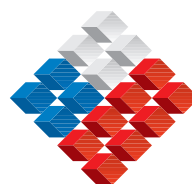


# Sistematización parto humanizado en población aymara

*Sistematización de un modelo de parto  
humanizado introducido en la maternidad  
del Hospital de Iquique*



GOBIERNO DE CHILE  
FONDO DE SOLIDARIDAD E INVERSIÓN SOCIAL  
MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN

# Sistematización parto humanizado en población aymara

*Sistematización de un modelo de parto humanizado introducido en la maternidad del Hospital de Iquique*

*Hospital de Iquique, 2006.*

Equipo Maternidad Hospital de Iquique.

*Los contenidos e información presentes en este informe son de exclusiva responsabilidad de la organización o institución que elaboró el documento.*

# SISTEMATIZACIÓN PARTO HUMANIZADO EN POBLACIÓN AYMARA

## OBJETIVOS DEL PROYECTO

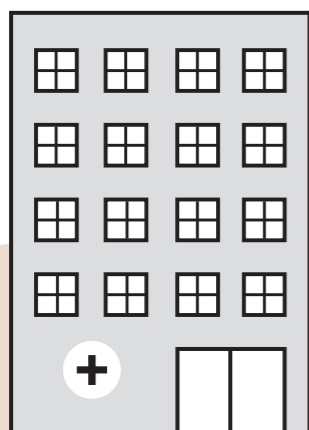
- a) Validar el modelo del Hospital de Iquique de asistencia obstétrica, humanizada y a la vez intercultural, para introducir estos conceptos al personal paramédico de las maternidades.
- b) Extender este modelo de atención a todas las usuarias y así poder incorporar las recomendaciones de la OMS para una adecuada asistencia obstétrica.



### ETNIA AYMARA

Exigen que los conocimientos y técnicas propias de su medicina sean reconocidas por el servicio de salud.

## MATERNIDAD HOSPITAL IQUIQUE



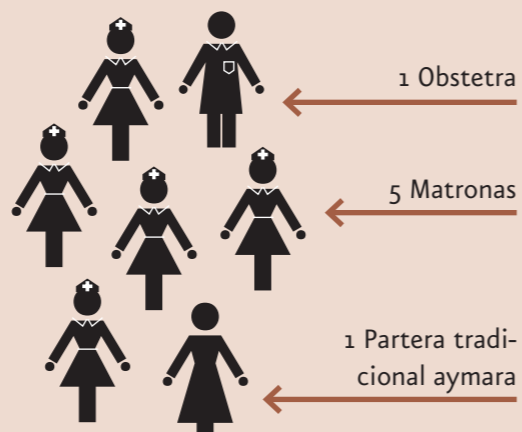
Sala de parto intercultural en la misma área de pre-parto

Equipo de salud:

**Modelo de asistencia del parto**  
Enfoque intercultural y humanizado

### Objetivos:

- ~ Humanizar la atención del parto
- ~ Fomentar el parto natural
- ~ Disminuir el parto en domicilio en comunidades rurales
- ~ Disminuir la morbilidad materno perinatal por el parto en domicilio



## PROYECTO:

Julio 2004



Marzo 2005

Período del proyecto

Se convocan a **55** gestantes sanas con embarazos de bajo riesgo



## RESULTADOS:

**92,8%**

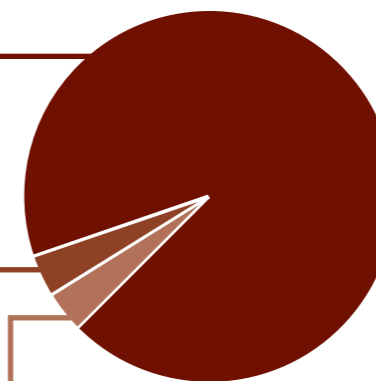
Partos vaginales normales

**3,6%**

Fórceps

**3,6%**

Cesáreas



### Esto demuestra que:

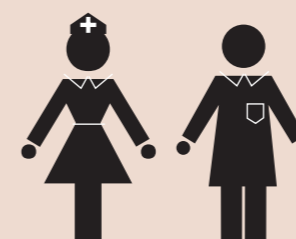


~ La asistencia obstétrica basada en el respeto por los aspectos psicológicos, emocionales y culturales de las gestantes favorece el parto normal.



~ La atención del parto se puede adecuar a las necesidades de cada mujer. La mujer como protagonista del parto: decide quien la acompaña, qué hacer y qué posición adoptar durante el parto.

## CONCLUSIÓN



- Los conceptos de parto humanizado y salud intercultural son factibles de introducir en una maternidad institucional.
- Se requiere un equipo de médicos y matronas sensibilizados y capacitados en este modelo de atención que estén dispuestos a luchar por abrir espacios y romper las barreras culturales y el paradigma rígido y mecanicista de la medicina occidental.



# *Índice*

<b>1. Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>2. El embarazo y el parto desde la cosmovisión andina</b>	<b>8</b>
A) Definición de parto tradicional aymara.....	9
B) Período de embarazo desde la perspectiva aymara.....	9
C) Nacimiento del bebé.....	11
C.1) El ambiente físico.....	11
C.2) El trabajo de parto.....	12
C.3) Respeto por el reflejo de expulsión.....	12
C.4) Alumbramiento e importancia de la placenta.....	13
C.5) La lactancia materna.....	14
C.6) La operación cesárea desde la perspectiva aymara.....	15
<b>3. Proyecto de salud intercultural desde una maternidad.....</b>	<b>17</b>
A) Descripción del proyecto.....	19
B) Objetivos generales.....	19
C) Objetivos específicos.....	19
D) Beneficiarias.....	19
<b>4. Protocolo para la asistencia del parto. Modelo intercultural.....</b>	<b>20</b>
<b>5. Diseño de sala de parto intercultural.....</b>	<b>23</b>
<b>6. Beneficios del parto natural. Evidencia científica...</b>	<b>25</b>
<b>7. Análisis estadístico. Tablas y gráficos. Resultados.</b>	<b>27</b>
<b>8. Encuesta de satisfacción usuaria. Resultados.....</b>	<b>34</b>
<b>9. Conclusiones.....</b>	<b>38</b>
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>41</b>

*Introducción*

**1**

Cientos de años antes de la llegada de los españoles a las costas de América, los pueblos originarios del continente compartían una cosmovisión que se traducía en una sociedad tremendamente rica desde el punto de vista político, social y económico. Hoy día recién estamos empezando a entender, valorar y respetar este modelo de sociedad tan válido como el occidental. Los pueblos originarios que habitan nuestra cordillera en el norte del país, comparten una visión común del mundo, una manera de pensar y una espiritualidad que los hace muy diferentes al hombre de la cultura occidental que se nos impone hoy en día. El indígena silencioso y ecológico, que sobrevive con poco y no destruye su entorno es un llamado de atención para nosotros que vivimos en pos de acrecentar nuestros bienes materiales.

Es lo que conocemos como **paradigma o cosmovisión Andina**, es decir, un conjunto de verdades relativas que los pueblos originarios que habitan el altiplano utilizan como un modelo explicativo general de la existencia que condiciona todo su accionar humano.

La situación de salud de la Región de Tarapacá desde el punto de vista sociocultural es pluriétnica. Así, hablaremos de una Medicina Occidental y una Andina, y a la relación de contacto entre estas dos la llamaremos **salud intercultural**.

Desde siempre, las comunidades Aymaras han recurrido a las prácticas ancestrales de su medicina tradicional. Estas prácticas, en el ámbito de la obstetricia y principalmente en la asistencia del parto, se han enfrentado fuertemente con la asistencia obstétrica hospitalaria.

Por este motivo y con el propósito de acercarlos a nuestro servicio de salud, se diseña un proyecto de salud intercultural que intenta construir un modelo de atención acorde a las necesidades y características culturales de la población indígena. En nuestro país esto es un desafío y aún un proceso en desarrollo, que se enmarca en el cambio del modelo de atención **bio-médico** a uno más integrador, con enfoque **biopsicosocial y cultural**.

Este modelo debe incorporar la **pertinencia cultural**, que es la adecuación de los servicios de salud a las características de la cultura, basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias que mejoren el acceso y la utilización de los servicios de salud. Para esto, es fundamental desarrollar un proceso de sensibilización y capacitación del personal de salud con el objeto que se respeten las especificidades culturales y se pueda proporcionar una atención de salud incluyente e integral. También implica desarrollar trabajos donde los propios pueblos originarios expresen la voluntad de encontrarse en una relación horizontal con la salud occidental.

La base para la construcción de una nueva y mejor sociedad implica la generación de una nueva forma de relacionarnos con los pueblos originarios, aprender de sus prácticas llenas de sabiduría, humanizar la atención del parto y devolverle este evento tan trascendente en la vida a sus legítimos dueños: **LOS PADRES y LA FAMILIA**.

*El embarazo y el parto  
desde la cosmovisión andina*



Los conceptos y definiciones en relación al proceso reproductivo desde la visión del mundo andino que se detallan en este documento son fruto de la recopilación de información obtenida a través de entrevistas a parteras tradicionales, investigadores aymaras que actúan como facilitadores interculturales, reuniones realizadas con las comunidades aymaras de Colchane, Cariquima, Moquella, Camiña, Jaiña, Pozo Almonte, Chiapa, Sibaya y Huaviña, y el brillante trabajo de recopilación realizado por el psicólogo Mauricio Muñoz y Marcelo Segovia en su tesis “Propuesta psicoprofiláctica en la atención de pacientes embarazadas aymaras”, de la Universidad de Tarapacá. También destacan algunos autores que han logrado sistematizar los conocimientos del pueblo aymara transmitidos por la tradición oral.

