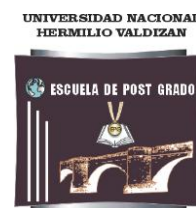




**UNIVERSIDAD NACIONAL  
"HERMILIO VALDIZÁN"  
ESCUELA DE POSTGRADO**



---

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

**TESIS**

**FACTORES INTERCULTURALES QUE IMPIDEN LA  
ATENCIÓN ASISTENCIAL DE GESTANTES EN EL  
DISTRITO DE CHURUBAMBA – HUÁNUCO, 2015.**

**PARA OPTAR EL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA  
Y GESTIÓN SANITARIA**

**TESISTA: Lic. Soc. JHON PAUL TRUJILLO VALER**

**ASESOR: Mg. Gianni Raymunda Garay Cabrera**

**HUÁNUCO – PERÚ  
2015**

## DEDICATORIA

Al Señor mi Dios, verdadera fuente de amor  
y sabiduría, por darme la oportunidad de  
vivir y derramar sus bendiciones cada  
día en mi vida y fortalecer mi  
corazón e iluminar mi mente.

A mis padres y hermanos, por todo su apoyo  
Incondicional, consejos, comprensión, amor  
Y ayuda en mi formación profesional.

**El autor.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, creador del universo, que me dio y seguirá dando fortaleza para seguir adelante todos los días.

A mi familia, que siempre me ha dado la fuerza para ser capaz de seguir cumpliendo las metas que me propuse y a quienes aseguro que así seguiré en todos mis incansables días hasta conseguir el éxito.

A la Mg. Gianni Garay Cabrera, mi asesora de investigación, por su paciencia y notable enseñanza, quien me dedicó su tiempo, me orientó en este proceso, y me enriqueció de conocimientos para mi vida intelectual.

A aquellas madres gestantes del Distrito de Churubamba, quienes participaron en la investigación y quienes dieron a conocer sus experiencias.

A mis amigos(as) por su amistad y especialmente a mi novia Karla Yesmith Chaupis Beraún por la compañía y fuerza que me dio para la culminación del presente trabajo y sobre todo por ser parte de mi vida.

**El autor.**

## INTRODUCCIÓN

La maternidad es quizá la experiencia más importante del vida en la mayoría de las mujeres; de hecho, convertirse en madre, es una de las vivencias más significativas en el desarrollo sociopersonal de una mujer, ya que se considera una transición normativa propia de la adultez puesto que se requiere la disposición, las habilidades y las destrezas para gestar, alumbrar y criar a un ser de manera sostenida con inteligencia, sensibilidad y con sentimientos positivos maduros que se traduzcan en cuidados y afectos para ese nuevo ser<sup>1</sup>.

La atención de la paciente gestante está encaminada a vigilar la evolución del proceso de la gestación, de forma que sea posible prevenir y controlar los factores de riesgo biopsicosociales que puedan desencadenar complicaciones en el embarazo; así como brindar una atención de calidad que le permita a la gestante crear adherencia al programa de control prenatal.

De este modo debe tenerse claridad frente a los procesos que involucran la atención de la mujer en estado de gestación, con el fin de brindar un adecuado soporte acerca de las diferentes actividades que la paciente debe realizar durante su embarazo.

Bajo esta perspectiva se pretendió buscar lo más relevante en cuanto a las percepciones y actitudes de la población en relación al servicio de salud y obtener bases significativas para el planteamiento de Estrategia de intervención en función de mejorar la salud de la población en la atención del parto institucional.

Para la lectura secuencial de la presente investigación se han estructurado en 5 capítulos:

En el primer capítulo se aborda el problema, los objetivos, tanto generales como específicos, las hipótesis, las variables, la justificación e importancia de la investigación, viabilidad, limitaciones y consideraciones éticas.

En el segundo capítulo se exhibe el marco teórico, el cual comprende la descripción detallada de los antecedentes de investigación, de las bases teóricas y las bases conceptuales de las variables implicadas.

En el tercer capítulo se expone el marco metodológico de la investigación, el cual se compone de las siguientes partes: tipo de estudio, método de estudio, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y el análisis e interpretación de los datos.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación con su respectivo análisis e interpretación. Y, en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados.

Finalmente, se muestran las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas, y los anexos.

**El autor**

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación acción con enfoque cualitativo en una muestra de 8 mujeres gestantes que residen en el Distrito de Churubamba, a quienes se les aplicó una entrevista estructurada individual a profundidad, por medio de preguntas abiertas.

El tipo de estudio fue de campo, descriptiva y longitudinal. El análisis de la información se hizo mediante síntesis de todas las unidades de significado, representado en cuadros y gráficos. Entre sus principales conclusiones se encuentra: La existencia de actitudes y percepciones de carácter cultural, diferenciadas sustancialmente de las prácticas convencionales del parto, las cuales están relacionadas con en el sistema de la cosmovisión andina, especialmente en las mujeres en estado de gestación respecto al parto. El parto en la cultura andina, se encuentra compuesto además del proceso mismo de nacimiento del niño, por numerosas ceremonias y rituales antes y después del parto, en las cuales las mujeres y los familiares participan activamente, entre ellas la ingesta de bebidas calientes, la salida y tratamiento de la placenta, el cuidado de la gestante, etc., procesos en los cuales se presentan diversas actitudes y percepciones culturales.

Concluyéndose que los servicios maternos no tienen acondicionamiento adecuado con relación a la cultura de la comunidad, pues es insuficiente lo que una gestante podría encontrar en un consultorio relacionado con sus costumbres. Necesitamos considerar propuestas elaboradas desde la comunidad, para disponer de una oferta identificada con aspectos sociales, culturales, y étnicos, que sea identificada por la población como suya.

**Palabras claves:** *Investigación cualitativa, factores interculturales, atención asistencial, gestantes.*

## ABSTRACT

This action research with qualitative approach on a sample of 8 pregnant women residing in the Churubamba District, who were applied individually structured depth interview through open questions.

The type of field study was descriptive and longitudinal. The data analysis was done through synthesis of all the units of meaning, represented in charts and graphs. Among its main conclusions are: The existence of attitudes and perceptions of cultural, differentiated substantially from the conventional delivery practices, which are related to the system of the Andean world, especially for women in gestation compared to childbirth . Delivery in Andean culture, is also compound the child birth process itself, by numerous ceremonies and rituals before and after childbirth, in which women and families actively involved, including the intake of hot drinks, Output and treatment of placenta, care of pregnant women, etc., processes in which various cultural attitudes and perceptions are presented.

Concluding that maternal health services do not have adequate preparation in relation to the culture of the community, it is enough what a pregnant woman might find in an office related to customs. We need to consider proposals drawn from the community to have an offer identified with social, cultural, and ethnic, which is identified by the people as their own.

**Keywords:** *Qualitative research, intercultural factors, welfare care, pregnant.*

## ÍNDICE DEL CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
INTRODUCCIÓN .....	iv
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
ÍNDICE DEL CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	x
ÍNDICE DE ANEXOS .....	xi

### CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.1. Descripción del problema.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.2. Formulación del problema.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.3. Objetivos .....	<b>¡Error! Marcador no definido.9</b>
1.4. Hipótesis .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.5. Variables .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.6. Justificación e importancia .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.7. Viabilidad.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.8. Limitaciones .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.9. Consideraciones éticas .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

### CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.1. Antecedentes del estudio .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.2. Bases teóricas.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.2.1. Enfoque de interculturalidad .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.2.2. Enfoque de derechos humanos .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.3. BASES CONCEPTUALES .....	<b>3¡Error! Marcador no definido.</b>
2.3.1. Cultura.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.3.2. Interculturalidad .....	<b>¡Error! Marcador no definido.6</b>
2.3.3. Adecuación cultural en los servicio de salud.....	38
2.3.4. La salud .....	38
2.3.5. Atención prenatal y atención domiciliaria.....	39
2.3.6. El embarazo.....	<b>¡Error! Marcador no definido.39</b>
2.3.7. Cambios fisiológicos en el embarazo .....	40
2.3.8. Principales causas de muerte materna.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
2.4. Definición de términos operacionales.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

### CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA.....	43
3.1. Tipo de estudio.....	43
3.2. Método de estudio.....	44
3.3. Población en estudio.....	45
3.4. Muestra y muestreo.....	47



3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	ix
3.6. Procedimientos de recolección de datos	48
3.7. Análisis e interpretación de los datos	50

#### **CAPÍTULO IV**

4. RESULTADOS	ix
4.1. Datos generales	52
4.2. Embarazo	57
4.3. Profesionalismo	91
4.4. Transporte	98

#### **CAPÍTULO V**

5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	ix
CONCLUSIONES	06
RECOMENDACIONES	ix
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1
ANEXOS	ix

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

		<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 01</b>	Residencia de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	52
<b>Gráfico 02</b>	Edad de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	53
<b>Gráfico 03</b>	Grado de instrucción de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	54
<b>Gráfico 04</b>	Estado civil de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	55
<b>Gráfico 05</b>	Lugar donde se realizó el último parto de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	57
<b>Gráfico 06</b>	Conocimiento de la importancia del control prenatal en el embarazo de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	60
<b>Gráfico 07</b>	Número de controles realizados en hospital de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	62
<b>Gráfico 08</b>	Preferencia por la atención en el parto, a cargo de un médico o de un partero de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	66
<b>Gráfico 09</b>	Número de veces que acude el partero al domicilio de la embarazada entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	68
<b>Gráfico 10</b>	Preferencia para recibir ayuda para la atención en el parto de las embarazadas entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	77
<b>Gráfico 11</b>	Actividades realizadas antes del parto por la persona que ayuda (médico o partero) de las embarazadas entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	79
<b>Gráfico 12</b>	Preferencia por la atención en el parto, a cargo de un medio o un partero de las embarazadas entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	85
<b>Gráfico 13</b>	Predisposición a cambiar de servicio de salud para el próximo parto de las embarazadas entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	89
<b>Gráfico 14</b>	Buen trato de parte del personal médico y personal operativo de las embarazadas entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	92
<b>Gráfico 15</b>	Respeto de la cultura y costumbres del personal médico y operativo - Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	93
<b>Gráfico 16</b>	Existencia de discriminación en la atención del personal médico - Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	95
<b>Gráfico 17</b>	Periodicidad de las visitas a las gestantes del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	97
<b>Gráfico 18</b>	Medio de transporte que utiliza para acudir al Hospital las gestantes del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.....	99

**ÍNDICE DE ANEXOS**

	<b>Pág.</b>
<b>Anexo 1</b> Matriz de consistencia.....	117
<b>Anexo 2</b> Consentimiento informado.....	120
<b>Anexo 3</b> Compromiso de confidencialidad.....	122
<b>Anexo 4</b> Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes.....	123

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:**

La diversidad geográfica de nuestro país ha sido escenario propicio para el desarrollo de diferentes culturas, dando origen a una diversidad de grupos humanos con sus propias características culturales y sociales, existiendo una pluriculturalidad de sistemas médicos (doctrinas que rigen problemas de salud y enfermedad en culturas determinadas)<sup>2</sup>, y de medicinas tradicionales (sistemas de conocimientos adquiridos a través de la experiencia y transmitidos de generación en generación) en el Perú.

Según datos oficiales, el Perú es un país heterogéneo, pluricultural, multiétnico y plurilingüe con 72 grupos etnolingüísticos, 65 en la zona amazónica y 7 en el área región andina, agrupados en 16 familias lingüísticas diferentes, incluidas los Quechuas y los Aymara; en su mayoría, esos grupos están organizados como comunidades campesinas (5 069 en el área andina) y comunidades nativas (961 en la Amazonía)<sup>3,4</sup>. La amazonía peruana constituye el 62,0% del territorio peruano, abarca 11 departamentos (Loreto, Ucayali, Amazonas, San Martín, Cusco, Ayacucho, Junín, Pasco, Huánuco, Madre de Dios,

Cajamarca). En toda esta región habitan 53 grupos étnicos que constituyen 239 674 indígenas amazónicos, el 1,3% del total de la población del Perú según el Censo de 1993. De estos 53 grupos en 1993 los más numerosos eran el Campa Ashaninka, con 51 052 miembros, y el grupo Aguaruna con 45 137 miembros. La población total de los demás grupos estaba por debajo de los 22 000 individuos<sup>5</sup>. Según el Censo 2007, en el departamento de Huánuco se registró una población total de 762 mil 233 habitantes, de los cuales 384 mil 424 fueron hombres y 377 mil 799 mujeres. Dentro de esta población se ubica una población nativa amazónica de 2 mil 594 habitantes, es decir, 0,34% de la población total del departamento de Huánuco<sup>6</sup>.

Nuestro país, permite que su riqueza y diversidad cultural origine todo un sistema de concepciones en torno al proceso de salud-enfermedad, incluido embarazo, parto y puerperio<sup>7</sup>; en las zonas rurales del Perú muchas mujeres optan por el parto atendido por parteras, en su propia casa, buscando respeto por sus costumbres y su forma de concebir y actuar en ese momento. De esta manera, cada grupo humano crea y recrea todo un sistema de conocimientos y prácticas que le da significado a su propia existencia, y al mundo que le rodea. Esta realidad plantea la necesidad de entender y comprender el rol tradicional de la mujer en la salud y conocer los sistemas médicos con raíces autóctonas<sup>8</sup>.

Hoy en día se sabe que casi todos los pueblos originarios, según representaciones en estatuillas y cerámicas, y hasta la edad media, utilizaron para el parto la posición vertical, sea en cuclillas o de pie,

considerando que es la posición normal<sup>9</sup>. Los Moche nos dejaron una clara evidencia de esta posición y cuán importante fue la participación familiar en el parto, en sus cerámicos se deja notar que en todo el proceso la madre es el personaje más importante. En las comunidades awajun y wampis, las personas mayores o algún familiar quien ha tenido varios hijos, son convocados para atender el parto, e incluso dar los cuidados previos a la gestante y además se convoca a la especialista de la comunidad que se le conoce como “partera”, quien ha logrado habilidades y se ha perfeccionado a través de la experiencia. La posición que la mujer adopta durante el proceso del parto es vertical, afianzándose en una madera transversal, en posición de cuclillas, y siempre cuenta con el apoyo familiar; mientras que el esposo estará a su lado dándole la seguridad emocional<sup>10</sup>.

