gigantografía que muestra a una paciente con atuendo andino



Imagen 7: Sala de Dilatación del Hospital Antonio Lorena



Imagen 8: Fachada del Centro de Salud de BelenPampa



Imagen 9: Sobre la puerta de ingreso se puede apreciar imágenes de parto vertical

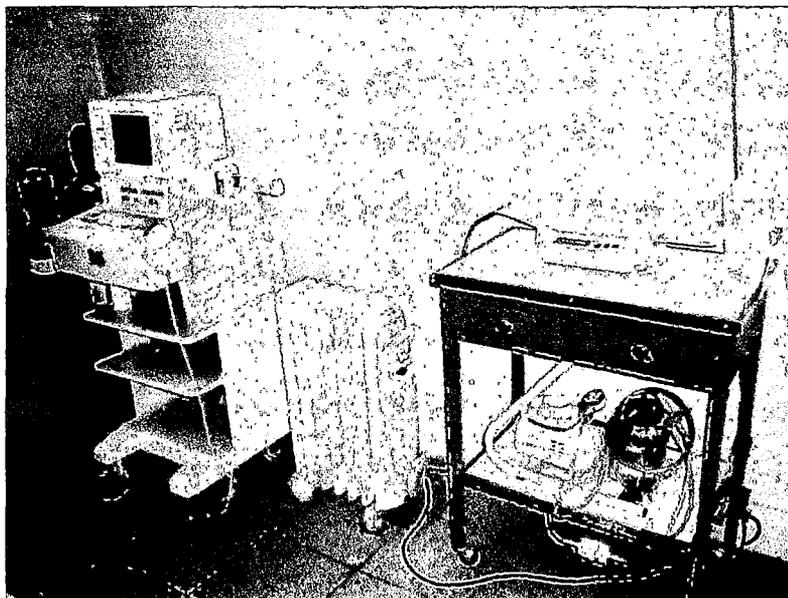


Imagen 10: En la Sala de Partos de Belenpampa se usa un aparato calefactor



Imagen 11: Una parturienta esperando en la Sala de Dilataciones

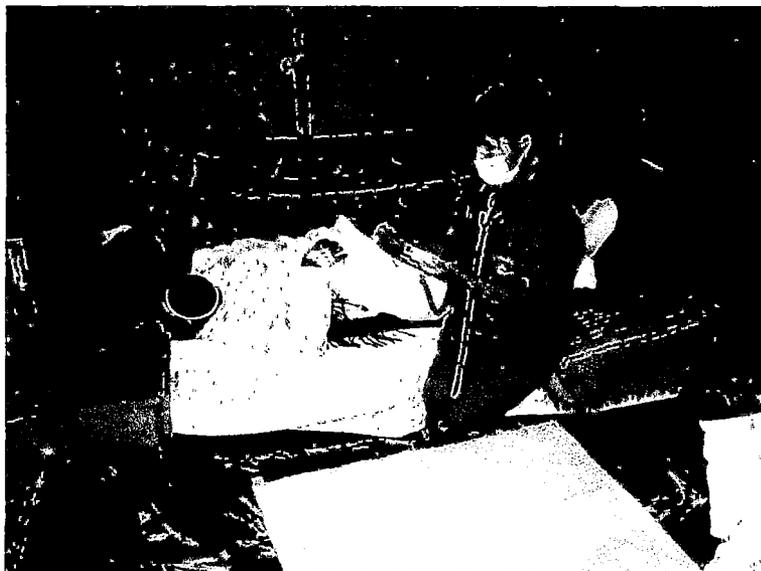


Imagen 12: La obstetra haciendo tacto vaginal para determinar el tamaño de la dilatación