### **A) Definición de parto tradicional aymara**

El parto como fenómeno universal en la experiencia humana es abordado por las diferentes culturas, desarrollando diversos procedimientos y técnicas que reflejan un modo particular de concebir el mundo, la salud y la enfermedad. Desde esta perspectiva, enfermar y curarse en los Andes es sin duda algo sustancialmente distinto de lo que resulta estar enfermo y sanarse en términos convencionales, ya que los determinantes de la salud, las causas y etiología de la enfermedad, su naturaleza, y por supuesto, las medidas de terapia seleccionadas por cada cultura, están mediatizados por ella (Fernández, 1999).

De acuerdo a esto, el parto tradicional aymara refleja los pilares de la cosmovisión andina, en donde destacan principalmente la importancia de la organización comunitaria por sobre las personas individuales; el contacto íntimo y armonioso con los elementos naturales de su entorno; y el respeto por la integridad física y ética de sus integrantes.

Dichos conocimientos adquieren relevancia dado que son fruto de muchos años de práctica y, como sostienen los autores Arnold y Yapita en su libro Vocabulario del parto aymara, son transmitidos a las primíparas por las mujeres mayores de la comunidad, y en muchas ocasiones, a los propios maridos y familiares, quienes participan activamente en los subsiguientes partos.

Una de las características más importantes que definen al parto tradicional aymara es que es un parto natural y domiciliario, el cual se ve atravesado por toda la cosmovisión andina que le da sentido y coherencia. Para el experto investigador Javier Vilca, todo este conjunto de elementos definen al parto tradicional aymara, y lo hacen un cuerpo coherente de procedimientos perfectamente organizados y no productos del azar, sino que diseñados para garantizar tanto el cuidado de la salud de la madre como del recién nacido.

### **B) Período de embarazo desde una perspectiva aymara**

Para la comunidad aymara, la base de la organización social la constituye la familia y no la persona como en la cultura occidental, por lo tanto, durante el período de embarazo, este elemento adquiere gran relevancia, reflejándose en la concepción del período de embarazo que la comunidad aymara posee.

Desde esta perspectiva es factible definir a la comunidad aymara como una cultura matrística, según los conceptos acuñados por H. Maturana: “La comunidad y yo, el mundo del vivir y yo, somos uno, todos los seres vivos y no vivos pertenecemos al mismo reino de existencias interconectadas”<sup>(1)</sup>.

Para el pueblo aymara el embarazo es un evento que no sólo adquiere importancia en el ámbito fisiológico, sino que es un hecho de gran connotación social,

(1) H. Maturana, Amor y Juego, fundamentos olvidados de lo humano, 1995.

puesto que tal como nos señala Vilca, “cuando la familia sabe que la mujer está embarazada, dicen bueno vamos a tener un nuevo integrante más en la familia, y cuando se espera al hijo, se espera al nieto, se espera al sobrino, ¿se espera! o sea, están esperando que va a llegar, y se piensa colectivamente, no es solo una nueva wawa, sino un nuevo integrante, un niño que debe incorporarse a la comunidad y a la cultura”.

Ahora bien, fisiológicamente el embarazo aymara distingue por medio del lenguaje la existencia de términos para referirse a las primeras señales, tales como la náusea, la nutrición preferida, y los efectos como la posible hinchazón de los pies o los dolores de cabeza.

Arnold y Yapita mencionan que a través de dichos síntomas la mujer sabe que está embarazada, debido a que comienza a tener asco de la comida diaria, “como si fuera veneno” dicen, y toda comida diaria le hace sentir mal; desea entonces otras comidas diferentes y se antoja comidas cocinadas de otras personas.

Por su parte, Javier Vilca señala que una vez que se sabe que la mujer se encuentra embarazada, uno de los principales cuidados que se tienen con ella, es en cuanto a los antojos que experimenta respecto de su alimentación. Agrega que siempre se debe dar en el gusto a la embarazada, cuando siente deseos de alguna comida, ya que es muy peligroso que literalmente se quede con ese deseo, puesto que su no satisfacción la puede llevar incluso a un aborto espontáneo.

Otro de los aspectos de cuidado en esta etapa se relaciona con la actividad física y las fuerzas excesivas que pudiese realizar peligrosamente la embarazada, ya que en la vida de la mujer andina, es normal que realice trabajos esforzados para ayudar al abastecimiento familiar. Se recomienda disminuir dichas esfuerzos, tal como lo señalan Arnold y Yapita, “las mujeres embarazadas no deben manejar cosas pesadas porque se maltratan y dificultan el nacimiento o pueden provocar un nacimiento prematuro”. Pero también agregan que las mujeres mayores y las parteras aconsejan a las mujeres embarazadas, sobretodo, hacer ejercicios, caminar de un lado a otro y no estar sentadas en un lugar todo el día. Esto coincide con lo comentado por una mujer aymara, en cuanto a mantener su trabajo, propio de la actividad agrícola: “no es trabajo pesado, o sea que yo pudiera pastorear, como es campo, puedo ir a pastorear, camino pa’ allá y pa’ bajo, en caso que acá en la ciudad es re poco, falta un mes tiene que reposar esta señora, sí, lo que me dijeron a mí eso, pero en el caso mío no, hasta que la wawa no nazca sigo caminando pa’ allá y además tengo otros niños chicos, así que ando cargando en la espalda la wawita, y yo sigo caminando, es normal.”

Además, se consideran dentro de estos cuidados, la constante revisión que realiza la partera para verificar la buena evolución del embarazo y crecimiento del feto. Cualquier anomalía es detectada mediante técnicas específicas que delatan una mala posición, la cual puede ser revertida mediante otras prácticas específicas.

Existen otra serie de cuidados que se enmarcan dentro de los estados emocionales que durante el período prenatal la mujer experimenta. De esta forma, se señala que si la madre embarazada está contenta, alegre, cuidando en bañarse, lavarse y mantener su ropa limpia, su wawa nacerá igualmente limpia<sup>(2)</sup>, o que por el contrario, cuando la madre está preocupada o sufre de pena durante el embarazo, siempre la wawa nace zonga o de menos memoria y no inteligente. Por eso, una mujer embarazada no debe tener pena ni preocupación. Por ejemplo, una mujer relata un hecho en el cual su padre, siendo partero, le tocó asistir un parto con un alto grado de dificultad, el cual había sido causado, a decir del partero, por las peleas matrimoniales y además, porque la parturienta no se había cuidado al

(2) Arnold & Yapita, 1999.

dormir: “en tal parte has dormido, en tal parte...de la tierra te agarró los demonios te agarró, ve qué te pasa ahora, así imagínate que te hubieras mori’o”.

En la comunidad aymara existen diversas categorías de riesgo para el embarazo, los cuales son, según Arnold y Yapita, más abarcativos que los conceptos de riesgo de la biomedicina, dado que esta última juzga el grado de riesgo según las normas estadísticas promedio de mortalidad y morbilidad materna, muchas veces basadas en la relación entre la edad de la mujer y el supuesto grado de riesgo. Así, se llega a juzgar que una mujer con menos de dieciocho años, o más de treinta y cinco años, tiene más posibilidad de riesgo en su parto, hasta tal punto que se puede justificar cualquier intervención médica sin ningún otra indicación clínica. Muchas parteras empíricas y mujeres mayores rurales critican este enfoque biomédico por no tomar en cuenta el conjunto de criterios de la vida de la parturienta<sup>(3)</sup>.

(3) Op. Cit.

Las categorías de riesgo, según los mismos autores, se obtienen por intermedio de una rigurosa entrevista entre la parturienta y la partera, que averigua no sólo la edad y paridad de la mujer, sino su tipo de cuerpo según el sistema humoral (caliente o frío), su tipo de útero (húmedo o seco), sobre las actividades de la mujer durante el embarazo y acerca de sus circunstancias familiares.

### C) Nacimiento del bebé

El sistema andino distingue dos períodos en torno al momento mismo del nacimiento del bebé: uno que va desde los primeros dolores o contracciones, pasando por la dilatación del cuello del útero hasta el nacimiento mismo del bebé, y otro período relacionado con el alumbramiento de la placenta. Respecto a este último momento, es común en el mundo aymara llamar “parto” al momento de la expulsión de la placenta, considerándolo como otro nacimiento, esto debido a la importancia simbólica y ritual que posee para ellos y que se analizará más tarde. Además, los autores Arnold y Yapita agregan que no se encuentran vocablos que definan un tercer período luego del parto y el alumbramiento, como el puerperio, puesto que para ellos es “sólo el período que sigue a la salida del feto y las membranas ovulares, sin denominarlo de ese modo”<sup>(4)</sup>.

(4) Arnold & Yapita, 2002.

En el libro *Las wawas del Inka* se plantea que el primer parto es lo más difícil, debido a que la mujer no posee experiencia y no sabe hacer nada todavía, hecho que permite prever un trabajo de parto más prolongado y a la partera, un indicador real del pronóstico de la posible evolución de éste.