Las barreras culturales plantean un reto mucho más complejo, pues persiste una escasa comprensión de los conocimientos y las prácticas de salud tradicionales, si bien se han logrado algunos avances esporádicos. El sesgo a favor de las intervenciones de salud occidentales suele resultar ofensivo o impropio para quienes recurren habitualmente a la medicina tradicional. Las dificultades del sistema de salud para encontrar profesionales que hablen lenguas indígenas complican aún más la situación.

Las barreras comunicacionales entre los prestadores de asistencia sanitaria y la población indígena limitan el acceso a una atención de calidad. Por otro lado, el temor y la desconfianza hacia los trabajadores de salud, causados muchas veces por prejuicios,

discriminación o desencuentros culturales, impiden a menudo que los indígenas busquen en el sistema de salud la atención que necesitan. Por ejemplo, un informe reciente<sup>11</sup> sobre la salud de los pueblos indígenas en el Perú revela un escenario de carencias crónicas en el financiamiento de los programas y servicios de salud, a lo que se suma la poca o nula capacitación del personal en aspectos relacionados con las culturas locales, y el hecho de que los médicos destacados en zonas rurales, sin incentivos y frente a duras condiciones de trabajo, desean abandonarlas lo antes posible.

Las estadísticas de la OMS reportan que en el mundo cada año ocurren más de 500 mil muertes maternas por año (1 por minuto). La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El 1% de las muertes maternas ocurren en los países desarrollados. Esto significa que la mortalidad materna es casi exclusiva de los países no desarrollados, donde la real magnitud de la mortalidad materna sigue siendo aún desconocida<sup>12</sup>. Por cada mujer que muere, otras 30 padecen de enfermedades o discapacidad crónica; en ambos casos, con serias implicancias familiares y sociales<sup>13</sup>. La muerte materna, se concentra fuertemente en grupos de mujeres más pobres, de zonas rurales poco accesibles, no instruidas, con escasa autonomía, sin acceso a servicios de salud y con insuficiente personal médico calificado<sup>14,15</sup>.

Huánuco es una región con alto número de muertes maternas, principalmente en zonas rurales de comunidades de sierra y selva, en donde el Ministerio de Salud (MINSA) ha mejorado y dirigido sus

actividades con el afán de disminuir dicha tasa, por ello la DIRESA Huánuco está identificada con el modelo causal de vigilancia y control de la mortalidad materna. Huánuco, al tener un territorio con ambas características (sierra y selva) cuenta también con dos sectores, donde es necesario conocer las diversas percepciones originadas en torno a la adecuación cultural de los servicios de salud, lo que permitirá mejorar la organización de los servicios de salud para responder a las costumbres relacionadas con los procesos de embarazo, parto y puerperio<sup>16</sup>.

Una muerte materna es el resultado final de la correlación de una serie de factores que influyen en una mujer durante su etapa reproductiva. Dichos factores determinantes de la muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, y entre ellos se destacan el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar, y los relativos a su estado de salud como son su conducta reproductiva, así como el acceso y calidad de los servicios de salud para la atención materna y la planificación familiar, derechos éstos consignados en la declaración internacional de derechos humanos. En la conferencia de El Cairo, la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la convención internacional sobre los derechos del niño y la Constitución Política de Perú.

La mortalidad materna representa un problema prioritario en el panorama sanitario internacional, pues refleja las condiciones de vida de una comunidad e indirectamente el grado de avance en un país, y de la calidad de los servicios de salud de una región<sup>17</sup>. Asimismo tienen impacto sobre la mortalidad infantil, dado que un alto porcentaje de las



muertes en menores de un año se debe a deficiencias en los servicios de salud que muchas mujeres reciben durante el embarazo y el parto<sup>18</sup>. Sin embargo, estas muertes no sólo implican la pérdida de una vida en edad productiva sino también, afectan la dinámica familiar e impactan negativamente en el desarrollo del país. A pesar de la magnitud y trascendencia social que conlleva una muerte materna, constituye un tema difícil de abordar ya que se está convencido de que sus resultados representan un indicador muy fidedigno del estado de salud de la población femenina en edad fértil<sup>19</sup>; así como del grado y la calidad de atención médica que se le brinda en su período prenatal<sup>20</sup>.

Se estima que por cada 100 000 nacidos vivos, 185 mujeres peruanas pierden la vida por una causa relacionada con el embarazo, parto o puerperio<sup>21</sup>. Los promedios nacionales muestran que en el 2000, aproximadamente 4.900 de los partos registrados (40%) no ocurrieron en establecimientos de salud; de la misma manera, cerca del 40% de las gestantes no fueron asistidas por personal profesional de la salud en el parto. A pesar de evidenciar un avance significativo con respecto a inicios de la década de 1990, los indicadores desagregados de partos institucionales (ocurridos en establecimientos de salud y atendidos por personal profesional de la salud) reflejan la persistencia de las enormes inequidades que permanecen en el país. Visto lo anterior, resulta importante resaltar que en nuestro país, cientos de mujeres pierden la vida anualmente por causas maternas (mortalidad materna) siendo estas inaceptables<sup>22</sup>, es por ello que se espera para el 2015 que el país reduzca la razón de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil

nacidos vivos. Ello revela la necesidad y la importancia de una atención médica adecuada y oportuna durante el embarazo y en el momento del parto.

Existen factores interculturales asociados a la atención de gestantes, que a su vez, son barreras para la atención del parto institucional, asimismo existen factores personales como la corta edad, el bajo nivel educativo, la condición de «no unida», el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, donde el parto domiciliario sigue siendo la práctica más frecuente<sup>23</sup>; y, factores institucionales más importantes tenemos: la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del personal de salud que tiene a su cargo la atención del parto, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto; el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención del parto, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante el parto<sup>24</sup>.

Por la situación planteada y las disyuntivas observadas que se da con la población gestante del Distrito de Churubamba en referencia a la ausencia de estas a su atención integral, basados en un modo que ambos visiones tanto la occidental como la andina si encuentren concatenados para una mejor atención y enriquecimiento mutuo.

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### PROBLEMA GENERAL:

¿Cuáles son los factores interculturales que impiden la atención asistencial de gestantes en el Distrito de Churubamba – Huánuco, 2015?

### PROBLEMAS ESPECÍFICOS.

- ¿Cuáles son las actitudes y percepciones de carácter cultural en el sistema de la cosmovisión andina de mujeres en estado de gestación respecto a la atención asistencial?
- ¿Cuáles son las actitudes y percepciones culturales que indican en los servicios de salud respecto al embarazo, en el sistema biomédico de asistencia a la atención asistencial?
- ¿Qué áreas de conflicto natural provocan temores, barreras comunicacionales produciendo actitudes reticentes durante la consulta interna y externa en los servicios médicos, puntualizando, el grupo étnico y procedencia?

## 1.3. OBJETIVOS

### OBJETIVOS GENERAL.

- Determinar cuáles son los factores interculturales que impiden la atención asistencial de gestantes en el Distrito de Churubamba – Huánuco en el 2015.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Determinar actitudes y percepciones de carácter cultural en el sistema de la cosmovisión andina de mujeres en estado de gestación respecto a la atención asistencial.
- Identificar si estas actitudes y percepciones culturales indican en los servicios de salud respecto al embarazo, en el sistema biomédico de asistencia a la atención asistencial.
- Identificar áreas de conflicto natural que provocan temores, barreras comunicacionales produciendo actitudes reticentes durante la consulta interna y externa en los servicios médicos, puntualizando, el grupo étnico y procedencia.

### **1.4. HIPÓTESIS**

La investigación cualitativa, está orientada al estudio en profundidad de la compleja realidad social, por lo tanto no lleva hipótesis.

### **1.5. VARIABLES.**

#### **Variable dependiente**

Inasistencia de las Gestantes a los servicios de salud.

#### **Indicadores de la variable Dependiente:**

- ✓ Pobreza.
- ✓ Machismo.

#### **Variable independiente**

Factores Interculturales.

**Indicadores de la Variable Independiente:**

- Creencia.
- Idioma.
- Costumbre.
- Exclusión social.
- Equidad de Género.

**Variable Interviniente:**

- Aspectos Generales de las usuarias y/o gestantes.

**Indicadores de la Variable Interviniente:**

- Edad.
- Grado de instrucción.
- Estado civil.
- Ocupación.

**1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA**

El presente estudio procuró determinar los principales factores culturales que impiden a las mujeres en estado de gestación asistir a la atención asistencial en el Centro de Salud de Churubamba, las cuales estas expresan de alguna forma, la preferencia de ciertas prácticas, costumbres, actitudes, creencias dentro la comunidad respecto a la atención asistencial o en circunstancias que no explican las usuarias solicitan los primeros controles prenatales para luego abandonarlos, presentándose solo al registro y a recabar el certificado de vacunas.

Pero por otra parte, hay un importante número de mujeres que consulta con los servicios de salud sólo una vez antes del parto y que no demandan atención posterior ni en el parto, debido a que sólo buscan verificar si el niño se encuentra en buenas condiciones. El control prenatal con frecuencia se utiliza para determinar si el bebé está en buena posición, para tener la seguridad suficiente para el parto en domicilio, debido a que tienen mayor confianza y tranquilidad cuando son atendidas por familiares o parteras dentro de su contexto cultural. Las prácticas en la atención asistencial están relacionadas con sus creencias. Otros factores señalados, que inciden en la no asistencia a los centros médicos, fueron la falta de confianza y vergüenza hacia los médicos, algunos maridos se oponen a que sus mujeres vayan a los centros médicos porque "no quieren que las vean, ni que las hurguen allí. Algunas mujeres piensan "que cuando la wawa nace, se abre la matriz y entra el frío o la sangre se enfría", por ello hay que abrigarse muy bien y tomar bebidas que calienten la sangre. Esto contrasta con la práctica médica donde usualmente no existe ambientación de las salas de parto. Con la partera, la mujer puede garantizar una privacidad del parto que no es frecuente en los servicios de salud. Además escoge la posición preferida para tener su hijo, la que suele ser de cuclillas, por considerarla más cómoda, más familiar y menos expuesta al ambiente que en la clásica posición ginecológica.

Con el objetivo de generar mayores coberturas a la atención asistencial de las gestantes, como planteamos en la investigación a emprender, es preciso entender y atender el comportamiento y

concepción cultural de las usuarias a través de la incorporación del lenguaje intercultural, respeto a su dignidad humana y que connote un mejor servicio en la calidad de atención en los servicios que presta el Centro de Salud de Churubamba, disminuyendo la brecha que existe entre el concepto teórico ideal de atención de la biomedicina y el que perciben las mujeres en estado de gestación respecto a la atención.

En consecuencia por lo expuesto y planteado es fundamental lograr niveles de confianza, comunicación, empatía y satisfacción dentro este grupo etéreo vulnerable, para que continúen recurriendo a este centro de salud y solucionar problemas de riesgo en el embarazo y así evitar la mortalidad materna infantil.

Un servicio que brinda calidad y calidez en la atención de este grupo vulnerable, es significativo cuando las necesidades son satisfechas en el marco de la equidad, trato humano, cuya eficiencia se logra medir por los resultados esto quiere decir, disponer todos los recursos humanos y materiales existentes, con compromiso social que orienten a las usuarias en estado de gestación generando, credibilidad y mucha confianza en los servicios de salud.

## **1.7. VIABILIDAD**

La realización del presente trabajo de investigación fue viable, con ella se realizó un análisis de los factores interculturales que tienen las mujeres gestantes ante la atención asistencial.

Este proyecto de investigación fue factible por que se tuvo la información requerida en el tema, si surgió limitaciones se superaron progresivamente en el trayecto de investigación.

Asimismo fue factible llevar a cabo la investigación en el tiempo previsto. Como también fue factible conseguir la participación de las gestantes necesarias para la investigación.

No hubo problemas éticos – morales en el transcurso de la investigación, porque no se puso en riesgo al grupo en investigación.

#### **1.8. LIMITACIONES.**

En el camino de este propósito de la investigación científica, nos encontramos con algunas limitaciones, las mismas se traslucen en lo siguiente:

**Limitaciones económicas.** Si bien consideramos de vital importancia este aspecto, pero estoy procurando agenciarlo con recursos propios.

**Limitaciones de fuentes de información física.** En relación a la materia de la presente investigación, no se ha encontrado muchas fuentes de información física, existen pocos pero, carecen de una actualidad en su contexto, así como la biblioteca universitaria por encontrarse en remodelación se mantiene sin servicio.

#### **1.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

**Beneficencia.** Con este principio se dio muestras de una garantía invariable, durante el proceso de la investigación, no dando lugar a riesgo en sus resultados, ni sufrir variación alguna.



**Maleficencia.** No se debió propender por agravar ni dañar la imagen de una gestión institucional.

**Respeto a la dignidad humana:** La Constitución Política estableció como principio el respeto a la dignidad de las personas humanas, bajo este principio no se está condicionando a las personas, a la adopción de una determinada conducta, a favor o en contra de las propuestas, se busca el establecimiento de la libertad de posiciones.

**Justicia.** La justicia es uno de los valores que se está tomando, como base para el desarrollo del presente trabajo. Acudiendo en todo momento por el respeto a todo cuanto concierna a su privacidad y facultades de decidir en función.

**Autonomía.** Se tuvo especial cuidado, en respetar la función asistencial del personal de salud, se procedió cuidando de no inmiscuirse en asuntos de competencia del ámbito de estudio, ni se dejó que intervengan en las decisiones antes, durante ni después en el proceso del estudio.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.**

Existen numerosos antecedentes históricos, internacionales y nacionales respecto al tema que abordamos, los cuales aludiremos siguiendo un orden cronológico, destacándose los trabajos que han tenido gran repercusión:

##### **Antecedentes internacionales.**

En Ecuador (2010) Estrada<sup>25</sup> realizó un estudio titulado “Hábitos alimentarios y factores culturales en mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro del Cantón Chillanes, Provincia de Bolívar, 2010”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre los factores culturales y los hábitos alimenticios que tienen las mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del Hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro del Cantón Chillanes, Provincia Bolívar, 2010. La muestra de estudio fueron 50 mujeres embarazadas de 17 a 37 años, a quienes se les aplicó una entrevista, obteniéndose los siguientes resultados: Que los factores

culturales no inciden en los hábitos alimenticios, ya que andes de este existe muchos factores correlacionales para determinar el consumo.

Este antecedente de investigación apoyó al estudio, por brindarnos un amplio panorama de los factores que inciden en el embarazo, razón por la cual sirvió de guía en la construcción del marco teórico.