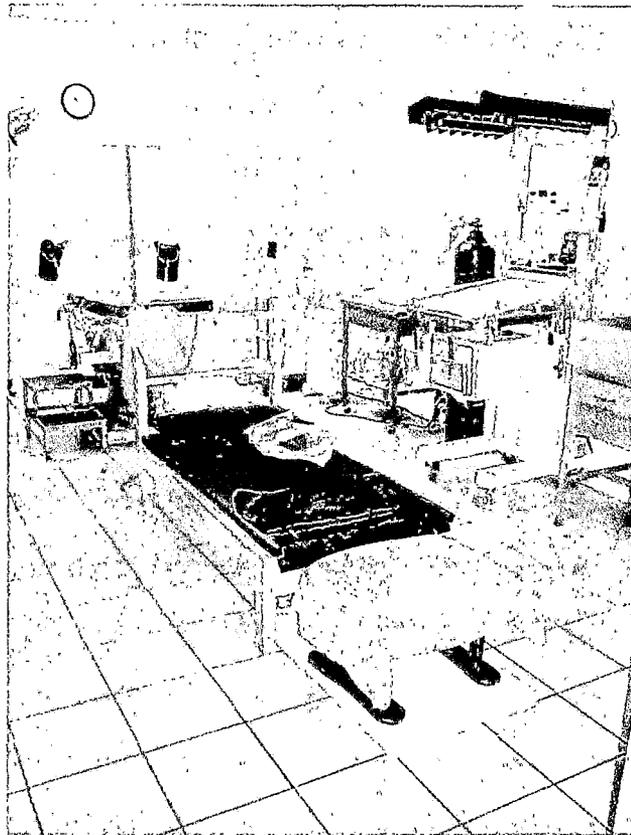


Imagen 13: Sala de partos del Centro de Salud de Belenpampa

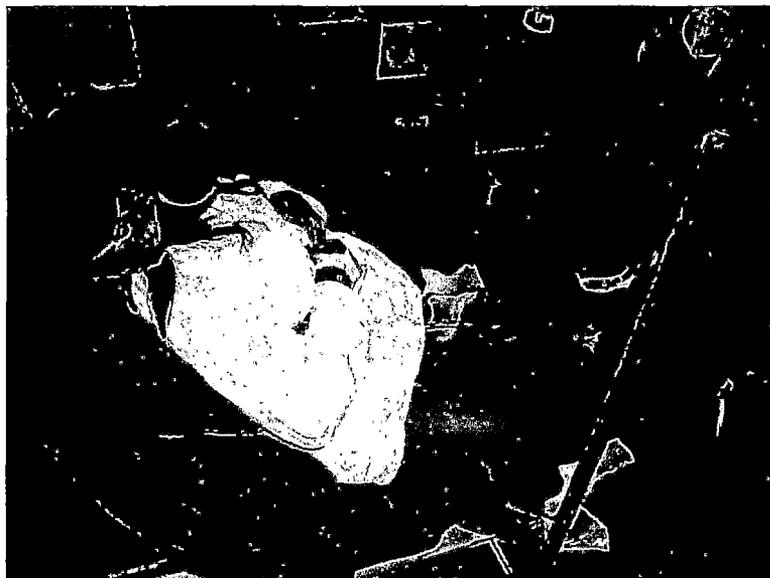


Imagen 14: Así se usa el banquito circular para partos verticales



Imagen 15: Momento en que la madre acaba de dar a luz

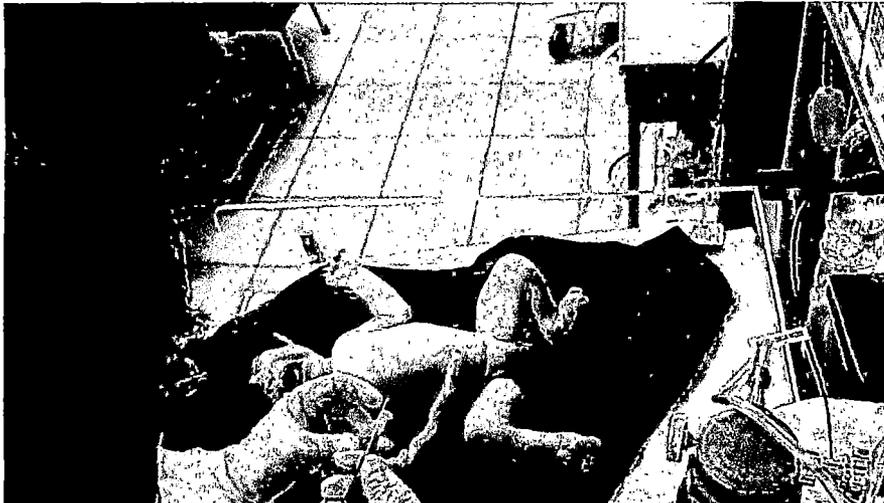


Imagen 16: La enfermera y una técnica atienden al recién nacido



Imagen 17: En post parto, la madre espera el momento para la extracción de la placenta



Imagen 18: Momento en que se hace entrega de la placenta a los padres del recién nacido

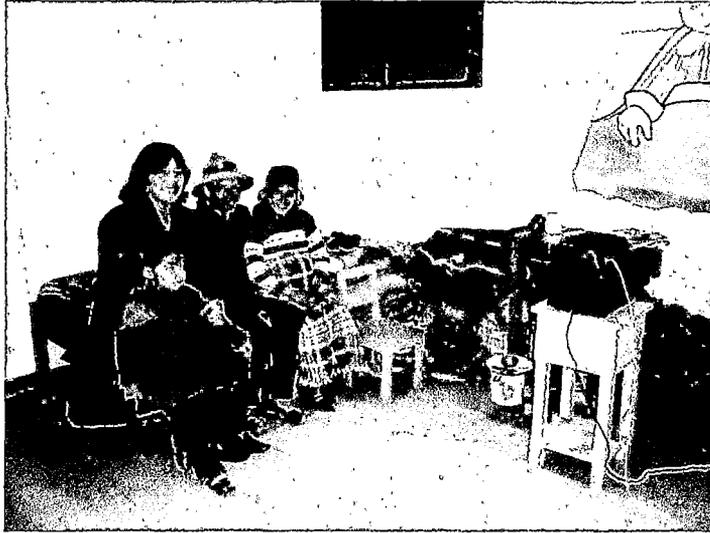


Imagen 19: El Centro de Salud de Belenpampa tambien cuenta con una Casa de Espera



Imagen 20: En la Casa de Espera las gestantes disponen de una cocina y la compañía de sus parientes



Imagen 21: El Centro de Salud de Belenpampa tambien recibe visitas de profesionales de otros paises y departamentos. En la imagen se muestra a una obstetra y a una médico, docentes ambas de la Universidad Nacional de San Marcos