#### C.1) El ambiente físico

El ambiente en el cual se produce el nacimiento del bebé, aporta y favorece el sentido de intimidad que este evento posee para la comunidad. Los autores Arnold y Yapita hacen hincapié y nos otorgan muchos ejemplos que resaltan la noción de privacidad, pudor y respeto que posee el pueblo aymara, sobretodo en cuanto a la preparación del ambiente y los procedimientos aplicados a este suceso<sup>(5)</sup>. Es costumbre, por ejemplo, que la habitación en donde la parturienta va a dar a luz deba tener una temperatura adecuada, puesto que el calor les otorga seguridad en cuanto al trabajo de parto, utilizándose mayoritariamente la cocina familiar para ello.

(5) Arnold & Yapita, 1999.

La luz de la habitación es por lo general leve, ya que se compara a nivel cosmológico, el proceso del parto con la llegada de la wawa, desde la oscuridad y el mundo interno del útero materno hacia el mundo “cristiano” del sol, asegurándose que dicho proceso para el recién nacido sea lo menos traumático posible. Además, se puede señalar lo mencionado por el experto investigador del parto

tradicional aymara Javier Vilca, quien describe que el ambiente que se crea “es un lugar de muy poca luz, porque se dice que ésta debilita aún más a la persona que ya está débil, por lo tanto hay que evitar la excesiva luminosidad”.

### **C.2) El trabajo de parto**

Una vez iniciadas las contracciones, según la partera Reyna Cáceres, ella realiza el “acomodo de la wawa”, que consiste en una serie de masajes realizados sobre el útero materno para despegar la wawa de las paredes del útero y colocarla “derechita” para que el parto salga sin dificultad. Este procedimiento es tremendamente valorado por la mujer aymara y es muy importante que sea realizado al comienzo del trabajo de parto en espera de la aparición de tres tipos de contracciones, las cuales aumentan gradualmente en intensidad y duración. Cerca de un tercer grado de contracción, señala, le suministra a la parturienta un mate de hierbas, con el objeto de producir el calor en el cuerpo, hasta el momento en que llega el último grado de contracciones y el momento preciso en que nace el bebé.

Las infusiones de hierbas o mejor conocidas como “mates”, son una práctica central tan importante como el “acomodo” de la wawa que realiza la partera al comienzo del trabajo de parto. Para la mujer aymara es vital calentar el cuerpo con infusiones de diferentes hierbas como orégano, manzanilla, culen, albahaca, cilantro, etc. La elección depende de la experiencia personal de cada mujer o partera. Asimismo, es muy importante mantenerse abrigadas todo el tiempo y tomarse el pelo y la cabeza con un tocado característico. De esta manera, el trabajo de parto es más rápido y menos doloroso<sup>(6)</sup>.

(6) Conversaciones con parteras y mujeres de las comunidades aymaras, Marzo de 2004.

Por otra parte, las parteras poseen una técnica que usan como masaje durante el trabajo de parto para así facilitar el nacimiento y evitar la formación del **bulto de sangre**, es decir, el coágulo sanguíneo. Dicha técnica consiste en masajear la espalda hacia delante de la barriga y sobre el vientre de la parturienta, como si estuviera **torcelando suavemente**. Generalmente la masajista empieza el masaje con ambas palmas en direcciones opuestas, pasando una mano sobre la otra. Esta técnica es altamente apreciada por las mujeres de la comunidad aymara.

Ahora bien, es importante destacar que en el mundo andino el proceso de dilatación del cuello uterino no es observado directamente por la partera, sino que por medio de una técnica que respeta el pudor y las partes íntimas de la parturienta. En momentos que la madre realiza el mayor esfuerzo durante el trabajo de parto, se piensa que el espíritu del cuerpo puede salir del templo de la cabeza, debido a la alta presión de la sangre en las venas. Por esta razón, un familiar, generalmente el esposo que como se sabe suele sujetar la cabeza de la parturienta durante las contracciones y en el momento del parto, de modo que no salga el ánimo y no provoque la pérdida de control.

### **C.3) Respeto por el reflejo de expulsión**

Es posible observar el respeto por el reflejo de expulsión fetal que se produce en forma natural durante el parto, favoreciendo una autonomía en el trabajo de parto que respeta las condiciones y capacidades físicas de la parturienta aymara. Javier Vilca señala que es necesario respetar el momento preciso que indica el nacimiento del bebé; señala que se tiene una visión de que a la embarazada no hay que apurarle antes del nacimiento, y que el momento de nacer son entre diez y quince minutos, ese es el tiempo máximo en que tiene que nacer el niño, no es que deba demorarse tres horas, ¡no!, son diez a quince minutos. Ese es el momento que ya ¡tiene que nacer!, ¡antes no hay que apurarle porque no es el momento!

La Partera Reyna Cáceres indica que las parteras por medio del pulso controlan la evolución de este proceso, dice; “¿cómo va controlando la partera?, por el pulso, porque allí sabe que el niño está creciendo todavía, esa es una cuestión muy determinante, el niño está creciendo todavía en el interior del vientre, terminó de crecer ¡ya! se detuvo, allí es donde ya el niño empieza a forcejear, y en ese momento las contracciones son más fuertes, los dolores más fuertes y entonces tiene que nacer, ese es el momento”.

Luego del nacimiento existen dos formas de amarrar el cordón umbilical antes de cortarlo, una inmediata, en que se amarra el cordón umbilical (que resta con la placenta) al dedo gordo del pie derecho de la propia parturienta hasta que salga la misma placenta, y la otra después de la salida de la placenta. Práctica que es actualmente recomendada por las parteras profesionales<sup>(7)</sup>. Inmediatamente se corta el cordón umbilical con un tiesto filoso (pedazo de cerámica) o vidrio de una botella rota, ni muy cerca al ombligo ni tampoco dejándolo muy largo. Por lo general, en algunos lugares no se acostumbra utilizar tijeras o latas, tal como lo menciona Javier Vilca, “el cordón nunca debe cortarse con metal, hay que cortar con vidrio o con **kallana** (tapita de un cántaro de greda) o piedra, o sea, hay piedras muy duras y que quedan con filo, entonces esas tres cosas se usan para cortar el cordón. Al cordón se le hace un nudito ahí después con otra pita, y yo decía ¿por qué si es más fácil con una tijera o un cuchillo? Y después me dijeron que no, porque eso podría tener una infección que se podría contagiar, entonces con la piedra o con el vidrio, son inofensivos y neutrales”.

Otro aspecto importante de destacar respecto a este momento, es la gran importancia que se le asigna en el mundo aymara a la persona que recibe y tiene contacto por primera vez con el bebé. Se dice que la primera persona que tiene contacto con ella es la que le transfiere todo su carácter, es decir, si es una persona humilde, si tiene suerte, o la persona es rabiosa, entonces todos estos atributos se transfieren al recién nacido. “El padre debe ser quien levante por primera vez al hijo, representando su futuro rol. Los padres suelen decir: ...yo te he hecho, yo te alcé por primera vez; por eso me debes respeto y obediencia”<sup>(8)</sup>.

También existe la posibilidad que tanto el padre como la madre de la criatura se pongan de acuerdo con anticipación con respecto al integrante de la familia que recibirá al bebé.

Finalmente, y a modo de resumen de esta etapa del parto tradicional aymara, Arnold y Yapita mencionan el manejo fisiológico que las parteras aymaras realizan y en el cual recomiendan; “no romper artificialmente las membranas; el consejo de que la mujer debe caminar durante los primeros dolores del parto; la aplicación de cataplasmas calientes a la espalda para soltar la placenta; la presencia y el apoyo del marido y de miembros cercanos de la familia, que tienen la confianza de la parturienta; un ambiente en el que no exista un límite de tiempo para la salida de la placenta y en el que no se aconseje que la parturienta puje forzosamente y, en general, un ambiente oscuro y tranquilo que facilite la producción natural de endorfinas”<sup>(9)</sup>.

#### **C.4) Alumbramiento e importancia de la placenta**

La salida de la placenta es uno de los momentos significativos del parto, y su importancia es tal, que incluso es tratado como otro nacimiento. La importancia simbólica y ritual de la placenta en las culturas andinas se basa en que la placenta es símbolo de la vida, del mundo materno ancestral. La placenta, en el mundo andino, tiene muchas características de la wawa misma, se dice que la placenta es la “cama” o “nido” de la wawa<sup>(10)</sup>. Arnold & Yapita añaden con respecto a la

(7) Begley en Arnold & Yapita, 1999.

(8) Gundermann & Chipana, 1986.

(9) Arnold & Yapita, 1999.

(10) Op. Cit.

placenta que la salida de ésta es señal que la parturienta ya está fuera de peligro y que luego se la lava, y a veces la partera lee la placenta para saber la suerte de la wawa y la de su madre.

Por otra parte, se encontró a lo largo del vocabulario aymara la importancia biocultural de la placenta, como símbolo de la continuidad de la vida entre madre y wawa, ilustrado en los varios ritos del entierro de la placenta. A nivel profundo, la placenta se relaciona con los antepasados maternos de su familia; incluso en un nivel práctico, se dice que una mujer siempre aprende a tejer cerca del lugar donde su ombligo está enterrado. Con la experiencia alienante que las mujeres rurales experimentan actualmente en muchos hospitales y clínicas, ellas sienten un temor a pedir la placenta de su parto, y aún más preocupación cuando no se la entregan<sup>(11)</sup>.

(11) Op. Cit.