En Colombia (2009), Muñoz, Castro, Chávez, Ortega<sup>26</sup> realizaron un estudio cualitativo etnográfico titulado “Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009” Con el objetivo de analizar los factores relacionados con la atención intercultural en salud de las gestantes del municipio de Toribio 2008-2009. Participaron 19 agentes de salud de la Empresa Social del Estado (E.S.E) Cxayut'e Jxut\*, 24 promotores de salud, 10 gestantes Nasa y 6 Parteras y Thewala de la asociación de cabildos indígenas del norte del Cauca. Para la recolección de datos se utilizó una entrevista semiestructurada, encuesta etnográfica y grupo focal. Resultados: las diferencias culturales entre los sistemas médicos tradicionales y facultativos crean barreras alrededor del cuidado de la gestante, determinan la búsqueda de servicios de salud facultativos. Destaca la preservación de los cuidados culturales de la familia Nasa y el reconocimiento de la medicina facultativa. El estudio permitió dilucidar al personal de salud como actor pasivo y poco comprometido. Los agentes aspiran al reconocimiento de las prácticas de salud locales y su incorporación a los sistemas de salud, para fortalecer la atención

intercultural e institucional como complemento. Las conclusiones obtenidas fueron: Las barreras para la atención intercultural fluctúan entre la divergencia de conceptos, la poca credibilidad, el desconocimiento de las capacidades y limitaciones, experiencias negativas al intentar integrar los dos sistemas de salud. La búsqueda del equilibrio y armonización del cuerpo acompañado del control prenatal, son actividades de salud de la nativa que gesta y sus prácticas de cuidado, se rigen por los arraigos culturales y la hegemonía familiar como un derecho.

Este antecedente de investigación fue el más específico relacionado a nuestro estudio, porque proporcionó un amplio marco respecto a las bases teóricas.

### **Antecedentes nacionales.**

En Lima (2011), Callata y Zegarra<sup>27</sup> realizaron un estudio descriptivo transversal titulado “Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011”, cuyo objetivo fue determinar los factores limitantes en la atención del parto con acompañante desde la percepción de puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. A una muestra de 322 puérperas mayores de 20 años de parto vaginal que no tuvieron parto con acompañante en el Instituto Nacional Materno Perinatal. A quienes se les aplicó una entrevista estructurada, obteniéndose los siguientes resultados: Con respecto a los factores que limitan a la usuaria para la atención de un parto con acompañante

encontramos que no tuvieron información el 38.5% acerca del tema ( $p<0.01$ ). El 70.5% de la población estudiada no asistió al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica, de estas un 51.6% está en la categoría de informada. El 14.6% no hubieran deseado estar acompañadas en su parto. El 75.4% desconoce los beneficios del parto con acompañante ( $p<0.01$ ), a pesar de que la puérpera manifiesta haber tenido información del tema. Los factores que limitan la participación del acompañante según la percepción de la puérpera es la falta de información de su acompañante elegido (58.7%) ( $p<0.01$ ) y que no se encuentran preparados (53.4%), no tienen disponibilidad de tiempo para acompañar en el parto (18.3%) ya que tienen una ocupación dependiente en un 14.3% ( $p<0.02$ ). De acuerdo a la percepción de la usuaria respecto a las limitaciones de la atención de parto con acompañante por la institución, el 67% no tuvo control prenatal en la INMP y los que realizaron su control prenatal lo iniciaron tardíamente en el INMP (III trimestre) con un 14.6% ( $p<0.01$ ); el 68.3% no obtuvo información sobre el parto con acompañante en el INMP ( $p<0.01$ ), en cuanto a la calidad de información en el INMP ( $p<0.01$ ) la calificaron como regular en un 56.8%; el interés de promover la atención de parto con acompañante por el personal de salud ( $p<0.03$ ) fue calificado por las puérperas entrevistadas: Médico (36%) regular, Obstetra (42%) bueno, enfermería (67%) malo y personal técnico (48%) malo. Finalmente el 82.6% desconoce la Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia ( $p<0.01$ ), mientras de las que tuvieron información del parto con acompañante en el INMP (31.7%), el 18.9 la desconoce.

Este antecedente de investigación proporcionó un amplio marco para la elaboración de los instrumentos de recolección de los datos.

En Lima (2009) Medina y Mayca<sup>28</sup> realizaron un estudio titulado “Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis”. Nuestro país, por su riqueza cultural, presenta diversas concepciones en torno al embarazo, parto y puerperio. Las costumbres y los procesos de embarazo, parto y puerperio, de la mujer awajun o wampis, en el contexto cultural de las comunidades indígenas, son revisadas en el presente estudio. Estudio etnográfico descriptivo, cualitativo, realizado durante octubre 2002 a abril 2003, aplicándose 24 entrevistas a profundidad (a parteras, promotores de salud y usuarias), en las comunidades de Puerto Galilea y Chapiza, además de 03 grupos focales. Se analizaron las mismas en función de cinco aspectos, relacionados a señales, peligros, dietas y cuidados durante el embarazo, parto y puerperio. Resultados: Los pobladores reconocen algunas señales de peligro en el embarazo, como el sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico. Los cuidados durante el embarazo se relacionan con las actividades diarias y la ingesta de alimentos (dietas). Existen algunos elementos que dificultan el parto y nacimiento, como el sentimiento de vergüenza para llamar al promotor. Logrado el parto, debe mantenerse los cuidados para la recuperación de la madre, y un adecuado desarrollo del recién nacido.

Este antecedente de investigación es a fin con el estudio desarrollado, puesto que orientó en el diseño metodológico a seguir, así como para la fundamentación del problema en estudio.

### **Antecedentes locales.**

En Huánuco (2009) Mayca, Palacios, Medina, Velásquez y Castañeda<sup>29</sup> realizaron un estudio cualitativo exploratorio, transversal titulado “Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la Región Huánuco”, cuyo objetivo fue explorar las percepciones del personal de salud y la comunidad en relación con la adecuación cultural de servicios maternos perinatales en la región Huánuco, observando aspectos críticos de la oferta propuesta y las necesidades de la población. Al personal de salud se les realizó entrevistas a profundidad (EP), y población en general para grupos focales (GF). Los instrumentos incluyeron aspectos como: adecuación y aceptación del servicio ofrecido, entendimiento y capacitación del personal en estos temas, y entendimiento de la población de las acciones y oferta en salud. Los resultados alcanzados fueron en el primer caso el personal de salud refirió la poca adecuación de la infraestructura actual, mejora en la aceptación del servicio por la comunidad y la necesidad de tener ellos un mayor entendimiento del tema. La población manifestó su opinión acerca de lo poco adecuado del servicio ofertado a su cultura, poco entendimiento a las indicaciones médicas y deseos que se incorpore más a su cultura en dichos

procesos. Llegando a la conclusión que nuestros servicios maternos no tienen acondicionamiento adecuado con relación a la cultura de la comunidad, pues es insuficiente lo que una gestante podría encontrar en un consultorio relacionado con sus costumbres. Necesitamos considerar propuestas elaboradas desde la comunidad, para disponer de una oferta identificada con aspectos sociales, culturales, y étnicos, que sea identificada por la población como suya.

Este antecedente de investigación presenta proximidad, con el estudio desarrollado, puesto que aborda aspectos del conocimiento y factores, razón por la cual sirvió para la descripción del problema.

## **2.2. BASES TEÓRICAS.**

### **2.2.1. Enfoque de interculturalidad.**

Una política o enfoque intercultural en salud es un proceso de respeto a las culturas y de acercamiento a los servicios de salud; es la comunicación intercultural que derriba las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios y aporta a los procesos de inclusión social.

La existencia de una pluralidad de grupos étnico-culturales con conocimientos, prácticas, recursos terapéuticos propios y distintos del sistema de salud oficial ha generado en los agentes de este último, conductas discriminativas y relaciones autoritarias en perjuicio de los sistemas de salud tradicionales y de los miembros de estos sectores de la población que son rechazados, menos valorados y excluidos de las ventajas de los avances científicos de la medicina occidental.



Para erradicar esta discriminación y exclusión es necesaria la aplicación del principio de relevancia a través de la adopción de medidas de discriminación positiva, tales como: Promover en los agentes del sistema de salud occidental actitudes de respeto a la diferencia y la diversidad, así como de reconocimiento y valoración de la contribución de las medicinas tradicionales. Asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas de salud para promover la complementariedad y el enriquecimiento mutuo. Incorporar estrategias para la identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a incrementar las condiciones que sean favorables a los estados de salud de los miembros de las comunidades étnico-culturales.

El principio según el cual no es justo tratar por igual a los que son desiguales, así como el reconocimiento del derecho a la diferencia y de los derechos específicos de los grupos en situación de vulnerabilidad, marginación y discriminación, no lleva de ninguna manera a soslayar un contenido básico e irrenunciable de los derechos humanos: la idea igualitaria y su horizonte universalista.

Por tanto, el reconocimiento de las diferencias y de los requerimientos específicos de las mujeres y los grupos étnico-culturales no debe implicar la creación de nuevas desigualdades a través de políticas parciales y estigmatizantes, sino que debe conducir a la reducción de las desigualdades existentes, sin eliminar ni olvidar las diferencias.

### **2.2.2. Enfoque de derechos humanos.**

El enfoque de derechos humanos se fundamenta en el respeto a la dignidad de toda persona, la que nace con derechos por su sola condición de ser humano. Según este enfoque, el ser humano es el centro de las diversas esferas de acción del Estado. Este enfoque implica la obligación estatal inmediata de brindar las garantías para la igualdad de trato y la no discriminación, e impedir así toda discriminación en la atención de salud y en lo referente a los factores determinantes básicos de la salud, por los motivos prohibidos internacionalmente que tengan por objetivo -o por resultado- el menoscabo del disfrute en condiciones de igualdad de derecho a la salud<sup>30</sup>.

Las normas de atención de salud vigentes reconocen que la discriminación por motivos de género, raza, etnia u otros factores es un determinante social de la salud, lo que lleva a que sean los grupos en situación de vulnerabilidad y marginación, los que lleven el peso de mala salud. De allí surge la obligación de velar por que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles -en particular- a estos grupos en estado de vulnerabilidad, sin que esto reemplace el principio de universalidad por el de focalización. Según esta lógica, se han identificado como grupos prioritarios para la protección y garantía de sus derechos, las mujeres, las niñas y niños pobres de los grupos andinos y amazónicos que viven en zonas rurales, así como los grupos étnico-culturales.

El enfoque de "derecho" implica que el Estado garantice a la población los recursos para la atención en salud, la no discriminación y

la no regresividad de los avances en materia de logro de los derechos en las poblaciones más vulnerables.

En el contexto actual de la implementación de formas de ciudadanía trasnacional (por ejemplo la ciudadanía andina progresivamente establecida por la Comunidad Andina de Naciones), el derecho a la atención de la salud no se limita solamente a los ciudadanos peruanos, sino que también debe proyectarse a los ciudadanos de los países con los que el Perú se va integrando progresivamente. La aceptación del derecho a la atención de extranjeros de las comunidades trasnacionales tendrá mayor importancia en las zonas fronterizas donde se implementen progresivamente regímenes de atención especiales.

## **2.3. BASES CONCEPTUALES.**

### **2.3.1. Cultura.**

Una cultura es un conjunto de formas y modos adquiridos de concebir en mundo, de pensar, de hablar, de expresarse, percibir, comportarse, organizarse socialmente, comunicarse, sentir y valorarse a uno mismo en cuanto individuo y en cuanto grupo. Es intrínseco a las culturas el encontrarse en un constante proceso de cambio<sup>31</sup>.

Las culturas no son estáticas, también están en movimiento, en constante cambio; sin embargo, lo más importante es que ellas no se encuentran aisladas unas de otras, las más de las veces se relacionan, intercambian objetos, artefactos, necesidades, por ende, se influyen ambas. Este tipo de influencias no son homogéneas; es decir, del todo

equilibradas, pues también en la historia de la humanidad se presenta, que unas dominan a las otras por distintos medios, como cuando se presenta una guerra o conquista; a este tipo de fenómenos se les llama choque cultural.

### **2.3.2. Interculturalidad.**

La Organización Panamericana de la Salud señala que la interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar<sup>32</sup>.

La interculturalidad es el proceso por el cual se establece relaciones entre varias culturas, o grupos sociales o etnias, a través de un conjunto de estímulos ambientales que generan la locación reformada del individuo a través de un conjunto de producciones creativas del hombre que transforma el entorno y ésta se vuelve modificada a la interrelación con otra sociedad, y a través de un conjunto de elementos de índole material o espiritual y todos los hábitos y aptitudes que generan socialización pero que a la vez tiene la posibilidad de modificarse ante la relación con otros grupos humanos<sup>33</sup>. Asimismo, constituye un componente central, que se encuentra dentro de nuestra estructura social, y su práctica sin duda, contribuirá a potenciar el valor social de los pueblos indígenas. Asimismo permitirá encausar a nuestros pueblos hacia una coexistencia de respeto mutuo, de reconocimiento y a la comunicación de doble vía: eliminando conflictos, creando nuevos

espacios en los quehaceres político, económicos y sociales que faciliten el desarrollo sostenido en el mundo, globalizante, de constantes cambios.

La Interculturalidad pretende que: (1) Exista un espacio y tiempo común para todas las culturas, favoreciendo no sólo el contacto, sino también el encuentro. (2) Abarca a las minorías, pero junto a la gran mayoría, y por tanto incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social. (3) Promueve el conocimiento y el reconocimiento de las distintas culturas que conviven, aceptando las diferencias culturales como algo positivo y enriquecedor del entorno social y ambiental. (4) Favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente, accediendo a claves de desigualdad económica y a la necesidad de paliar las desventajas. (5) Enseña a afrontar los conflictos de forma positiva, no negando que existen y son reales, asumiendo que pueden ser motor del cambio para mejorar. (6) Desarrolla relaciones horizontales y promueve la sintonía y empatía. (7) Reconoce el valor de la diversidad y la oportunidad de realizar sinergias a partir de percepciones y experiencias diferentes<sup>34</sup>.

La interculturalidad reconoce el derecho a las diferentes culturas de los pueblos expresadas en diversas formas de organización, sistemas de relación y visiones del mundo<sup>35</sup>. La interculturalidad es aplicable en todos los procesos sanitarios y en todas las regiones del país, tanto urbanas como rurales, siendo la aplicación de este enfoque un derecho de las personas.

### **2.3.3. Adecuación cultural en los servicios de salud.**

La adecuación cultural en los servicios de salud, es el proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención de la salud, se estructuran sobre la base de la cultura comunal, respetando sus valores y concepciones relacionados a la salud y enfermedad. Por lo que, la adecuación de los servicios de salud es de manera unidireccional, es decir, desde la visión del personal de salud con la única intención de atraer, imponer o conseguir algo para el servicio de salud.

La pertinencia Intercultural en los servicios de salud, es la construcción dialogada, consensuada de manera bidireccional, es decir, entre el personal de salud con las y los usuarios indígenas. Quienes plantean como quieren recibir los servicios de salud basándose en sus creencias, entorno, necesidades y demandas<sup>36</sup>.

### **2.3.4. La salud.**

Entendida como estado completo de bienestar físico, mental, social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un fin, un objeto permanente de preocupación individual porque le permite a cada uno viabilizarse. La salud revela la capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona<sup>37</sup>.

Bajo este concepto a fines de los 70, la atención primaria en salud (APS) marcó un hito histórico, relativo al desarrollo de los servicios de salud y a la definición de prioridades en salud, en base a la incorporación de un paquete mínimo de intervenciones donde la salud

materno infantil jugo un rol importante en la propuesta de Alma Ata, de la Salud para todos el año 2000.

### **2.3.5. Atención prenatal y atención domiciliaria.**

**Atención prenatal.** Asistencia sanitaria prestada a la madre y al feto antes del parto<sup>38</sup>.

**Atención domiciliaria.** Servicio sanitario facilitado en el lugar de residencia del paciente para promover, mantener o restaurar la salud o reducir al mínimo los efectos de la enfermedad y de la incapacidad. Estos servicios pueden incluir atención médica, dental y de enfermería, tratamiento y fisioterápico, servicios de cuidados del hogar o de provisión de transporte.

### **2.3.6. El embarazo.**

Es un proceso natural dentro de la cultura, donde la mayor parte de las mujeres reconocen señales como la suspensión de la menstruación, náuseas, vómitos y el desgano. Habitualmente el segundo mes de gestación dan por confirmado su estado y no suelen acudir a los servicios de salud para confirmar su situación, considerando así el embarazo como un proceso normal; siendo la mujer quien debe velar por su bienestar.

*“Es la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la*

*duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario)<sup>39</sup>”.*

### **2.3.7. Cambios fisiológicos en el embarazo<sup>40</sup>.**

#### **Volumen sanguíneo y composición de la sangre.**

El volumen sanguíneo se expande en un 50%, y hay una disminución en la hemoglobina, en los valores de glucemia y en las concentraciones plasmáticas de albumina.

Aumenta las concentraciones de vitaminas liposolubles, triglicéridos, colesterol y ácidos grasos libre.

#### **Función cardiovascular y pulmonar.**

Disminución de la presión arterial en los primeros meses.

Aumentan os requerimientos de oxígeno y reduce el umbral de CO<sub>2</sub>.

Se dificultad la respiración

#### **Función gastrointestinal.**

Se presenta anorexia, nauseas, vómitos en los primeros meses.

Los avideces y las aversiones por los alimentos.

Aumento en la concentración de progesterona.

La baja motilidad intestinal.

#### **Función renal.**

Alta tasa de filtración glomerular.

Por la orina se excretan mayores cantidades de aminoácidos. Glucosa y vitaminas hidrosolubles.

Se reduce la capacidad de excretar agua.

Edema en los pies y tobillos



**Placenta.**

Conducto para el intercambio de nutrientes, oxígeno y productos de desecho.

Sitio principal de producción de varias hormonas que intervienen en el crecimiento fetal y en los tejidos de soporte de la madre.

**Energía.**

Es importante para apoyar las demandas metabólicas de la gestación y el crecimiento fetal

**Ejercicio.**

Después del a quinta semana de gestación, el ejercicio practicado con regularidad reduce el depósito de grasas y el aumento de peso.

La restricción energética es la mayor producción de ciertos cetonicos y su liberación final de la orina

**2.3.8. Principales causas de muerte materna.**

Desde hacía varias décadas, las causas biológicas son las mismas las hemorragias posparto, la eclampsia, las infecciones, el parto obstruido y los abortos inducidos realizadas en malas condiciones. En cuanto a otros factores que inciden directamente en la mortalidad materna son: el mal estado de salud t nutrición durante toda la vida de la mujer, la edad de gestación y paridad, así como el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Entre los estructurales están la pobreza y la discriminación cultural de género, frente a esta situación el 60 % de las muertes maternas ocurren durante el embarazo, el 23 % durante el parto y el 10 % después del parto<sup>41</sup>.

#### 2.4. Definición de términos operacionales.

**Factores interculturales.** Cualquier de los elementos que contribuyen al desarrollo intelectual o artístico, cada una de las cantidades que se multiplican para formar un producto.

**Control pre-natal.** Es la evaluación repetida con enfoque de riesgo que efectúa el profesional de la salud en una mujer gestante, vigilando el bienestar de la embarazada y el de su producto de concepción y obtener una adecuada preparación para el parto.

**Embarazo.** Gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionarios y fetal, dura unos 266 días (38 semanas) a partir de la fecundación, pero en clínica se tomó como hecho de partida el día de comienzo de la última menstruación y se considera que se prolongó durante 280 días (40 semanas, 10 meses lunares y nueve meses y un tercio del calendario).

**Gestación:** Duración del embarazo, periodo de tiempo comprendido desde la fertilización del óvulo hasta el parto varía en las distintas especies, por los que refiere el hombre; tiene una duración media de 266 días, aproximadamente, 280 días desde el comienzo de la última regla.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo de estudio.

El tipo de estudio fue **investigación – acción con enfoque cualitativo cuantitativo**, centrado su atención en la recolección de datos sin una medición numérica, como las descripciones u observaciones, “...por lo común se utiliza primero para descubrir y refinar preguntas de investigación. A veces, pero no necesariamente, se aprueban hipótesis. Con frecuencia se basa en métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y las observaciones... las preguntas e hipótesis surgen como parte del proceso de investigación y éste es flexible, y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido”<sup>42</sup>.

La participación del sujeto investigador e investigado fue fundamental en la elaboración del trabajo, cuya consecuencia deriva en una transformación del problema planteado en una propuesta como objetivo final. Por tanto, la recolección de información tuvo un carácter evolutivo y sobre todo

contextualizado; a medida que se realizaba la investigación también se estructuraba el marco teórico, agregándose las variables en la medida que se avanzaba la investigación, por la naturaleza de la investigación – acción, se trabajó con muestras pequeñas de la población de Churubamba, recolectando información sobre sus percepciones, costumbres, hábitos, entre otras manifestaciones culturales que impiden asistir a la atención asistencial a las gestantes al Centro de Salud de Churubamba, en consecuencia el cúmulo de estas opiniones serán sometidas a un análisis riguroso de carácter descriptivo e interpretativo.

El estudio fue **longitudinal** ya que se estudió las variables más relevantes ejes vertebrales que constituye nuestra investigación en el 2015, como parámetro de estudio de acuerdo al problema planteado donde el tiempo sí es importante, se midió nuestras variables, como los factores culturales (traducidos en creencias, costumbres, hábitos, idioma, religión, origen étnico, procedencia) y que influyen convirtiéndose de manera significativa en temores para las mujeres en estado de gestación, destacando de esta manera su asistencia a la atención asistencial que ofrece el Centro de Salud Churubamba.

### **3.2 Método de estudio**

Para el presente estudio fue el método empírico: La **observación directa** “...es el registro visual de lo que ocurre en una situación real sobre objetos y fenómenos de la realidad”<sup>43</sup>. Este método fue empleado para participar de manera directa con los sujetos de análisis, observando sus conductas, características personales, reacciones, factores medioambientales

(manifestaciones culturales) o sea compenetrándonos en la vida diaria de las familias de la comunidad y todo aquello que implica objeto de interés y de estudio (inasistencia a la atención asistencial de la gestante) y cómo ello puede mejorar a través de las implicancias de actitudes positivas por parte del personal del Centro de Salud de Churubamba.

### **3.3 Población en estudio.**

La población objeto de estudio se caracterizó por ser de sexo femenino, originaria del Distrito de Churubamba, cuya población general es de 6 553 habitantes entre varones y mujeres, de los cuales la población de embarazos esperados es de 149 para el año 2015 de la Jurisdicción del Centro de Salud de Churubamba.

#### **a. Características generales de la población.**

##### **Criterios de inclusión.**

Se incluyó en el presente estudio a todas las gestantes:

- Mayores de 18 años, que tengan DNI y que residen en el Distrito de Churubamba o en sus centros poblados.
- Que estén registradas en el padrón del Centro de Salud de Churubamba, que nunca asistieron a sus controles prenatales o hicieron por lo menos 2 controles prenatales durante el periodo de gestación.
- Que hayan firmado el consentimiento informado y hayan aceptado ser parte del estudio.

**Criterios de exclusión.**

Se excluyó en el presente estudio a todas las gestantes:

- Que se encuentren en las escalas de 200 a 265 días de gestación, ya que durante este periodo puede presentarse partos precoces, como también es un periodo donde la gestante se encuentra en un riesgo de salud.
- Menores de edad, y mayores de 18 de edad sin DNI.
- Que no están frecuentes en el distrito (por efecto de migración), y las gestantes que se encuentren en el último periodo de gestación.
- Que se atienden y cumplen con el ciclo de controles, y aquellas que se encuentren en riesgo ya sea por un embarazo con complicaciones o donde se encuentre en riesgo la vida de la madre como del niño.
- Que no desean ser partícipes del estudio, ya que esto dificultaría el proceso de investigación.

**Ubicación de la población en espacio y tiempo:**

- **Ubicación en el espacio.** El estudio se llevó a cabo en el Distrito de Churubamba, Provincia de Huánuco, dentro de la jurisdicción del Centro de Salud de Churubamba.
- **Ubicación en el tiempo.** La duración del estudio, fue comprendido en el periodo de abril a junio de 2015.

### 3.4 Muestra y muestreo.

#### **Cálculo del tamaño de la muestra.**

- **Unidad de análisis:** Cada gestante del Distrito de Churubamba.
- **Unidad de muestreo:** Unidad seleccionada fue igual que la unidad de análisis.
- **Marco muestral:** Las gestantes fueron seleccionadas del padrón del Centro de Salud de Churubamba.
- **Tamaño muestral:** Para detectar el tamaño adecuado de la muestra en este estudio, se tuvo en cuenta la saturación de los discursos o mejor dicho cuando los relatos expresados empezaron a repetirse; los mismos fueron transcritos todos los días al concluir las entrevistas a profundidad.
- **Tipo de muestreo:**  
Se seleccionó por muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

### 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se realizó una investigación cualitativa, porque este tipo de estudio ofrece técnicas especializadas para obtener una comprensión profunda acerca de las actitudes, pensamientos, comportamientos y sentimientos en relación a un determinado tema.

**Entrevistas.** Con las entrevistas individuales de profundidad se estableció un contacto directo con la población y compartir experiencias y evitar que los entrevistados estén influenciados por la dinámica de grupo. Esta

técnica nos permitió recoger información de primera mano por medio de opiniones, modos de sentir, pensar de las mujeres embarazadas y conocer las razones fundamentales que le impiden asistir a los servicios de parto que ofrece el Centro de salud como fuera de ella.

- **Entrevista estructurada.** Descansa sobre un cuestionario específicamente diseñado con preguntas abiertas, concretas que nos permitió obtener información, profundizando sus percepciones y opiniones que aplicaremos a mujeres gestantes.
- **Entrevista no estructurada.** Este tipo de entrevista no se rige a reglas estrictas de un cuestionario previamente preparado, fue flexible y abierto en el contenido así como el orden mismo pueden variar en su estructura lo que nos ayudará a recoger otros elementos y sistematizar de mejor manera nuestro trabajo.

### **3.6. Procedimiento de recolección de datos.**

Para obtener la información de la presente investigación se realizó las coordinaciones con la directora responsable del Centro de Salud de Churubamba, durante el periodo en estudio, del mismo modo, con la jefatura del servicio de obstetricia; a fin de que nos autoricen la recolección de datos, en tal efecto, se emitió la documentación respectiva. Y se dio a conocer el cronograma de actividades desde la recolección de datos hasta el procesamiento de la información.

Para la recolección de datos, se capacitó a un profesional de salud, para aplicar los instrumentos ya establecidos a la muestra en estudio, antes de ello, la muestra fueron previamente informados sobre el manejo de la



información. Se garantizó en todo momento a las personas que participaban del estudio, el sigilo de identidad.

En el primer contacto con la muestra en estudio, siguiendo las directrices nacionales e internacionales para la investigación que involucra seres humanos (Declaración de Helsinki), se aprovechó para explicar al personal administrativo, los riesgos y beneficios del estudio, para mayor evidencia de ello se les dio a conocer el consentimiento informado (Anexo 02), ambos fueron documentos respaldados por el Comité Institucional de Ética de la Universidad donde realice los estudios de maestría.

Una vez explicados los procedimientos y obtenido el consentimiento informado, se procedió a la toma de datos, ello también previa aprobación del proyecto de la universidad patrocinadora del presente estudio.

#### **Obtención de las descripciones.**

Las descripciones se consiguieron a partir de los datos de las unidades muestrales, obtenidas mediante una entrevista a profundidad.

En primer lugar, se elaboró un listado de mujeres que fueron atendidas en el Centro de Salud de Churubamba, las cuales habían dejado de asistir a los controles por diferentes razones, y tienen el perfil requerido en la investigación. Estos listados fueron elaborados por Comunidades.

Se visitó a las mujeres entrevistadas, de acuerdo al listado elaborado, fueron escogidas a simple azar, se estableció una relación de confianza y empatía, que facilite una interacción que permita obtener una información veraz por parte del entrevistado. Se procuró un ambiente adecuado, libre de distracciones e interferencias, que favorezca la privacidad y seguridad para los investigadores y las mujeres embarazadas colaboradoras.

Se hizo uso de una grabadora para la realización de la entrevista teniendo un diálogo horizontal y espontáneo, lo que permitió una apreciación global del discurso de los participantes, que posteriormente fue transcrito totalmente sin alterar su contenido, lo que nos aseguró la fidelidad de los discursos evitando las interpretaciones subjetivas de las investigadoras.

Se pidió a las gestantes su consentimiento para efectuar la grabación, y se le formuló la pregunta orientadora, dejando luego que se exprese libremente y sin interrupciones.