Los mismos autores señalan otra importancia que asume el entierro de la placenta. Ésta ayuda a la persona en momentos de su muerte, cuando toma otro camino. Se considera que se debe saber dónde se encuentra enterrada para entrar al útero de la madre nuevamente. Por eso, el aymara debe conocer el lugar, si no su alma está condenada a caminar siempre buscando ese lugar, convirtiéndose en un alma errante en busca de su camino.

Algunas mujeres, relatan la importancia de saber esperar el alumbramiento de la placenta, puesto que de lo contrario, el no saber esperar, y sacarla a la fuerza, puede producir prolapso: “no es como tener en la casa, en la casa uno, con dolor vienen ¡ah!, con dolor viene eso aparte, es como tener otra wawa, en cambio en el hospital, lo sacan no más con una especie de forcé y ahí el prolapso existe, si no hubiese sido así, no existiría el prolapso”.

Otra importancia de la placenta la señala Javier Vilca quien dice al respecto, “la placenta es una especie de firmamento de identidad, digamos, mi placenta está en tal parte, sí, nací allá, allí está mi placenta, y la placenta no es llegar y botarla y enterrarla, sino que también hay todo un ritual en eso, la placenta no debe infectarse, entonces tiene que secarse y tenderse sin descomponerse, así está establecido el ritual y por eso se le echa ceniza, sal, salitre y ahí se guarda, la placenta no se bota, se guarda”.

En el mundo aymara existen varios dichos acerca de la importancia del cariño familiar hacia el recién nacido, tomando en cuenta tanto el rol de la madre como el del padre en su cuidado. Por una parte existe el término **awki chuyma** que significa “corazón de padre, amor paterno”, y el cual se sostiene sobre la idea de que apenas nace la wawa ésta debe estar junto con sus padres; es decir, el papá debe levantar en brazos a su hijo o hija para que así la wawa quiera a su padre y viceversa. Del mismo modo, se dice que no se debe separar a la wawa recién nacida de su madre, para que ambas se tengan cariño; si se hace lo contrario, es posible que algunos bebés no tengan cariño a su madre.

### **C.5) Lactancia materna**

La Lactancia materna es concebida por algunas mujeres aymaras como no inmediata, es decir, no se da de lactar a la wawa recién nacida por un período de horas e incluso de varios días. Las razones existentes son diversas, siendo las principales las siguientes:

**a)** Se piensa que la wawa recién nacida ha sido bien alimentada en el útero por la sangre materna, y que se debe evacuar primero esta sangre materna, antes de lactar.

**b)** Otra de las razones es que se quiere desinfectar al estómago de la wawa.

Otras explicaciones más culturales son:

- Que estas prácticas postparto aseguran que la wawa va a crecer fuerte e independiente, es decir, para crecer en un ambiente difícil, con pocos recursos en varios meses del año, y en diferentes momentos de la vida, se quiere desarrollar wawas fuertes, quienes se adaptan a los recursos locales, y no a wawas mimadas.
- Y otras que consideran que el calostro es nocivo para la wawa recién nacida. Las familias no quieren wawas mimadas, y por eso, no alimentan de inmediato a la wawa con la leche materna (y el calostro). Los padres piensan que la wawa va a ser **cochina** (sucía) si se alimenta de inmediato con la leche materna (y con el calostro).

Según Arnold & Yapita, los tres primeros días de nacido el bebé se le da sólo orines a la wawa, como desinfectantes, alternando con bebidas calientes, y después de dos o tres días se da de lactar. Este procedimiento es corroborado por el experto en parto aymara Vilca, quien dice “lo que a la wawita se le da al nacer, y para hacer reaccionar el organismo (...) es tres cucharaditas de orín, el orín es algo que entra absorbiendo, limpiando y curando, si es que hay algo que curar, y después agüita de hierba, al día siguiente recién se le da la leche”. La duración de la lactancia es alrededor de ocho meses, y si por casualidad, afirma el mismo investigador, la mujer vuelve a quedar embarazada, debe dejar de amamantar a su bebé de inmediato, puesto que se considera que esa leche es de mala calidad y que contiene elementos eliminados del cuerpo que el bebé no debe tomar, por lo tanto, se debe interrumpir el período de lactancia.

### **C.6) La operación cesárea desde la perspectiva aymara**

El momento del parto para la comunidad aymara no se concibe de otra forma que no sea de forma natural. Según el antropólogo Fernández Juárez, la concepción del cuerpo humano para los aymaras explicaría el respeto que tienen a la integridad física de la persona; esta concepción considera al cuerpo humano como una unidad cerrada, dura y resistente, en donde el modelo a imitar es la piedra, por el carácter hermético que presenta ante la enfermedad<sup>(12)</sup>.

(12) Fernández, 1999.

Si consideramos que el cuerpo ha de permanecer cerrado como una piedra, no es de extrañarnos que cualquiera intervención terapéutica realizada en ese contexto respete dicho principio, hecho que se observa en el siguiente párrafo y en el cual se hace mención al procedimiento ceremonial de los yatiris. El cuerpo del paciente no es tan sólo un espacio sometido por la aflicción sino un cuerpo ceremonial, un dominio o espacio ritual que aparece elaborado, minuciosamente constituido por los ingredientes de la ofrenda. De esta forma, el yatiri accede, se proyecta al interior del cuerpo del paciente, sin necesidad de abrirlo. Reproduce un cuerpo perfecto, cuerpo biológico, social y ceremonial con las diferentes especies ceremoniales, destinadas a configurar un cuerpo cerrado y que será ofrecido por la salud del paciente<sup>(13)</sup>.

(13) Polia, 1989.

Entonces, si la asimilación del cuerpo humano es cerrado a imagen y semejanza de la piedra, ello aproxima una medida profiláctica capaz de prevenir enfermedades resultantes de la excesiva vulnerabilidad que propician, en el mundo aymara las **aperturas** y por el contrario, reconfigura la violencia que supone abrir, lo que debe permanecer cerrado, abarcando no tan sólo la esfera orgánica sino igualmente, a la ética y moral de los enfermos<sup>(14)</sup>.

(14) Fernández, 1999.

Teniendo como base esta concepción de cuerpo humano y la violación de la intimidad que debiera permanecer en el dominio privado, oculto a toda mirada

indiscreta, es que existen términos aymaras despectivos para la cirugía cesárea, como cortar y operar, de las cuales las mujeres desconfían porque les deja con un cuerpo perdido, es decir, incapacitado para la vida del campo, y una forma de llaga<sup>(15)</sup>.

(15) Good Maust, 1994, citado en Arnold & Yapita, 1999.

Del mismo modo, existe la concepción que una mujer rural está perdida por haber tenido una cesárea. Arnold & Yapita plantean que, en estos casos, es difícil dar suficiente tiempo para que su herida cicatrice bien antes de concebir otra wawa y tener otro parto, por lo tanto, estas mujeres son consideradas inútiles para la vida del campo, debido a que su cuerpo está **cosido** (zurcido), y ya no pueden levantar cosas pesadas. Se las conoce además como “mujer cortada”. Es por esto que también se asocia la cesárea a la pérdida del afecto en el vínculo, dado que pierde el sentido natural de la relación madre e hijo. Ante esto, una mujer aymara dice: “la wawa sacada así, la mamá no tiene cariño, yo cuando supe que la cortaron a mi hija, oh... llegué a llorar, esta mujer va a salir igual que el otro, le dije yo...la otra hija no tiene tanto cariño, no tiene tanto cariño con su wawa porque son sacao, los dos son sacaos como del saco, no es como tenerle parto, uno tiene más cariño a ese ser que tiene”.

Por último, es necesario indicar que existe una técnica usada por las parteras, para separar madre e hijo, a semejanza de una cesárea, la que se lleva a cabo solamente si la madre y su hijo mueren en el parto, ya que por influencias de la doctrina católica, se piensa que para reconocer la salvación del niño, éste debe ser bautizado antes de sepultarlo.

*Proyecto de salud intercultural  
desde una maternidad*

3

La provincia de Iquique cuenta con seis comunas, una urbana y cinco rurales, dos de éstas muy dispersas y con muchas dificultades de acceso como Huará y Colchane.

Es importante conocer que, según datos estadísticos del censo de 1992, el número de habitantes de etnia aymará era de 6.246 (la segunda más numerosa después del pueblo mapuche), donde los más altos porcentajes residen en Alto Hospicio por situaciones variadas (estudios de sus hijos, actividades económicas y progresiva migración hacia las ciudades).

Gracias al trabajo de profesionales matronas, que es el recurso profesional único con el que cuentan las comunas rurales, se ha logrado mejorar los indicadores de morbi-mortalidad materno-peri natal y la atención profesional del parto.

Esto último, sin embargo, ha sido más difícil de lograr en la comuna de Colchane, que es la que tiene el más alto porcentaje de parto en domicilio, a pesar de contar con profesional matrona en la posta rural.

El año 2002, de un total de 37 embarazadas sólo 22 accedieron a tener su parto en el hospital.

Para todos los que hemos trabajado en una maternidad donde llegan a tener su parto las mujeres aymaras, es conocido el hecho que se produce un conflicto muy fuerte en la forma de parir sus hijos, ya que desconocen completamente la forma desarrollada por la cultura occidental dominante y algunas veces se oponen tenazmente a seguir las instrucciones de la matrona o el médico obstetra, más aún cuando la indicación es una operación cesárea, considerada por ellas como un “daño”.

A pesar de esto, no invalidan la atención del médico y la matrona, sólo buscan una atención con enfoque intercultural.