Cuando la gestante responde con frases únicas o cortas, se procedió a reiterar la pregunta presidida de la frase “que más”, propiciando que el discurso sea más extenso, permitiendo que su experiencia sea narrada en toda su magnitud. Asimismo, se tomaron fotografías y, en algún caso, se volvió 3 a 4 veces para realizar ampliación de algún tema que no esté muy claro o que no se la encontró a la señora luego de la revisión de la entrevista.

Finalmente, las entrevistas fueron procesadas una por una, en base a cuadros descriptivos, en medios magnéticos. Finalmente, se utilizó cuadro resúmenes para la descripción de resultados.

### **3.7. Análisis e interpretación de los datos.**

En esta sección se realizó una descripción y análisis de resultados de la información recogida en las entrevistas aplicadas a las señoras embarazadas del Distrito de Churubamba. La descripción de resultados se realizó de acuerdo a la operacionalización de variables definida en el perfil de la investigación.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

En esta sección se realizó una descripción y análisis de resultados de la información recogida en las entrevistas aplicadas a las señoras embarazadas del Distrito de Churubamba de las comunidades de Huairajirca, Huayacoto, Las Palmeras, Tambogan, Umpayog y Pagshag.

Las gestantes y las puérperas de estos lugares conservan las tradiciones propias de su cultura. El embarazo es considerado un periodo cálido y la mayoría de las mujeres acuden a los médicos tradicionales (parteros) para la confirmación del embarazo, quienes lo hacen a través de la fuma del tabaco y la mambiada de coca. Aunque muchos de los embarazos no son planeados, representan felicidad y unión familiar.

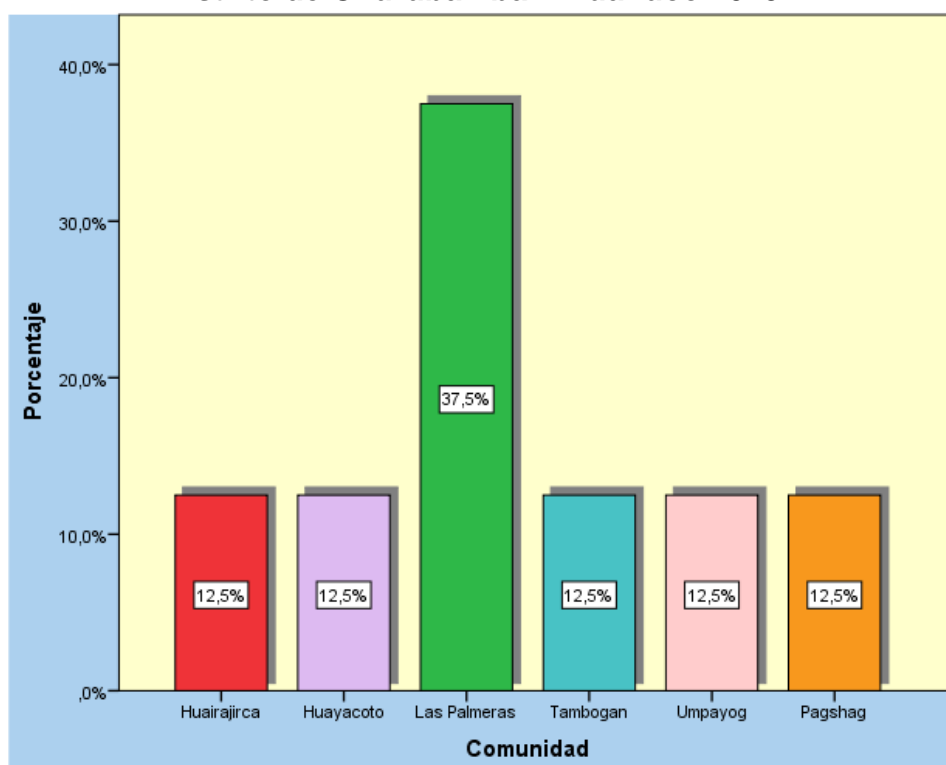
Las prácticas culturales le permiten restablecer el equilibrio corporal-psíquico-espiritual y su armonía con la naturaleza. Como rituales son comunes el uso de baños calientes con agua de brevo para facilitar el parto, en el posparto usan plantas medicinales consideradas calientes como altamisa, anamú, ruda, baños con marihuana, salvia y romero. Consumen alimentos calientes como el caldo de gallina, chocolate y la arracacha; para la cosmología Nasa, atravesarse un río, exponerse al arco y al duende favorecen la pérdida del niño.

#### 4.1. DATOS GENERALES.

##### 4.1.1. Ámbito y descripción etnográfica de la zona de estudio.

Churubamba es uno de los once Distritos de la Provincia de Huánuco, ubicado en el departamento de Huánuco, en el centro del Perú.

**Gráfico 01. Residencia de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**

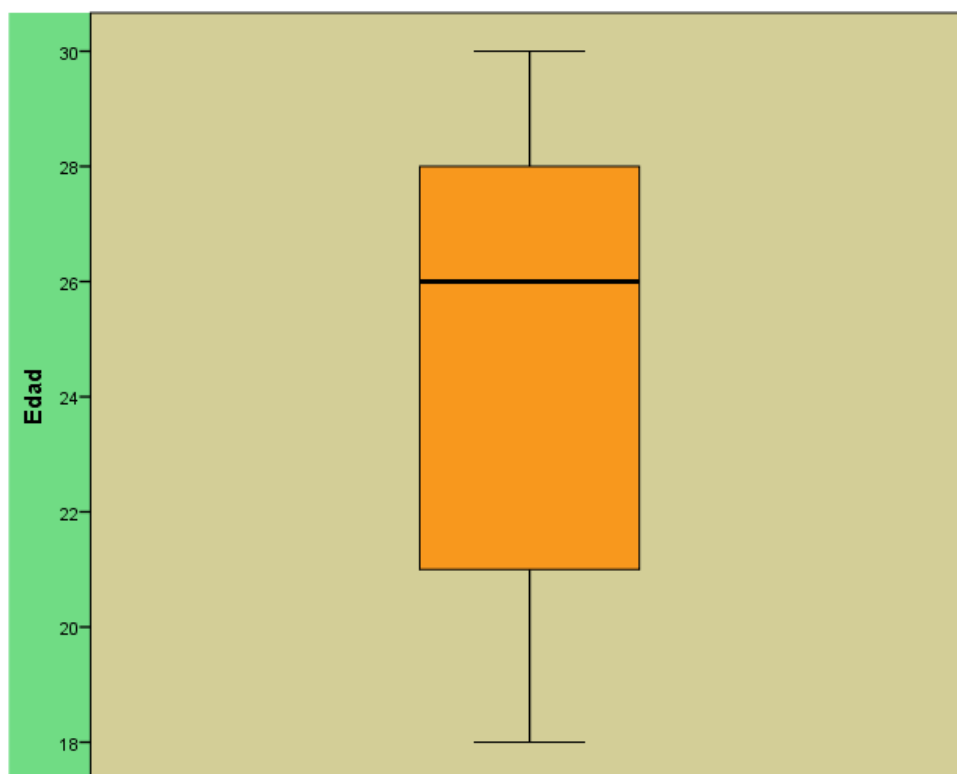


Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

La mayor proporción de mujeres entrevistadas corresponden a residentes de Las Palmeras 37,5% (3), y 12,5% (1) Huairajirca, Huayacoto, Tambogan, Umpayog y Pagshag cada uno.

#### 4.1.2. Edad.

**Gráfico 02. Edad de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



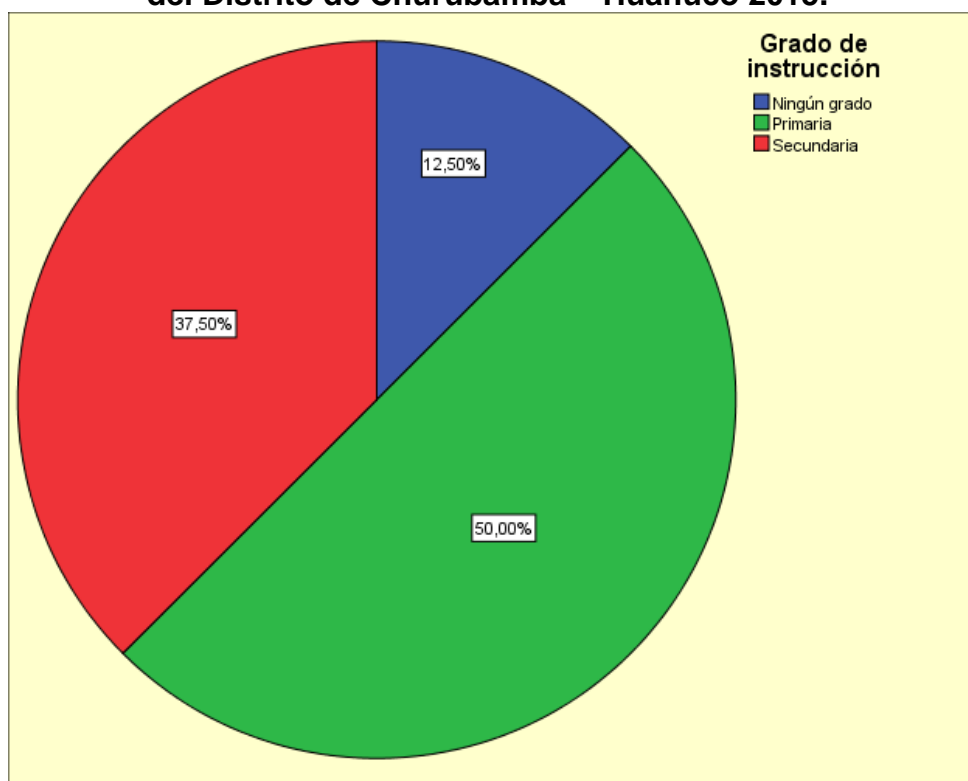
Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

En el diagrama de cajas, podemos apreciar que las edades mínimas y máximas se ubican entre los 18 hasta los 30 años; la mediana es 26 años que se observa en la línea negra al centro de la caja. También se encontró una media de 24,75 años de edad con una desviación estándar de +/- 4.4 años.

La mayoría de las señoras entrevistadas tienen “más de 25 años” [50% (4)], seguido de “18 a 20 años” [25% (2)] edad que corresponde a la adolescencia, de “21 a 25 años” [25% (2)]. Estos datos muestran que la mayoría de las mujeres que conformaron la muestra son relativamente jóvenes.

### 4.1.3. Grado de Instrucción

**Gráfico 03. Grado de instrucción de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

Las mujeres entrevistadas en las Comunidades de Huairajirca, Huayacoto, Las Palmeras, Tambogan, Umpayog y Pagshag tienen un nivel de instrucción primario [50,0% (4)]; es decir los estudios realizados se encuentran entre el primero y sexto de primaria. Seguido del 37,5% (3) de ellas tienen un nivel de instrucción secundario y solo el 12,5% (1) no tiene ningún grado.

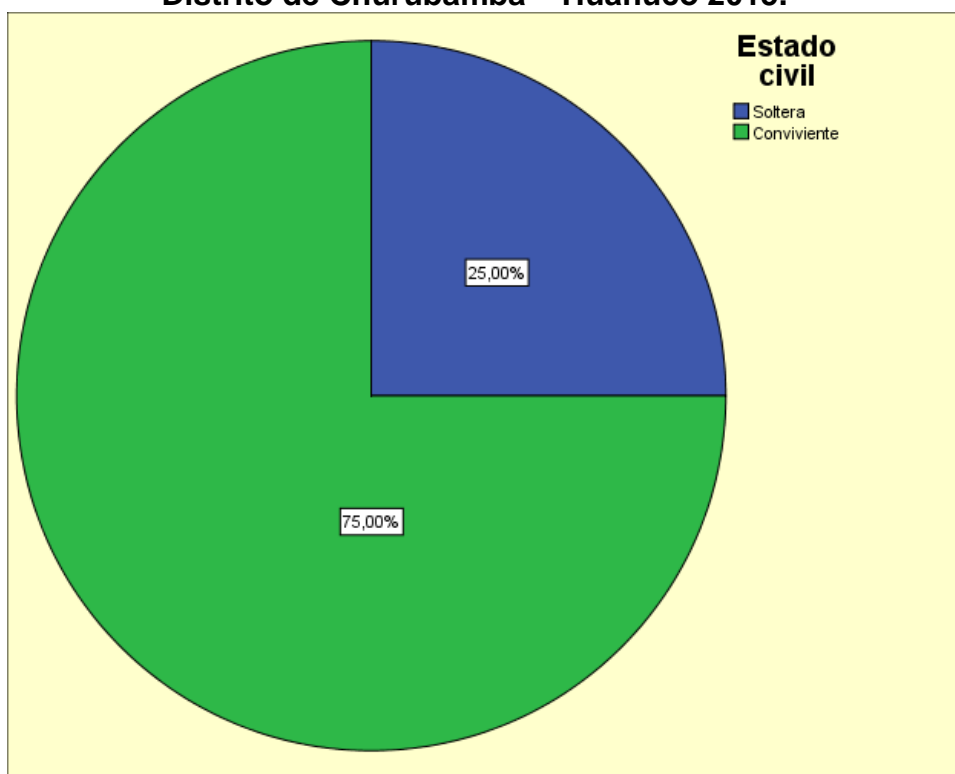
Si bien este grado de escolaridad ha crecido en los últimos años para las mujeres de este tipo de comunidades, todavía se puede considerar insuficiente, porque juegan un rol pasivo en aspectos concernientes a la salud, como es el caso del embarazo y del parto, y se encuentran sometidas a la voluntad de sus padres y/o cónyuge,

aspecto que se puede sentir más en las mujeres de la Comunidad de Umpayog, Tambogan y Pagshag.

En general, se advierte un menor grado de escolaridad en las mujeres con respecto a los hombres, que es el reflejo de una sociedad predominantemente “machista”, en la que se privilegia la educación de los varones, por encima de la educación de la mujer.