Una muestra palpable sucede en el control prenatal, donde asisten a los controles con la matrona sin dejar de asistir al control con la partera, como lo demuestran los registros de atención de la casa intercultural en Colchane, donde la partera realizó 27 atenciones el año 2003.

Indagando sobre las razones de la resistencia a la atención del parto hospitalario, las mujeres aymaras aluden diferentes motivos como:

- Trato deshumanizado
- Temor a la operación cesárea
- No se les permite parir de la manera que ellas conocen
- No se les permite caminar, debiendo permanecer acostadas en pre-parto
- No se les permite ingerir líquidos ni alimentos
- No se les permite la compañía de sus familiares
  
- Aplicación de procedimientos y tecnologías desconocidas por ellas

Finalmente, en cumplimiento a las orientaciones ministeriales de fomentar la participación para el desarrollo de estrategias que respondan a las especificidades culturales de los pueblos originarios en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de salud, se recogió desde algunos representantes de la comunidad aymara la necesidad y el deseo de contar en la comuna con un hospital que atienda con respeto a su identidad<sup>(16)</sup>.

La interculturalidad en salud supone el desarrollo de procesos donde los pueblos originarios expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal con la salud occidental, basado en el reconocer la existencia de paradigmas culturales diversos, donde se encuentran distintas formas de entender y enfrentar el proceso de salud-enfermedad.

(16) Acta de reunión con firma de participantes, 22.11.2002.

## **A) Descripción del proyecto**

El proyecto busca formar un equipo de salud intercultural donde se incorpore a la partera en el control prenatal y en la atención del parto, de modo que ambas visiones, la occidental y la aymara, compartan la experiencia en un ambiente de confianza y enriquecimiento mutuo. De esta manera, en un ambiente adecuado que respete su privacidad e intimidad, la paciente deambulará libremente acompañada por su marido o un familiar, podrá ingerir infusiones de hierbas y dar a luz en la posición que ella decida.

Se crea una sala de parto natural–intercultural, donde la familia y el equipo de salud cumplen con el protocolo diseñado específicamente para la asistencia de este tipo de parto.

Más allá de la forma de parir de la mujer aymara, este proyecto busca humanizar la atención integral del parto hospitalario, desarrollando un modelo de atención intercultural en la Maternidad con especificidad y pertinencia cultural, donde se reúnan los antecedentes para validar este modelo.

En segundo lugar y no menos importante, se intenta mejorar los indicadores de salud con la declinación de la morbilidad materno–peri natal al disminuir el parto en domicilio en comunas aisladas.

## **B) Objetivos generales**

1. Humanizar la atención del parto, creando un espacio de intimidad, seguridad y acogida al interior de la Maternidad, donde la mujer aymara pueda dar a luz a sus hijos en forma natural con el conocimiento empírico que ellas poseen que les es propio a su cultura.
2. Desarrollar un programa de salud en el ámbito de la obstetricia que propicie y valide el concepto de salud intercultural.
3. Disminuir la morbilidad materno–peri natal generada por el parto en domicilio.

## **C) Objetivos específicos**

1. Introducir un nuevo modelo de atención del parto hospitalario basado en el concepto de salud intercultural.
2. Disminuir el número de partos en domicilio en las comunidades rurales aymaras.
3. Atraer a la comunidad aymara a los conceptos de salud intercultural respetando su cultura y a la vez integrando sus conocimientos en la asistencia del parto, propiciando un modelo de salud solidario, integrador y participativo.
4. Mejorar el grado de satisfacción de la usuaria.

## **D) Beneficiarios**

1. Mujeres aymaras en edad fértil. En los últimos años se han producido alrededor de 90 a 100 partos anuales, con un descenso lento pero sostenido de la natalidad por la incorporación paulatina de los métodos de planificación familiar.
2. Comunidad aymara, al ser reconocida como una cultura con identidad propia.
3. Equipo de salud intercultural a través del enriquecimiento en la experiencia.
4. La maternidad en su conjunto, incluyendo al resto de las madres usuarias, a través de la incorporación de un modelo de atención del parto más personalizado que atiende a las necesidades específicas de cada madre, incluyendo la perspectiva cultural.

*Protocolo para la  
asistencia del parto.  
Modelo intercultural*

4

Ingresarán a este protocolo todas aquellas pacientes de ascendencia aymara que se encuentran en control prenatal en sus respectivos consultorios de Atención Primaria y hallan sido evaluadas por el equipo de salud intercultural.

El protocolo considera los siguientes pasos a seguir:

- 1)** Recepción de la paciente debidamente acreditada en su carnet de control prenatal, en el servicio de Urgencia de la maternidad del Hospital de Iquique.
- 2)** El equipo de salud intercultural recibirá a la paciente. En caso de no estar presente se le debe avisar para concurrir al Hospital.
- 3)** El equipo evaluará a la paciente (médico o matrona) y determinará por tacto vaginal si se encuentra en trabajo de parto. Si es así, se realizará RBNS con E.V.A. (estimulación vibroacústica).
- 4)** Se invitará a la paciente a tomar una ducha corporal con agua caliente y no se le aplicará enema ni corte de vello pubiano.
- 5)** La paciente ingresará a sala de parto intercultural acompañada de un familiar.
- 6)** La vigilancia del trabajo de parto estará a cargo de la matrona mediante auscultación intermitente de LCF con doppler cada 30 minutos, por espacio de 10 minutos en la fase activa y cada 5 minutos en período expulsivo.
- 7)** La paciente podrá deambular libremente durante todo el trabajo de parto.
- 8)** La paciente podrá ingerir infusiones de hierbas o mates preparadas por la partera para favorecer el avance del trabajo de parto y/o aliviar el dolor.
- 9)** La partera podrá realizar masajes en la columna lumbosacra y/o en el útero para acomodar el feto si le parece necesario. También tomará el pulso materno para evaluar la evolución del trabajo de parto y el bienestar fetal.
- 10)** El uso de ocitocina en fleboclisis para acelerar el trabajo de parto se usará en caso de ser necesario con el consentimiento de la paciente.
- 11)** En caso de detectarse durante el trabajo de parto deterioro de la unidad fetoplacentaria, la paciente se trasladará a sala de parto para realizar monitoreo electrónico fetal continuo y seguirá a cargo del equipo de salud intercultural. Si la paciente se encuentra en período expulsivo y se detecta una complicación que requiera un parto instrumentalizado, se trasladará a sala de parto o pabellón según corresponda. En ambos casos la resolución del parto será por el equipo de salud intercultural.
- 12)** La atención del parto cuando no se presente ninguna complicación de las anteriormente mencionadas estará a cargo de la matrona del equipo en la posición que la paciente decida, utilizando paquete de parto, caja de parto y guantes estériles.
- 13)** No se efectuará episiotomía de rutina y se suturarán los desgarros vaginoperineales por la matrona o el médico según corresponda.
- 14)** Se favorecerá el apego materno y la atención del recién nacido estará a cargo de la matrona del equipo. No se realizará aspiración nasogástrica de rutina y la atención inmediata del recién nacido se hará dentro de la primera hora de vida.
- 15)** En caso de presentar meconio en el expulsivo se realizará aspiración nasogástrica inmediata en la sala de parto intercultural con equipo de aspiración central.
- 16)** Si se presenta depresión neonatal no esperada, se solicitará el apoyo de la matrona del recién nacido y la evaluación pediátrica inmediata según normas del servicio.

- 17)** El control del ciclo vital de la paciente será responsabilidad del técnico paramédico de parto en turno.
- 18)** El baño y vestimenta del recién nacido estará a cargo del técnico paramédico de recién nacidos.
- 19)** La recuperación de la paciente se hará en la misma sala de atención intercultural. En este período la paciente podrá ingerir una sopa caliente traída o preparada por sus familiares.
- 20)** El aseo de la sala de atención intercultural estará a cargo del auxiliar de servicio en turno.
- 21)** El uso de ocitocina o methergin en el puerperio inmediato quedará sujeto a evaluación por el equipo de salud intercultural.
- 22)** Terminada la recuperación de la paciente, ésta pasará directamente a la unidad de puerperio, informándole a la matrona encargada de la unidad. A partir de este momento la labor del equipo de salud intercultural se dará por concluida, quedando la paciente a cargo del médico residente y las matronas en turno.

*Diseño de la sala  
de parto intercultural*

5

Se habilita una sala dentro de la unidad quirúrgica de la maternidad para el desarrollo del trabajo de parto y parto. A esta sala ingresa la familia y el equipo de salud.

Es un espacio que trata de recrear el ambiente natural de un dormitorio de una familia aymara. El decorado se hace con cuadros con motivos religiosos y paisajes del interior. Se coloca una cama de plaza y media con un velador, una radio y un calefactor ambiental; la ropa de cama son mantas con motivos típicos. Se agregan a éstos elementos propios de la asistencia obstétrica: un doppler fetal, una camilla ginecológica, equipos de partos estériles, sábanas, insumos propios de la atención del parto, y una silla de parto diseñada para un parto vertical. Además, la sala cuenta con aspiración central en caso necesario.



*Beneficios del parto natural.  
Evidencia científica*

6

### **Enema y rasurados púbicos**

No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas evacuantes preparados (Recomendaciones de la OMS. Lancet 1985; 2: 436–437).

Existe mayor riesgo de infección de episiotomía y endometritis puerperal con el uso de enemas y rasurado perineal.

### **Monitoreo electrónico fetal**

No existen pruebas que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo (Recomendaciones de la OMS. Lancet 1985; 2: 436–437).

Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. Revisión Cochrane sobre la base de 9 trabajos publicados y 18.561 embarazadas. No se observaron diferencias significativas en apgar al primer minuto inferior a cuatro o siete, índice de ingresos a neonatología, muerte perinatal o parálisis cerebral.

Se registró aumento en índice de cesáreas y parto vaginal instrumentalizado. Biblioteca Cochrane plus n°4, 2005. Oxford, Update Software Ltd.

### **Episiotomía**

No se justifica el uso rutinario de la episiotomía. Debe protegerse el periné en forma manual siempre que se pueda (Recomendaciones de la OMS. Lancet 1985; 2: 436–437).

Episiotomía en el parto vaginal. Revisión Cochrane sobre la base de 6 estudios que comparan episiotomía rutinaria (72%) versus episiotomía restrictiva (27%). La episiotomía rutinaria se asocia con mayor riesgo de trauma perineal posterior, mayor necesidad de sutura y mayores complicaciones en la cicatrización. La episiotomía restrictiva se asocia con mayor riesgo de trauma de pared anterior. Biblioteca Cochrane plus n°4, 2005. Oxford Update Software Ltd.

### **Inducción del parto**

No deben inducirse los partos por conveniencia. La indicación debe ser por causa médica. Ninguna región debe tener un índice de partos inducidos mayor al 10% (Recomendaciones de la OMS. Lancet 1985; 2: 436–437).

### **Rotura artificial de membranas**

No se justifica la rotura artificial de membranas de rutina (Recomendaciones de la OMS. Lancet.1985; 2: 436–437).

### **Cesárea**

No existe justificación en ninguna región geográfica para tener un índice de cesáreas mayor al 15% (Recomendaciones de la OMS. Lancet 1985; 2: 436–437).

*Análisis estadístico.  
Tablas y gráficos.  
Resultados*



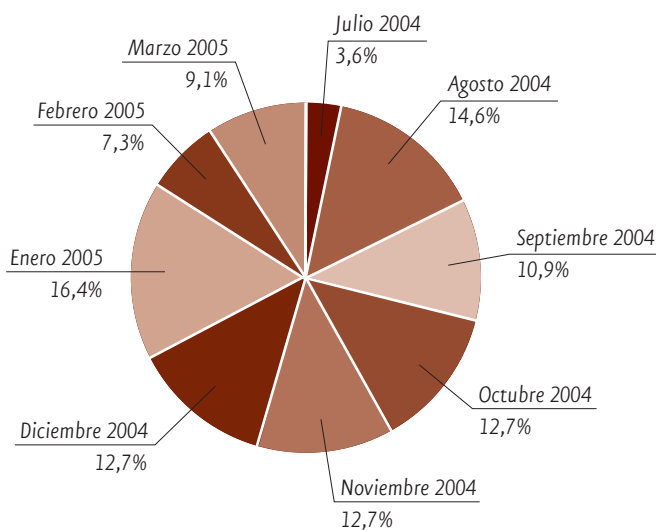
### Periodo del proyecto

El proyecto se inició el día 07 de Julio de 2004 y finalizó como tal el 31 de Marzo 2005. Durante este período se logró atender a **55 embarazadas**.

Fueron excluidas del proyecto 35 embarazadas, de las cuales:

- **9** (25,7%) Tuvieron partos fuera del servicio
- **14** (40%) Terminaron su parto en cesáreas electivas
- **6** (17,1%) Optaron por la sala de Parto
- **4** (11,4%) Llegaron en expulsivo
- **1** (2,8 %) Opto por programa PAD
- **1** (2,8 %) Salió fuera del país

**Gráfico 1: Porcentaje mensual de partos**

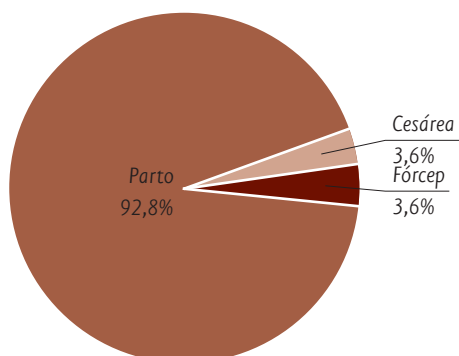


Tal como se observa en la Tabla 1, más de un 90% de partos fue de tipo normal, y el parto de tipo cesárea y fórceps tuvieron muy bajas frecuencias.

**TABLA 1: TIPO DE PARTO**

Tipo de parto	N°	Porcentaje
Cesárea	2	3,6%
Normal	51	92,8%
Fórceps	2	3,6%

**Gráfico 2: Tipos de partos**



Respecto a las condiciones de las gestantes, la gran mayoría era multípara, aunque el porcentaje de primigestas —o mujeres que están gestando por primera vez— también fue importante (36,4%).

TABLA 2: PARIDAD

Tipo	Cantidad	%
Primigesta	20	36,4%
Multípara	33	60%
Granmultípara	2	3,6%

Gráfico 3: Paridad

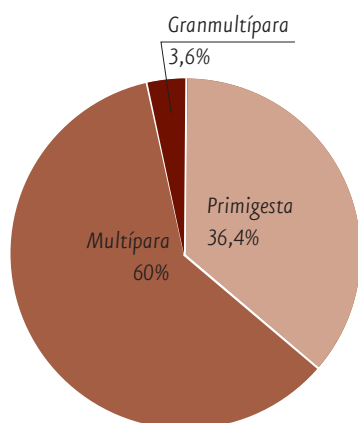
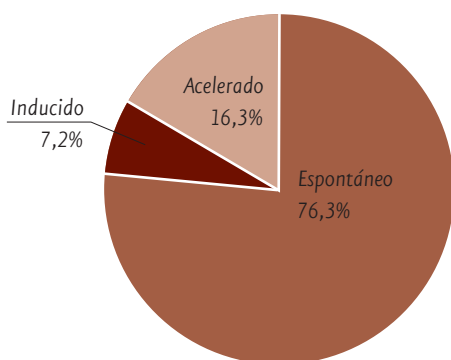


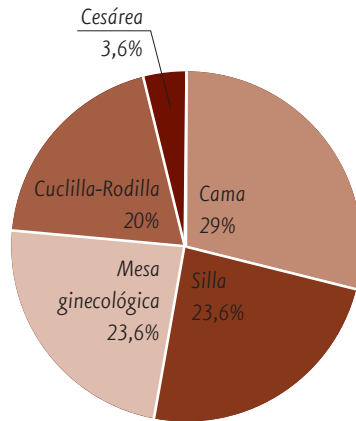
TABLA 3: INICIO TRABAJO DE PARTO

Tipo	Cantidad	%
Espontáneo	42	76.3%
Inducido	4	7.2%
Acelerado	9	16.3%

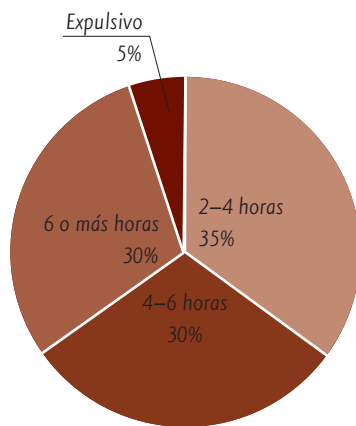
Gráfico 4: Inicio Trabajo de parto



En cuanto a las atenciones por lugar de parto, cabe destacar la diversidad de opciones con que nos encontramos. No existe una preferencia por la cama más que por el parto en cuclillas (29% contra un 20%), y la cesárea obtiene un bajísimo porcentaje.

**Gráfico 5: Porcentaje de atenciones por lugar de parto**

En el caso de las primigestas (20 en total), el trabajo de parto varió entre 2–4 horas a 4–6 horas.

**Gráfico 6: Duración del trabajo de parto desde el ingreso hasta el expulsivo en primigestas**

En cambio, en el caso de gestantes múltiparas, el trabajo de parto fue mayoritariamente de 2 a 4 horas (61%).

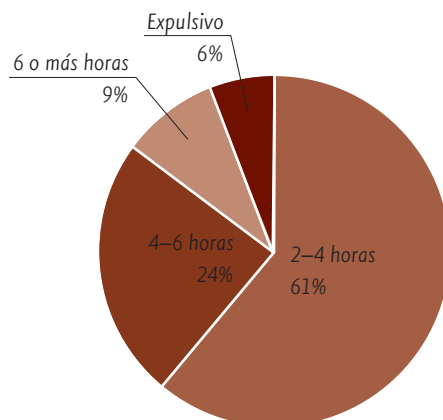
**Gráfico 7: Duración del trabajo de parto desde el ingreso hasta el expulsivo en múltipara**

TABLA 4: TIPOS DE ROTURA DE MEMBRANA

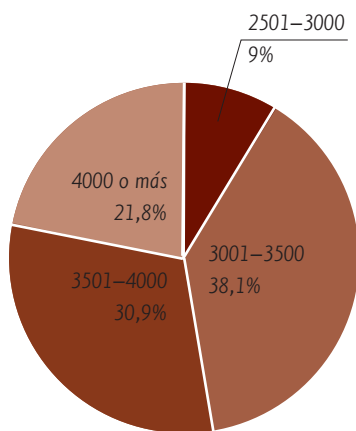
Tipo	Cantidad	%
RAM	14	25,5%
REM	41	74,5%

El líquido amniótico de 48 de los casos fue claro, y sólo 7 (12,7%) casos tuvieron meconio.

En cuanto al recién nacido, un 87,3% de ellos no tuvo aspiración al momento de nacer.

Respecto al peso de los recién nacidos, casi un 70% tuvo un peso entre 3000 y 4000 gramos, y sólo un 9% tuvo entre 2500 y 3000 gramos.

Gráfico 8: Peso del recién nacido

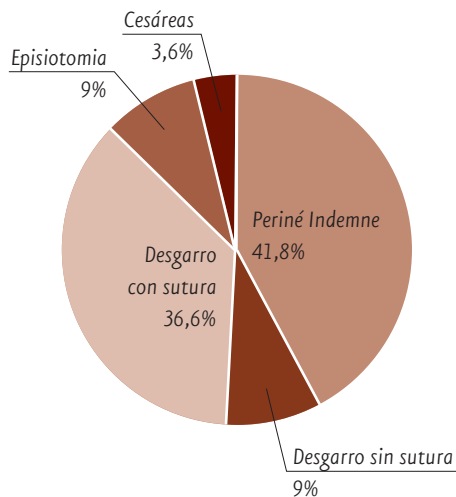


Asimismo, la totalidad de los casos de los recién nacidos tuvo un resultado en el test de apgar mayor o igual a 7.

El alumbramiento fue completo en 54 casos (98,2%).

El 41,85 de los casos tuvo un periné indemne, de acuerdo a la evaluación post parto. Y sólo un 9% tuvo episiotomía.

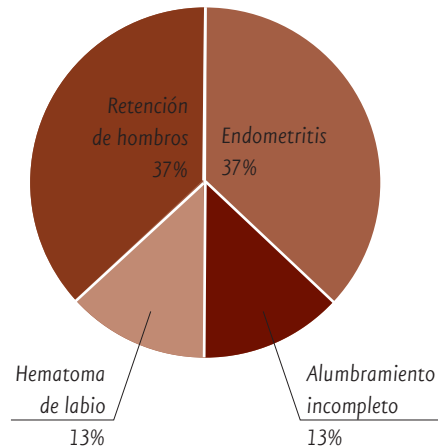
Gráfico 9: Evaluación de periné



Un 69% de las gestantes tomó infusión de hierbas; un 48,7% no utilizó retractor uterino post parto.

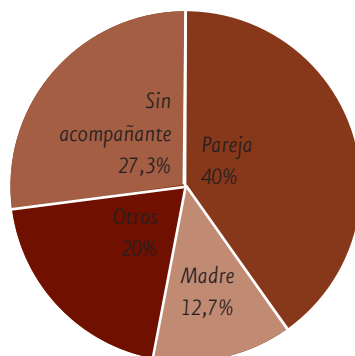
Respecto a las complicaciones de las gestantes, éstas sólo ocurrieron en 8 casos. De ellos, encontramos endometritis y retención de hombros en el mismo porcentaje (37%).

**Gráfico 10: Complicaciones**



Se destaca el hecho que un 40% de las gestantes estuvo acompañada por la pareja y un 12,7% por su madre. Un importante 27,3% no tuvo acompañante durante el proceso.

**Gráfico 11: Acompañante**

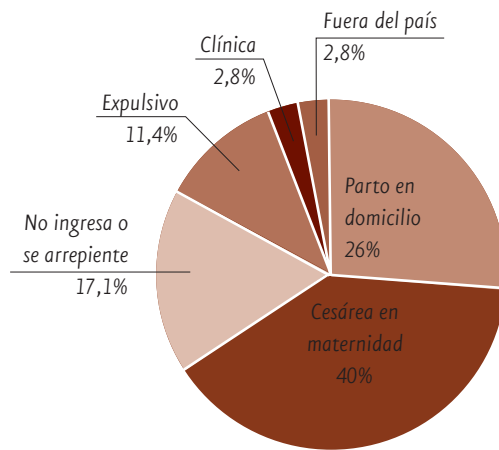


En el caso de la partera, en el 78,25 de los casos ésta estuvo presente, y un 87,3% de las gestantes tuvieron la presencia de un médico del proyecto. Asimismo, se destaca que el 100% de los casos contó con la presencia de una matrona.

Las gestantes provenían en su mayoría (69%) de sectores rurales, de localidades como Nama, Pachica, Miñi- Miñe, Enquelga, Colchane, Cariquima, Camiña, Bajo Soga, Huara, Pozo Almonte, Pica y Limaxiña.

Finalmente, aquellas pacientes que estuvieron fuera del proyecto tuvieron un 40% parto de tipo cesárea. Un 17,1% de ellas no ingresa al proyecto o se arrepiente una vez ingresadas, y un 26% tuvo su parto en el domicilio.

**Gráfico 12: Pacientes fuera del proyecto**



*Encuesta de  
satisfacción usuaria*



## Proyecto de salud intercultural desde una maternidad

1. ¿Cómo fue la acogida que recibió cuando llegó a la Maternidad?

- muy buena
- buena
- regular
- mala
- muy mala.

2. ¿Qué le parece la experiencia de tener el parto en la posición que usted prefiere?

- muy importante
- poco importante
- sin importancia

3. La participación de la partera en su parto fue:

- muy importante
- poco importante
- sin importancia

4. ¿Qué nota le coloca de 1 a 7 a los diferentes integrantes del equipo de salud que participaron en su parto?

Médico: 1-2-3-4-5-6-7

Matrona: 1-2-3-4-5-6-7

Partera: 1-2-3-4-5-6-7

Tec. Paramédico: 1-2-3-4-5-6-7

5. ¿Se respetaron sus decisiones durante su trabajo de parto y parto?

- Sí
- No
- Sí y No

6. Si usted ha tenido un parto anteriormente en este u otro hospital. ¿Cuál experiencia le pareció mejor?

- la actual
  - la anterior
  - ambas por igual.
- ¿Por qué?

7. ¿Hubo alguna situación que no le pareció bien o no estaba de acuerdo?

- Sí
  - No
- ¿Cuál?

8. ¿Qué cosas cambiaría de este modelo de atención del parto?

9. ¿Siente que se respetaron sus creencias o tradiciones con este modelo de atención del parto?

- Sí
- No
- Sí y No

Por qué y cuáles:

### **Resultados de la encuesta de satisfacción usuaria**

En relación a cómo fue la acogida que se recibió al ingreso a la maternidad, un 72,5% la señaló como muy buena, un 25% como buena y sólo un 2,5% como regular.

Respecto a cómo le pareció la experiencia de adoptar la posición que ella desea para tener su parto, el 100% respondió que esta experiencia es muy importante.

En relación a la participación de la partera en el parto, el 82,5% se refirió a ésta como muy importante, un 5% poco importante, y en 12,5% ésta no estuvo presente.

En cuanto a la calificación otorgada al equipo de salud, encontramos que:

#### **Médico:**

- Un 70% lo calificó con nota 7
- Un 17,5% lo calificó con nota 6
- Un 2,5% lo calificó con nota 5
- Un 10% no contesta

#### **Matrona:**

- Un 87,5% lo calificó con nota 7
- Un 7,5% lo calificó con nota 6
- Un 2,5% lo calificó con nota 5
- Un 2,5% no contesta

#### **Partera:**

- Un 60% la calificó con nota 7
- Un 12,5% la calificó con nota 6
- Un 7,5% la calificó con nota 5
- Un 2,5% la calificó con nota 4
- Un 7,5% no contesta
- Un 10% no estuvo

#### **Técnico Paramédico:**

- Un 52,5% lo calificó con nota 7
- Un 25% lo calificó con nota 6
- Un 20% no contesta
- Un 2,5% no participa

Sobre la pregunta del respeto a sus decisiones, el 95% dijo que Si y un 5% eligió la alternativa Si y No.

Al preguntarle sobre cuál experiencia de parto le pareció mejor, encontramos que el 80% refirió que la actual, el 5% que la anterior, y el 15% ambas.

Al momento de contestar si tuvo alguna situación que no le pareció o no estaba de acuerdo, el 90% dijo que no, el 7,5% que Si, y un 2,5% no contestó.

Algunas de las situaciones en las que no estaba de acuerdo fueron:

- Estar en el Puerperio con todas las pacientes.
- Colocación de puntos sin anestesia.
- La alimentación.
- El baño matinal del puerperio.

Respecto a lo que cambiaría de este modelo de atención, el 70% respondió que ninguna, el 20% respondió que se necesita mayor implementación y el 10% otras, entre las cuales cabe señalar el cambio de actitud a la llegada al Hospital, las Hospitalizaciones en ARO, el puerperio común, la alimentación, y algunas veces la actitud de la partera.

Finalmente al preguntarles si se respetaron sus creencias o tradiciones, el 95% refirió que Si y un 5% que NO.

Sugerencias de algunas pacientes:

- Mayor participación de la partera.
- Mejor trato al ingreso del Hospital.
- Respetar sus tradiciones, también en el puerperio.

*Conclusiones*



Se encontró que **11 embarazadas** (20%), tanto multíparas como gran multíparas, acudieron al Hospital por primera vez a tener sus partos.

En relación a la eliminación del enema evacuante de la preparación física anteparto, se pudo evidenciar que 7 embarazadas (12,7%) presentaron deposiciones durante el trabajo de parto, lo cual no interfirió en la atención misma del parto ni en complicaciones posteriores en el puerperio.