#### 4.1.4. Estado civil

**Gráfico 04. Estado civil de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**

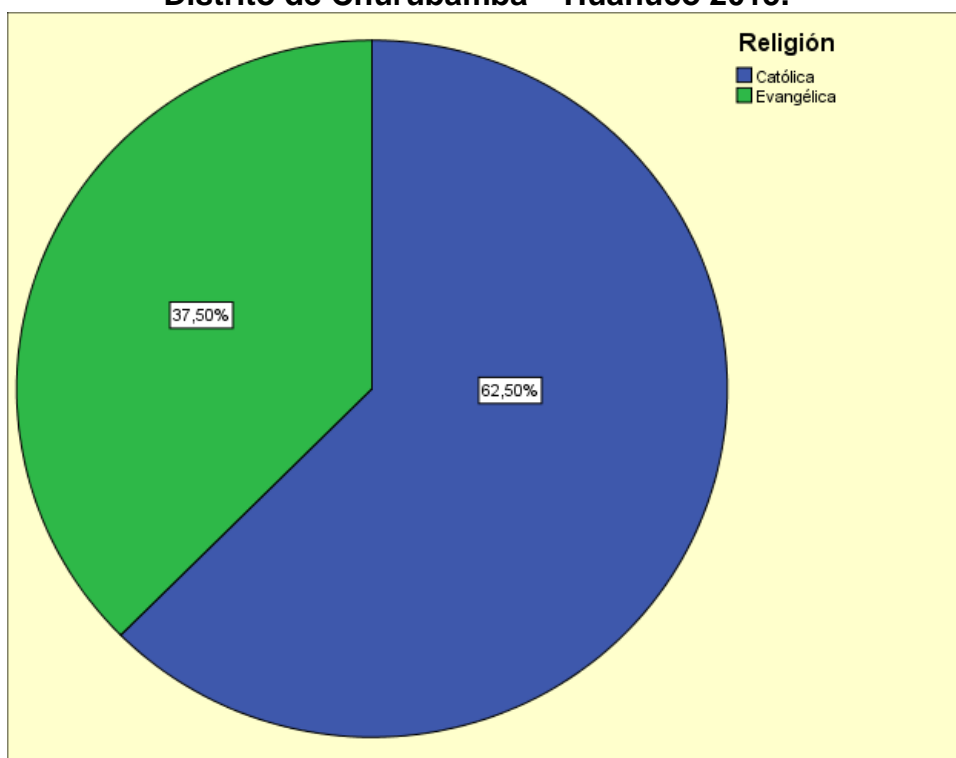


Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

De las 8 señoras entrevistadas, 75% (6) mujeres son convivientes y el 25% (2) solteras.

#### 4.1.5. Religión

**Gráfico N° 04. Religión de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

De las 8 señoras entrevistadas, 62,5% (5) profesan la religión católica, y el 37,5% (3) la religión evangélica.

La religión es practicada con una mezcla confusa de creencias y prácticas andinas, rituales a la Pachamama y otras deidades paganas que con el transcurso del tiempo se han fusionado completamente a la religión católica. Estas prácticas incluso son fomentadas y compartidas por los curas de las diferentes iglesias de las Comunidades.

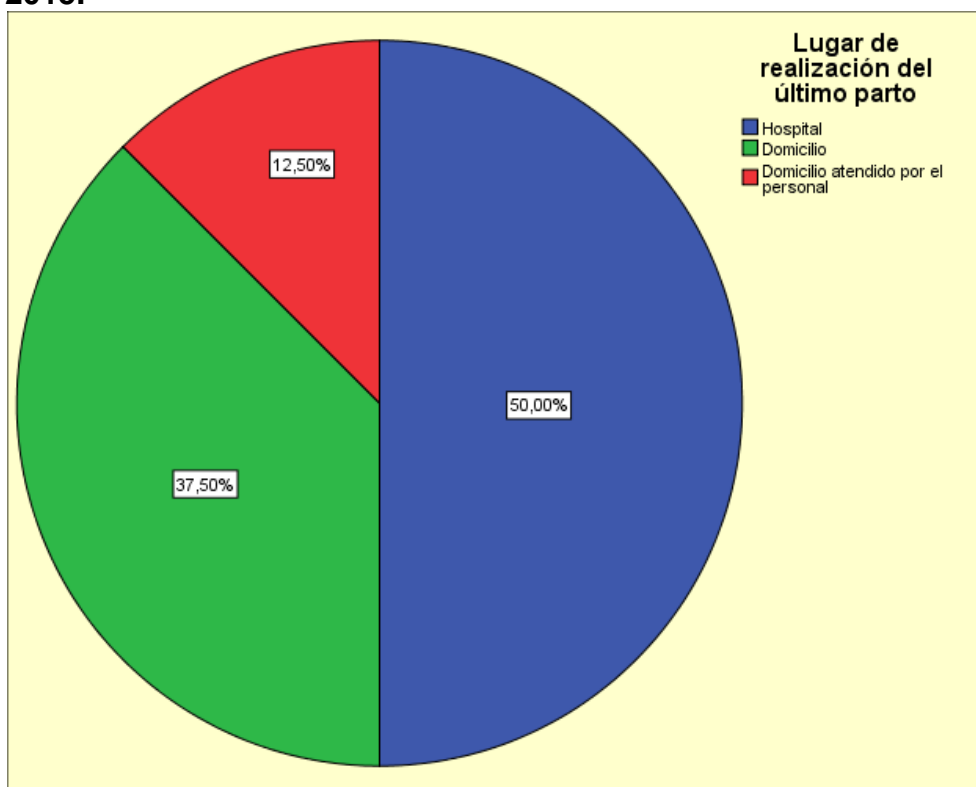


## 4.2. EMBARAZO.

### 4.2.1. Lugar de realización del último parto.

El primer parto se constituye en una pauta muy importante para las mujeres del área rural, debido a que existe la tendencia a continuar con las prácticas del parto inicial, en los próximos embarazos.

**Gráfico 05. Lugar donde se realizó el último parto de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

En el caso de las mujeres entrevistadas, el 50,0% (4) señaló que su último parto fue en el Hospital, seguido del 37,5% (3) contestaron que el último parto realizado fue llevado a cabo en su domicilio, y solamente un 12,5% (1) fue en domicilio atendido por personal de salud.

Los motivos para que el parto sea realizado en el domicilio, las respuestas más importantes fueron las siguientes:

*“Mamá ruwanqa niran/nirqan atender wasipi, Porque medico prpers manosea kichay ruwankichis/ruwanku chakakuna haykuy ruwankichis/ruwanku freír prpers upankichis/upanku y cuando mañakunki thamin qawankichis/qawanku pay icha as ninki paykunapaq kan como burla” (Entrevista N° 1)*

*“Mi mamá me dijo que me hiciera atender en la casa, porque el medico te manosea harto te hacen abrir las piernas te hacen entrar frío y te lavan y cuando pides la placenta se miran entre ellos o dices algo para ellos es como burla” (Entrevista traducida al español N° 1)*

*“El partero me dijo que la wawa está bien y que podría tener en la casa porque el conocía las costumbres de la Comunidad, que había que hacer muchos preparativos antes de que nazca la wawa, y abrigar bien el ambiente, para que todo salga bien. Además mi mama dice que en el Hospital es frio te hacen esperar mucho y no estas cómoda y no respeta tu cultura no te entienden como el manejo de la placenta y al abrigar mucho a la parturienta” (Entrevista N° 5).*

*“Mi parto fue en el hospital porque mi esposo y mis amigas me decían que debes ir con el doctor pero mi mamá no quería porque dicen que te tratan mal y es frío donde te atienden te hacen desvestir y yo tenía tanto miedo” (Entrevistada N° 7)*

*“Ñuqaña willan pipas que Unquq kasharan/kasharqan, tampoco atender khuyaran/khuyarqan en posta, porque lluy/tukuy/llapa qawankichis/qawanku ñuqari manchakuran/manchakurqan/mancharan/mancharqan por sullk'a kay de edad, chaymi parto karan/karqan wasipi, mama atender y watani puputi watuwan y hinapas ñuñuy ñuqari purispa urayku a Posta para que doctor que atender”. (Entrevista N° 2).*

*“Yo no avise a nadie que estaba embarazada, tampoco quería que me atiendan en la posta, porque todos te miran y yo tenía miedo por ser menor de edad, así que mi parto fue en mi casa, mi madre me atendió y amarro el ombligo con una pita y luego mi mama y yo bajamos caminando a la Posta para que los doctores que atiendan” (Entrevista traducida al español N° 2)*

Durante la entrevista se pudo observar la presencia de familiares u otras personas cercanas a la mujer, mismas que llegan a ser un factor de influencia en la elección sobre donde dar a luz, al momento de presentar el trabajo de parto. En muchos casos las mujeres se dejan influenciar por las experiencias de otras mujeres quienes ya

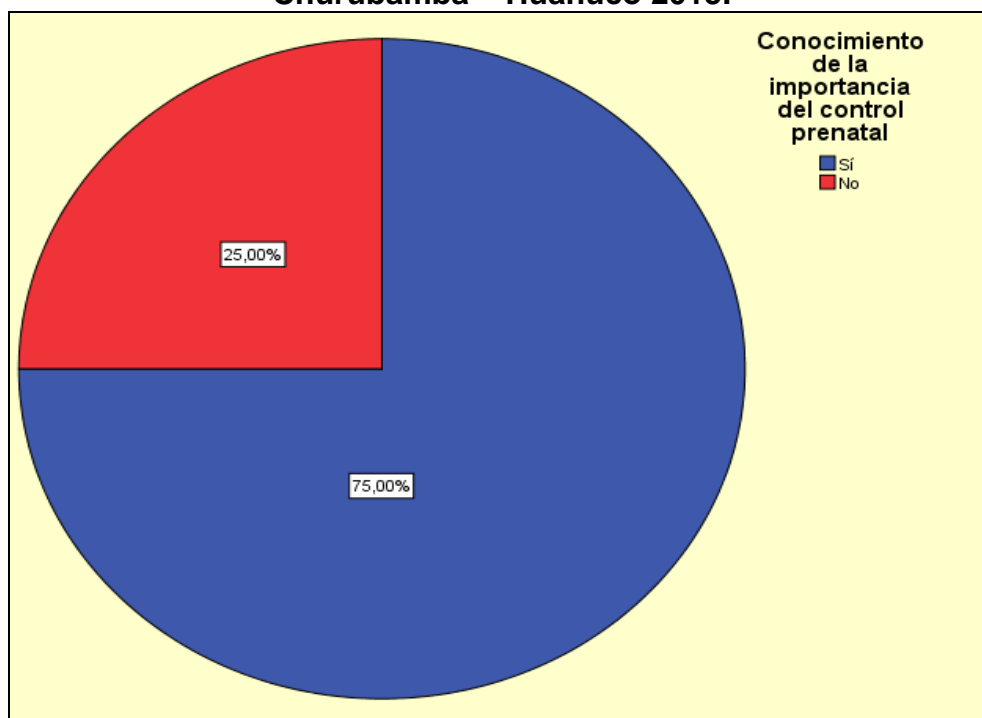
han pasado por la misma situación. Otro tipo de influencias indirectas tienen que ver con los consejos que dan las madres o familiares. Según los comentarios escuchados, la percepción negativa de las mujeres en torno a los hospitales y a los médicos se ha manifestado desde tiempo atrás y se transmite de generación en generación.

También se puede observar, las respuestas de las entrevistadas, muestran que las principales razones para que no se acuda durante el primer parto al Centro de Salud, son motivos culturales que el parto es considerado una enfermedad corporal entre el frío y el calor y la importancia sobre la devolución de la placenta que tiene un significado importante para ellos y relacionados con el mal trato que reciben del personal médico, que lamentablemente desconoce las costumbres del pueblo con respecto al parto.

#### **4.2.2. Conocimiento de la importancia del control prenatal.**

El control prenatal es la visita periódica y sistemática de la mujer embarazada al servicio de salud para vigilar la evolución del proceso de la gestación por medio de actividades, para prevenir factores de riesgo, detectar y tratar los factores de riesgo del embarazo y el parto y referir oportuna, entregar contenidos educativos (orientación) y prever un parto en las mejores condiciones de salud. Constituyen una de las principales formas de asegurar el buen estado de salud de la madre y del feto, además de su correcto desarrollo.

**Gráfico 06. Conocimiento de la importancia del control prenatal en el embarazo de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

El 75% (6) de las mujeres entrevistadas señalaron que el control prenatal es muy importante durante el embarazo, mientras que un 25% (2) no conocen claramente la importancia del control del embarazo.

En cuanto a los motivos, por los cuales considera que es importante el control prenatal, las entrevistadas señalaron los siguientes:

*“El doctor me ha dicho que es muy importante me habla mucho pero yo no entendía otras cosas me ha dicho la wawa esta sanito y en buena posición”. (Entrevista N° 6)*

*“Necesario Kan para riqsiy arí complicación kan embarazo, se mejorar atin antes de que aswan millay kan” (Entrevista N° 1).  
“Es necesario para saber si hay complicaciones en el embarazo, y se puede mejorar antes de que sea peor” (Entrevista traducida al español N° 1).*

La mayoría de las entrevistadas comentan que toda mujer debe hacerse control prenatal para saber si la wawa está bien, en buena

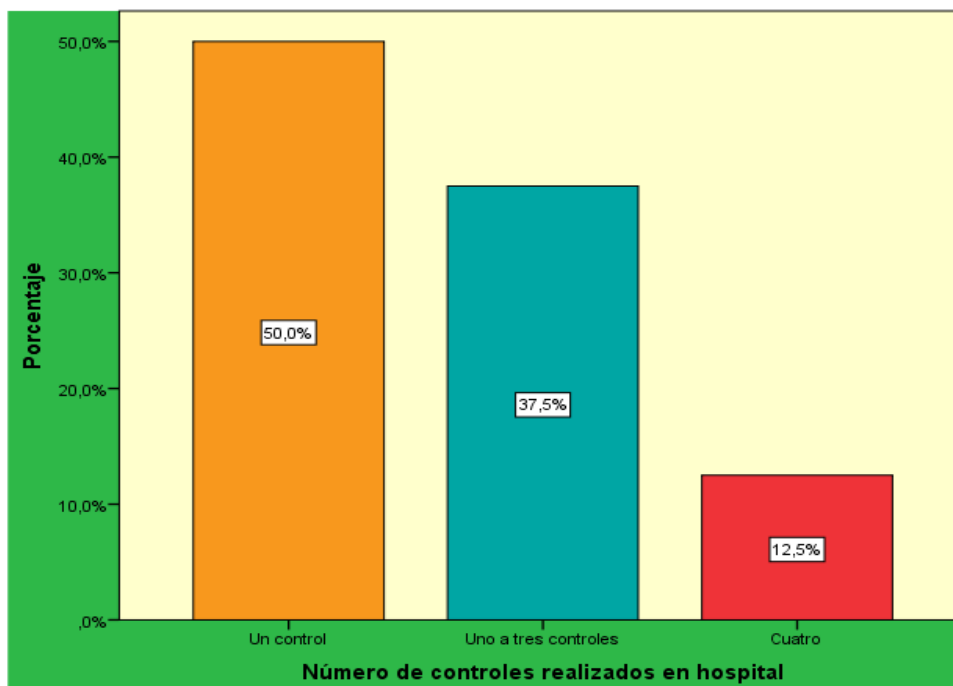
posición y para evitar riesgos. También refieren que durante la visita le revisaron la barriga, las pesaron, le vieron sus partes y algunas indican que le tomaron presión y no quedaron satisfechas debido a que le apretaron mucho la barriga, le hurgaron todo su cuerpo.

Sin embargo, muchas de ellas se conforman con el control que les realiza el partero, solamente tomando el pulso y, otras veces con el manto cuando sienten mucho dolor.

#### **4.2.3. Cantidad de controles prenatales realizados en el Hospital**

El control prenatal consiste en una serie de acciones, actividades, procedimientos e intervenciones periódicos practicados regularmente en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional<sup>44</sup>. Además ayuda a identificar los posibles riesgos y a prevenir las complicaciones que puedan presentarse para iniciar de manera oportuna y adecuada el tratamiento que sea necesario. Es por ello, que la colaboración y compromiso de la gestante son fundamentales, es importante que ella asista a todas las actividades programadas para garantizar una oportuna y óptima atención. Por ende, una maternidad saludable no sólo depende de los profesionales de la salud que la atienden, sino también de sus cuidados durante todo el embarazo<sup>45</sup>.

**Gráfico 07. Número de controles realizados en hospital de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

En el caso de las mujeres entrevistadas, un 50% (4), señalaron que se realizaron cuatro controles que les señaló el médico; un 37,5% (3), mencionaron que se hicieron uno a tres controles; y un 12,5% (1), mencionaron que se hicieron de cuatro controles.

Algunas de las respuestas más importantes de las mujeres que no se realizaron controles o solamente algunos, son las siguientes:

*“Cuando el doctor me hacía los controles estaba bien no más, después no me gusta que me hurguen otros, porque me lastimaban y no me gusta que me miren otras personas, especialmente si son varones. A mi esposo tampoco le gusta”. (Entrevista N° 7).*

*“Al principio podía ir a los controles, pero después ya no podía caminar porque me parecía que era lejos de mi casa, estaba muy gorda”. (Entrevista N° 3).*

*“El partero me decía que no vaya más a hacerme controles, por eso te duele y te hacen enfriar mucho cuando me hacen el control, además me ha hecho pensar cuando me dijo que me podían hacer cesárea y yo tenía tanto miedo, y ya no he vuelto más para hacerme control”. (Entrevista N° 6).*

*“La partera no más quiero que me haga los controles en mi casa, delante de mi esposo. Además, si hay algún problema, ese rato me daba maté que me aliviaba los dolores, porque me ha dado miedo y vergüenza cuando me ha hurgado todo el doctor le dicho que me dolía mucho, él me ha dicho que es normal y ya no he vuelto más. (Entrevista N° 4).*

Existen muchos motivos que mencionan las entrevistadas para no ir a los controles prenatales, se presentan algunos aspectos culturales les da miedo y vergüenza que el medico les manosea, con la mano y les lastimen, les hace tacto vaginal y que los controles sean observados por varias personas.

También incide el hecho de que se confíe más en los controles que realiza el partero o algún familiar, en el domicilio de la embarazada y delante del cónyuge o de los familiares (padre o madre). En el caso de comunidades un poco más alejadas, es comprensible el hecho de que las mujeres ya no puedan acudir al Centro de Salud como lo hacían al principio.

#### **4.2.4. Procedimiento de control prenatal en el Hospital**

El proceso de control prenatal, consiste básicamente en una revisión a la embarazada mediante la apertura de una historia clínica prenatal.

En cuanto a cómo les hicieron el control prenatal en el Centro de Salud, alguna de las respuestas más importantes de las mujeres entrevistadas fueron las siguientes:

*“El doctor me revisa, o a veces sus ayudantes, en su consultorio. A veces no, cuando me hace el doctor está bien y escucho su corazón de mi wawa y es muy lindo. Pero a veces, los ayudantes me hacen el control, se juntan entre otros y a veces me lastiman y todos empiezan a tocarme, y eso no me gusta”. (Entrevista N° 7).*

*“El doctor me revisa, dice que mide la presión en la barriga y hace una revisión por adentro. Cuando es necesario, me hago revisar, pero a veces todos los ayudantes quieren revisar, eso no me gusta. Pero yo, prefiero que me atienda el partero, no importa si es hombre o mujer porque mi suegra dice que no te hacen abrir las piernas no te toca matriz y estas abrigada para que no te entre frío y te dan mates para que salga la wawa rápido y no sufres mucho pero mi esposo no confiaba mucho tener la wawa en la casa con partero era peligroso por ser primeriza”. (Entrevista N° 3)*

*“Doctor Prpers karany T'aqwi y de mío qhipa kaq churi prpers niran/nirqan que kasharan/kasharqan en allin posición ama aswan, en anterior prpers karany pusay por lo que niran/nirqan partera icha mío familiar, qaquran/qaqurqan wiksa takaran/takarqan pulso” (Entrevista N° 2).*

*“El doctor me ha revisado de mi último hijo y me decía que estaba en buena posición no más, en los anteriores nos hemos guiado por lo que nos decía la partera o mi familiar, me frotaba la barriga me tocaba el pulso”. (Entrevista traducida al español N° 2)*

*“Doctor Prpers karany control Ruway. Prpers karany prpers kichay ruway chakakuna prpers karany t'aqwi y matriz manchay/manchachiy prpers karany kasharan/kasharqan niy waliq, rikuy ruway con partero karany revisión ruway pulso, prpers karany rikuy kukapi y kasharan/kasharqan niy waliq”. (Entrevista N° 1).*

*“El doctor me ha hecho control. Me ha medido me hecho abrir las piernas me ha revisado mi matriz me asustado me ha dicho que todo estaba bien, también me hecho ver con el partero solamente me ha hecho revisión con el pulso, me ha visto en la coca y también me dicho que todo estaba bien”. (Entrevista traducida al español N° 1).*



*“El doctor me ha hecho control varias veces, mediante peso, presión, tocando como está el bebé, por adentro y por afuera, midiendo además con cinta métrica y controlando con un calendario. Además, en los últimos controles me ha dicho que el bebé se estaba colocando en una buena posición la wawa, mi mama también me ha hecho revisar con un abuelito me ha dicho que estaba bien la wawa. No me gusta mucho, pero es necesario. Siempre me ha hecho el doctor, porque dice que los ayudantes hacen doler”. (Entrevista N° 6)*

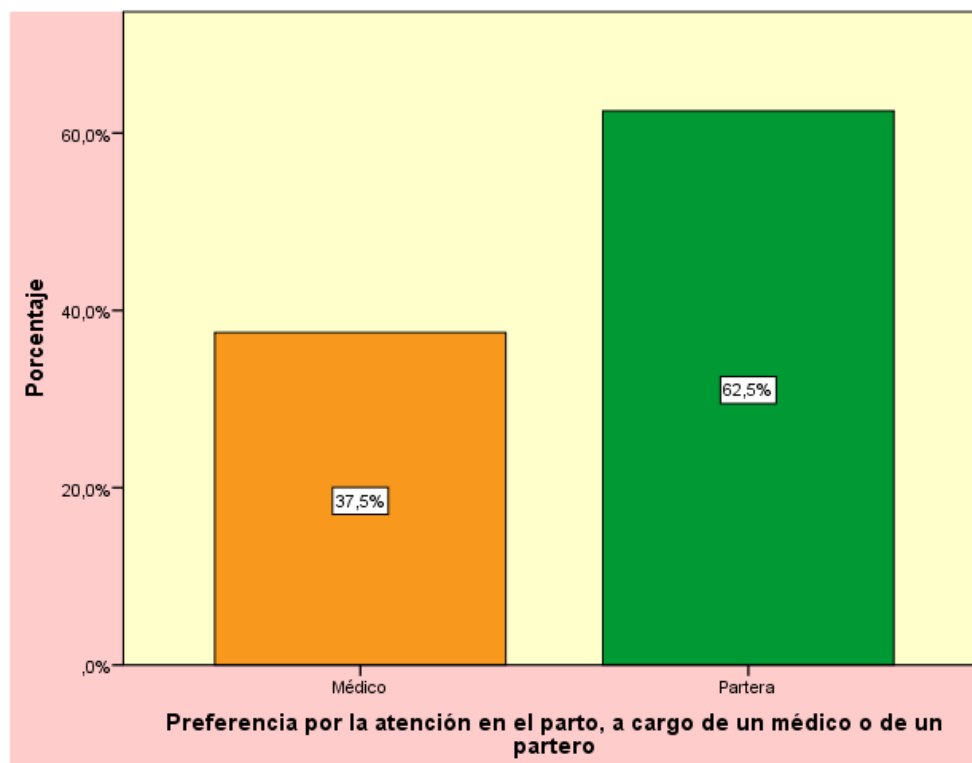
En las respuestas de las señoras entrevistadas se advierte que toman en cuenta de forma razonable, el control que les realizan en el Centro de Salud, aunque también al primer control prenatal que hicieron se asustaron por la forma de revisión al tocarles y realizarle la toma de PAP, tuvieron vergüenza y miedo. Este es un aspecto de la atención institucional muy cuestionada por las señoras entrevistadas, puesto que para ellas esto significa incluso, falta de respeto por su intimidad.

#### **4.2.5. Preferencia por el médico o el partero**

En relación a la atención misma en el parto, se ha consultado a las entrevistadas su preferencia con respecto a si prefieren ser atendidas por un médico o un partero. La mayoría de ellas señaló que prefería el partero.

El cuidado del embarazo y el puerperio es asumido por los cuidadores culturales. Las gestantes los visitan, según el estado de salud y capacidad económica.

**Gráfico 08. Preferencia por la atención en el parto, a cargo de un médico o de un partero de las gestantes entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



**Fuente:** Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

La preferencia por el partero según las entrevistadas se debe a que el partero conoce las costumbres de su pueblo y lo que se debe hacer de manera correcta.

Existe un temor muy difundido a la operación cesárea, también se señala que los médicos no saben de lo que es frío – caliente que es muy importante para ellas, que hacen enfriar a las parturientas, y de tratarlas con infusiones, maté y comida calientes antes y después del parto.

También hay discusiones que se debe hacer para que devuelvan la placenta, que para ellos tiene un significado importante, a la que incluso llevan a misa y la conservan entre sus objetos más preciados, objeto de adoración.

Algunas de las respuestas, que reflejan esta situación, son las siguientes:

*“Kunan Aswanchani que kan medico warmi porque en mío anterior karan/karqan qusa icha partero, qusa riqsiran/riqsirqan doctor riran/rirqan niran/nirqan atender waliq Qusa kashay riran/rirqan lado y ama manchakun/manchan”. (Entrevista N° 2). “Ahora prefiero que sea el medico mujer porque en mis anteriores era mi esposo o el partero, mi esposo conocía al doctor le dijo me iba atender bien mi Esposo iba estar a mi lado y no tenga miedo”. (Entrevista traducida al Español N° 2).*

*“Prefiero el partero, no importa si es hombre o mujer. Porque sabe lo que queremos del parto, en la casa es calentito, nadie nos ve, porque podemos tener sin echarnos y es fácil, nos frotan podemos tomar lo que queremos. En el hospital atienden muchos y me da vergüenza porque me han dicho te cuelgan las piernas y te hacen abrir y deja sin tapar te riñen no les gusta que estemos con mucha ropa y es donde puede entrarte frío y enfermarte y me ha dado miedo y no he ido más, además nos tiene que devolver la placenta, porque para nosotros es muy importante conservar la placenta”. (Entrevista N° 6)*

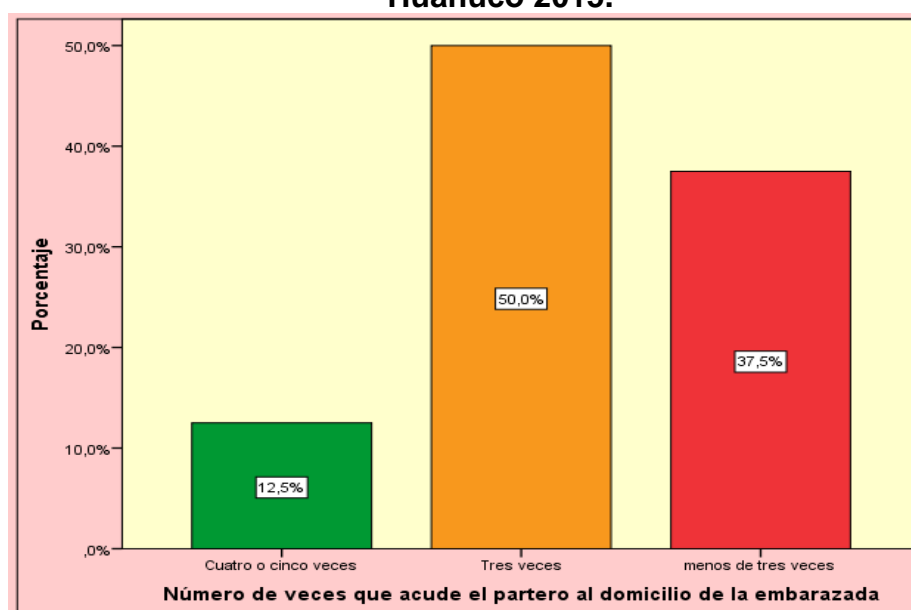
*“Porque el partero conoce nuestras costumbres nos entienden, no te riñen, habla nuestro idioma, no nos discriminan, incluso la atendió a mi madre, respeta el manejo de la placenta y tener la wawa como yo quiero y no me haga entrar frío”. (Entrevista N° 7).*

Como se puede observar, en esta pregunta se siguen exponiendo razones culturales para expresar la preferencia que tienen por la atención en sus domicilios que son la decisión de sus esposos o la pareja, las razones son porque tienen vergüenza de ser atendidas por personas desconocidas y vista por todos, en la casa se cuida mejor, se sienten acompañadas más cómodas y abrigadas y está a cargo el parto por el esposo, el partero o la madre de la parturienta, lo cual básicamente se reduce a la realización de ritos antes y después del parto.