Se pudo demostrar que una atención basada en respetar las necesidades psicológicas, emocionales y culturales de las mujeres, **aparte de constituir derecho**, tiene beneficios muy concretos como:

- El trabajo de parto no se alarga a pesar de no usar soluciones oxitócicas; así el 35% de las gestantes primigestas y el 60% de las multíparas tuvieron una duración de trabajo de parto activo de 2 a 4 horas.
- El porcentaje de cesárea en las 55 gestantes atendidas fue de 3,6%. Si a estas gestantes le sumamos las 35 que fueron excluidas por diferentes razones, el porcentaje de cesárea llega a 19%. **Se demuestra así que este modelo de atención del parto disminuye el riesgo de cesárea y favorece el parto normal.**

Asimismo, se valida el concepto de que **la atención del parto se puede adecuar a las necesidades de cada mujer**, siendo ella la protagonista de su parto, dándole la oportunidad de decidir, quién la acompañe, qué hacer, y qué posición adoptar durante el parto. Es evidente que esto no afecta el resultado del producto, ya que el **100%** de los recién nacidos tuvo apgar mayor a 7 a los 5 minutos.

La tolerancia al dolor es mejor con el apoyo familiar, se convierte en un momento de mayor placer, ya que el parto en estas condiciones se convierte en uno de los momentos más gratos de la vida. El **73%** de las pacientes estuvo acompañada por quien ella quiso.

Las diferentes posiciones que la paciente adopta para tener su parto, **sobretudo la posición vertical** (cuclillas, rodillas, silla de parto, etc.), favorecen el periné indemne y los desgarros que se producen son en la pared anterior de la vagina y en la línea media del periné; éstos son fáciles de suturar y muchas veces dejan de sangrar espontáneamente. En las primigestas tuvimos 7 gestantes (35%) con periné indemne o pequeños desgarros sin necesidad de sutura, con un promedio de peso de los recién nacidos de 3500 gramos. En las multíparas tuvimos 21 gestantes (60%) con periné indemne o pequeños desgarros no suturables.

La monitorización electrónica fetal no debe ser indiscriminada, se puede auscultar al feto cada 30 minutos después de la contracción.

Se confirma entonces que es un método de vigilancia fetal seguro y se puede realizar igual un buen partograma.

Del mismo modo, la **deambulaci3n** favorece el encajamiento del feto, disminuye el dolor y acorta la duraci3n del trabajo de parto (todas las gestantes caminaron).

El tomar infusiones de hierbas (manzanilla, albahaca, paico, or3gano) calienta el cuerpo, estimula la sudoraci3n, lo cual parece favorecer la dilataci3n cervical y la din3mica uterina. 38 gestantes (69%) tomaron infusiones, todas ellas terminaron en parto normal con un promedio de no m3s de 5 horas de trabajo de parto activo.

El feto macros3mico no es una causa de exclusi3n para este modelo de atenci3n del parto (especialmente en madres multíparas). Es así como tuvimos 12 (21,8%) gestantes con recién nacidos sobre los 4000 grs.

Se demostr3 que el uso de retractores uterinos postparto de rutina no es necesario, ya que s3lo 7 gestantes (12,7%), recibieron alg3n tipo de retractor

post parto, en su mayoría multíparas y no se registró ninguna metrorragia en el puerperio inmediato.

Para la gestante y su familia la partera no sólo cumple un rol de apoyo emocional, de acompañamiento y de valor cultural, además es de gran ayuda cuando el parto está complicado acomodando la guagua, dando infusiones de hierbas, aplicando masajes y manteos.

El concepto de que el parto es un evento meramente científico y medicalizado, produce en la comunidad aymarará un sentimiento de inseguridad, ansiedad e insatisfacción.

Para los pueblos originarios el parto es fundamentalmente un evento familiar, que se vive al interior de sus hogares. Gracias a este modelo intercultural se puede lograr respeto por sus conocimientos y tradiciones, generando confianza y gran disposición a cooperar para lograr un parto exitoso.

El Proyecto fue capaz de atraer a 38 gestantes de comunidades rurales, equivalentes al 69% del total de mujeres atendidas, lo que nos produce una gran satisfacción ya que fuimos capaces de crear un espacio dentro de la Maternidad donde nuestras mujeres fueron reconocidas, respetadas y valoradas por la comunidad hospitalaria lo que contribuyó enormemente al éxito del proyecto.

Para el Equipo Obstétrico que trabajó en este Proyecto fue muy gratificante y revelador al poder comprobar una vez más que el parto es un evento fisiológico, natural y **sobre todo familiar**.

Nuestros conceptos sobre el parto fueron cuestionados y puestos en tela de juicio al comprobar en la práctica que: las infusiones oxitócicas no son tan necesarias; eliminar el enema evacuante no afecta en el momento del parto; la episiotomía es un procedimiento muy cuestionable; y, lo más importante es el apoyo y el sostén emocional que se le debe brindar a la gestante para que ella pueda entregarse al proceso de parir con valor y decisión.

En términos generales podemos decir que todos ganamos, la mujer aymarará porque se respetaron sus conocimientos y tradiciones y el servicio de salud porque la mujer accede a tener a sus hijos en mejores condiciones sanitarias y ante una eventual complicación ambos madre e hijo se encuentran protegidos.

Finalmente, podemos concluir que **parir y nacer** son momentos únicos e irrepetibles en nuestras vidas, donde todas las mujeres tienen derecho a ser protagonistas de sus partos.

Es deber nuestro brindar una atención integral, respetuosa y amable independiente de su etnia y origen. Para esto, es primordial que los servicios de salud garanticen a todas las mujeres este derecho.

Esperamos que nuestro Hospital y Maternidad, pioneros en este tipo de modelo de salud intercultural, sigan siendo un punto de encuentro entre la medicina Occidental y la medicina tradicional Indígena.



*Referencias  
Bibliográficas*

- Arnold D & Yapita J.D., *Las wawas del Inca: hacia la salud maternal intercultural en algunas comunidades andinas*. Informes de investigación II n° 2. Ed. Ilca, La Paz. 2002.
- Arnold D & Yapita J.D., *Hacia un modelo social del parto: debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano*. Informes de investigación II n° 1. Ed. Ilca, La Paz. 2001.
- Arnold D & Yapita J.D., *Vocabulario Aymara del parto y la vida reproductiva de la mujer*. Ed. Ilca & FHI, La Paz. 1999.
- *Benefits and risks of episiotomy: A review of the English language literature since 1980*. Part I. Obst. Gynecol Survey 1995; 50: 806–820.
- Blázquez María Isabel, *El género en la reproducción: Detectar las insuficiencias desde la perspectiva de género en la atención del embarazo, parto y puerperio*. 2004.
- Fernandez del Castillo Isabel, *La Revolución del Nacimiento*. Ed. EDAF S.A., Madrid 1994.
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, *Outcomes of routine episiotomy: a systematic review*. Iohr KN.JAMA. 2005 May 4; 293 (17):2141–8.
- Hospital Clínico y Facultad de Medicina, Universidad de Chile, *Nacer en el Siglo XXI. De vuelta a la humano*. Ed. Universidad de Chile 2001.
- Leveno KJ et al., *A prospective comparison of selective and universal electronic fetal monitoring in 34995 pregnancies*. N Eng J Med 1986; 315: 615–19.
- Lisa B. Signorello, Bernard L Harlow, Amy K Chekos, John T Repke, *Midline episiotomy and anal incontinence: retrospective cohort study*. British Medical journal. 2000 January 320: 86–90
- Maturana H & Verden-zoller G., *Amor y Juego. Fundamentos Olvidados de lo Humano*. Ed. Instituto de terapia cognitiva, Santiago 1995.
- Muñoz, M. y Segovia M. en su tesis *Propuesta psicoprofiláctica en la atención de pacientes embarazadas aymaras*, de la Universidad de Tarapacá.
- Odent M., *La Cientificación del Amor. El amor en la ciencia*. Ed. Creavida, Bs. Aires 2001.
- Odent M., *El Nacimiento Renacido*. Ed. ERREPAR S.A., Bs. Aires 1984.
- Thacker SB., Stroup D., Chang M., *Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto*. (Revisión Cochrane). Biblioteca Cochrane plus n° 4, 2005. Oxford, Update Software ltd.
- Wood C., *A comparison of two controlled trials concerning the efficacy of fetal intensive care*. J perinat med; 1978; 6: 140–53.
- Wood C, Renou P, Oats J et al., *Estudio controlado del monitoreo de los latidos cardíacos fetales en población de bajo riesgo*. Am J Obstet and Gynecol. 1981; 141: 527–34.



GOBIERNO DE CHILE  
FONDO DE SOLIDARIDAD E INVERSIÓN SOCIAL  
MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN

En función del diseño de un Sistema de Protección Integral a la Infancia que asuma como tarea principal la generación de condiciones de equidad para todos los niños y niñas, se desarrolló un conjunto de estudios a modo de preinversión. Para ello FOSIS en asociación con MIDEPLAN elaboraron un conjunto de convenios con diversas instituciones tanto del mundo público como privado, para elaborar investigaciones temáticas y sistematizaciones de experiencias en ejecución, abarcando distintas realidades y zonas del país.

La presente publicación es parte de dichos estudios y sistematizaciones que tienen por objetivo el ser puestos a disposición de todas las instituciones, organizaciones o personas a las que la presente información les pueda ser de utilidad, esperando contribuir con este trabajo a la elaboración de políticas, prestaciones e intervenciones que protejan el desarrollo integral de todos los niños y niñas que habitan el país.