El miedo y la desconfianza a los hospitales y a los médicos no sólo se deben a la cesárea, las mujeres asocian la atención en el hospital a procedimientos médicos dolorosos tales como la episiotomía, el tacto vaginal, las inyecciones y extracciones de sangre.

#### 4.2.6. Número de “consultas” con el partero.

**Gráfico 09. Número de veces que acude el partero al domicilio de la embarazada entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

La mayoría de las entrevistadas señalaron que el partero acude 3 veces [50.0% (4)], otro grupo importante señala que el partero acude menos de tres veces durante el embarazo [37,5% (3)]; y finalmente, un grupo relativamente minoritario va cuatro o cinco veces [12,5% (1)].

En cuanto al número de veces que el partero acude al domicilio de la embarazada para realizar controles es variable. Sobre este tema, las respuestas más importantes de parte de las entrevistadas, fueron las siguientes:

*“Partero Hamun cuando sentir huk molestia icha dolor, icha nin qusa que apamun. fijo cita, hamuy atin ratuman. Solamente a qhipa kaq (cuando rin a paqariy), hamun asllata aswan qatiy, en total wakillan kutikuna.” (Entrevista N° 1).*

*“El partero viene cuando sentía alguna molestia o dolor, o cuando me dice mi esposo que lo trae. No se fija cita, puede venir a cualquier rato. Solamente al último (cuando va a nacer), viene un poco más seguido, en total unas 5 veces”. (Entrevista traducida al español N° 1).*

*“El partero viene unas tres veces durante el embarazo. En mi caso todo estaba normal, así que no venía mucho”. (Entrevista N° 3).*

Como se puede observar, el partero no acude de manera sistemática, y tampoco existe una cantidad establecida de visitas. Tampoco se acostumbra a fijar fecha de retorno a las visitas, o citas para próximas visitas. En realidad, el partero acude cuando le solicitan los parientes (esposo o padres) para saber cómo va ir, o cuando la embarazada tiene algún dolor o complicación. La frecuencia de vistas tiende a aumentar a medida que se acerca el momento del parto.

#### **4.2.7. Actividades que realiza el partero en las visitas**

Durante las visitas a las embarazadas el partero desarrolla determinadas actividades, que en cierta forma se relacionan con el control prenatal, aunque también con ritos y costumbres propias de la cultura andina y preparativos para el momento del parto. Algunas respuestas notables sobre este aspecto son las siguientes:

*“El partero era mi suegro venía a mi casa, me toma el pulso, para saber si todo está bien. Además, me daba a veces mate para aliviar alguna molestia que tenía. Una vez acudió para hacerme manteo, en los últimos meses”. (Entrevista N° 8.).*

*“Huk/huq kutikuna t'aqwini a killakuna kamani de embarazo, y upiran/upirqan pulso. kuti posterior, a killakuna ruwaran/ruwarqan manteo. La última vez, hamuran/hamurqan para prpers preparación hawanpi parto, como kay: sahumero, qatakuna y qarakuna para chaskiy wawaman. Además, niran/nirqan que ruway deber sipirani/sipirqani de romero y chocolate. También consejo qun pata lo que ruway deber thaminwan”. (Entrevista N° 1).*

*“Las primeras veces me reviso a los 6 meses creo de embarazo, y solamente me tomaba el pulso. En dos ocasiones posteriores, a los 8 meses me hizo el manteo. La última vez, vino para aconsejarnos sobre las preparaciones para el parto, como ser: el sahumero, las mantas y los cueros para recibir al bebé. Además, nos dijo que debíamos hacer maté de romero y chocolate. También da consejos sobre lo que se debe hacer con la placenta”. (Entrevista traducida al español N° 1).*

*“Mi mamá me revisa me brotaba, también me da mate, o le dice a mi esposo que mate tengo que tomar. Pero más que todo viene a los 7 meses o más. Antes solamente una vez ha venido. Al final le hace recuerdo a mi esposo que tiene que hacer para el parto”. (Entrevista N° 3).*

Como se puede observar, el partero realiza algunas actividades relacionadas con el control prenatal, aunque con distinto enfoque, y también se ocupa de concretar algunos rituales previos y posteriores al parto, de acuerdo a las costumbres de la cultura andina.

#### **4.2.8. El manteo durante el embarazo**

El manteo es una práctica andina mediante la cual el partero observa la posición en la que se encuentra el niño, y cómo se encuentra en general, la mujer en gestación.

Es una forma de control prenatal que se realiza esencialmente mediante una frazada o manta, en la que se recuesta la embarazada, y posteriormente, se la mece suavemente observando la posición del niño y de la embarazada. Algunas respuestas acerca

de cómo se realiza esta práctica en las entrevistadas fueron las siguientes:

*“Me toca primero la vena si la wawa está en, mala posición, mi esposo y la partera me han puesto en mi cama me masajea suavemente para ver la posición de la wawa, y luego me sacude y tira no muy fuerte le ayuda mi esposo, mascan coca hablan y dice que todo va estar bien, y ya no me han hecho más”. (Entrevista N° 6).*

*“El partero me ha hecho echar en una frazada y después han movido a un lado y a otro lado, me ha igualado las piernas para ver si está mal de posición la wawa, esto ha hecho la partera en mis anteriores hijos. Para el último, no me he hecho hacer manto, porque el doctor me dijo que ya está bien la wawa”. (Entrevista N° 7).*

*“El partero me ha hecho echar en una frazada y después con un balanceo observan la barriga y los desplazamientos del bebé, y te llaman el ánimo”. (Entrevista N° 5).*

El manto dentro de la cultura andina, particularmente en Churubamba y comunidades aledañas, se realiza para observar cómo se encuentra la gestante y el niño este procedimiento este es muy utilizado aun por parteras y familiares.

Pese a que existe muchos cuestionamientos sobre la eficacia de esta práctica para la resolución de los problemas de posición del bebe, sin embargo las observaciones realizadas se ve efectividad en algunos casos de esta práctica.

Desde el punto de vista medica critica esta práctica y califica como dañina para el bebe y para la madre e incluso que se complicaría más en el proceso del parto.

#### 4.2.9. Conocimiento de problemas durante el embarazo

En la medicina occidental, los problemas del embarazo generalmente se refieren a complicaciones relacionadas con aspectos gineco – obstétricos, que entorpecen el normal desarrollo del proceso del parto, en la cultura andina, además de estos problemas físicos, los problemas del embarazo se amplían, por ejemplo a la existencia de espíritus malos, según sus creencias. Al respecto las respuestas más ilustrativas sobre este problema son las siguientes:

*“Cuando la wawa está en mala posición o está hinchada tus pies. Si creo en los espíritus como es el sajra o el diablo. Afectan cuando ya nacía el bebé, además no se debe dormir hasta el mediodía, sino se lo pueden llevar a la wawa, no puedes salir afuera después de tener la wawa puedes tener sobrepeso el maligno está afuera te llega el alma y después puedes morir mi mama harto me habla de esto”. (Entrevista N° 6)*

*“Si dice que hay problemas, cuando hago mucho esfuerzo y cuando está en mal posición la wawa y el susto. Creo en los espíritus, el susto, o cuando caminas por la noche”. (Entrevista N° 8)*

*“Mi mama sabe más del parto, ella también me revisaba me decía que estaba asustada y la wawa estaba mal posición y yo tenía mucho miedo me ha hecho manteo y no tenía que tejer ni hilar porque mi wawa iba a nacer envuelto con el cordón en el cuello y puede morir. Creo en los espíritus, hacen asustar y se debe llamar al ánimo y sahumar”. (Entrevista N° 7)*

Se puede observar que el manteo es una práctica casi generalizada en las mujeres embarazadas de Churubamba, aunque muchas de ellas con el transcurso del tiempo ya no comparten plenamente estas creencias, la mayoría de ellas, especialmente en el primer parto, se hicieron manteo con el partero.



#### 4.2.10. Conocimiento del inicio del parto

En la medicina occidental, el parto es la expulsión del feto (mayor a 500 gramos) por vía vaginal después de cumplidas las 22 semanas de gestación, si el embarazo ha tenido una evolución normal y ha alcanzado 37 a 41 semanas de gestación es una atención de parto de bajo riesgo.

En las entrevistas realizadas a las embarazadas del Distrito de Churubamba, la mayoría de ellas conocen bien los síntomas iniciales del parto: dolores de vientre y espalda, la barriga dura, eliminación de la seña y dificultad para caminar, también incluye otros factores adicionales como son los rituales, sahumeros, mates calientes y el acondicionamiento de un ambiente caliente sin cruces de aire y mucha ropa, para llevar a cabo el parto. Algunas respuestas importantes sobre este aspecto son las siguientes:

*“En el hospital me han hecho caminar, además mi esposo compró ropa para el bebé, y en el Hospital han hecho todas las preparaciones para el parto yo tenía miedo , a mi esposo lo casaban para revisarme todos me tocaban a bajo y a mí me daba vergüenza y miedo me hacía doler más, cuando ya estaba cerca de nacer la wawa me ha llevado a otra sala, todos me animaron y tenía confianza porque bien nomás era , mi esposo estaba a mi lado me ayudaba me agarraba la cabeza y bien nomás me atendieron también y mi wawa ya nació mi esposo estaba alegre , pero me hacía frío mi mamá me ha abrigado me ha dado caldo caliente”. (Entrevista N° 3).*

*“En el hospital a mi esposo le han dicho que lleve ropa, una frazada para el bebé, y otras cosas que tenía que comprar. Además, los últimos días me cuidaba más porque me dolía mucho y ya no podía dormir me ha llevado al hospital mi esposo ,el doctor me ha revisado por abajo me ha hecho doler no me ha gustado que me revisen cada momento, me ha hecho sacar la faja que mi mamá me ha puesto para que no se suba arriba la wawa pero mi esposo estaba a mi lado me han subido a una mesa he abierto mis piernas me dolía mucho he pujado mucho también mi esposo me ayudaba me agarraba la*

*cabeza no podía tener me ha aplastado la barriga y me ha cortado abajo y ha salido mi wawa pero a mi me dolía mucho, me hacía frío y no podía sentarme porque me dolía lo que me a cocido abajo , mi esposo estaba asustado. En el momento del parto el médico me dio medicinas, no sé que era”. (Entrevista N° 7).*

*“Askha wasay p'akiy munaran/munarqan mamá waqyani a partero y karany ruway sahumar para alejar millay suerte, hinapas karany t'inpuy ruway unu, aswan karany askhayay dolor para que apuran parto prpers karany mate quy qaran para votar ruway aswan rápido wawa y qusa kasharan/kasharqan lado prpers uma ratuman que huqariran/huqarirqan dolor, partero thaptiy riqsin asllata y phutuy wiksa, tiyay karany mío kapun wawa partero prpers karany watay watu cuando karany lluqsiy thamin prpers karany rutuy con cuchillo ,prpers karany p'istuy en suyo janantas prpers karany armay, prpers karany chocolate kamariy calentar. También karany sipiy huk cordero qaran partera, nacimiento y thaminpa. ratu parto, prpers karany caliente chocolate quy, kuka y wak/waq matikuna caliente, caldo de cordero con ch'uñu y orégano”. (Entrevista N° 2).*

*“Ya me dolía mucho mi espalda se quería romper mi mamá llamo al partero y han hecho sahumar para alejar la mala suerte, después han hecho hervir agua, más ha aumentado el dolor para que apure mi parto me ha dado mates sirve para hacer votar más rápido la wawa y mi esposo estaba a mi lado agarrándome la cabeza a cada momento que me levantaba el dolor, el partero me sabe sacudir un poco y brotar la barriga, sentado he tenido mi wawa el partero le ha amarrado el cordón cuando ha salido la placenta y le ha cortado con cuchillo ,le ha envuelto en sus janantas y le ha bañado, y me han preparado chocolate para que me caliente. También han matado un cordero para que se sirva la partera, después del nacimiento y de la placenta. En el momento del parto, me han dado chocolate caliente, coca y otros mates calientes, caldo de cordero con chuño y orégano”. (Entrevista traducida al Español N° 2).*

*“Parto karany kay Hospital, Ama karany ima Ruway preparativo. Solamente ukhuna rantiyku para wawa wakin juguete, además de akawarakuna y ñukñu. qusa y mamá aysarankichis/ayсарanku/ayсарqankichis/ayсарqanku hospital ambulancia ñuqa kapuran/kapurqan askha mancha nanaran/nanarqan askhanta t'aqwirankichis/t'aqwiranku/t'aqwirqankichis/t'aqwirqanku abajo pasaq kuti y doctor yachachirankichis/yachachiranku/yachachirqankichis/yachachir qanku lluy/tukuy/llapa prpers lastimaban prpers karany aysay cama hatunsu solo qusa prpers karany kichay ruway chakakuna y karany pujar pasaq kuti y karany mío paqariy*

*wawa karany prpers kusichiy qusa prpers karany garrado maki, prpers nanaran/nanarqan karany rutuy karany wayk'uy karany aysay cama freír ruwaran/ruwarqan mamá qatay/p'istuy prpers karany caldo quy cliente icha waliq ama karany tratay. ratu parto karany quy ima remedio". (Entrevista N° 1)*

*"Como el parto ha sido en el Hospital, no hemos hecho ningún preparativo. Solamente compramos ropa para la wawa y algunos juguetes, además de pañales y leche. Con mi esposo y mi mamá me llevaron al hospital en la ambulancia pero yo tenía mucho miedo me dolía mucho me revisaron abajo varias veces y los doctores me explicaban todo pero me lastimaban me han llevado a una cama alto solo mi esposo dejaron entrar me han hecho abrir las piernas y he pujado varias veces y ha nacido mi wawa he escuchado llorar me alegrado mi esposo me ha garrado la mano ,pero sigue me dolía porque me habían cortado abajo me han cocido después me ha llevado a mi cama me hacía mucho frió mi mamá me abrigado me ha dado caldo cliente pero bien no más me han tratado. En el momento del parto no me han dado ningún remedio". (Entrevista traducida al español N° 1)*

*"Me dolía mucho mi mama lo ha llamado al partero y ha hecho sahumar para alejar la mala suerte y que todo salga bien me ha revisado y me han dado mates romero y otros más para hacer votar más rápido la wawa mi mama me ha ayudado mucho me frotaba la cabeza, la barriga, sentado he tenido la wawa el partero me ayudado". (Entrevista N° 4).*

Como se puede observar, en el parto domiciliario, existen mayores preocupaciones por efectivizar rituales y preparativos de bebidas calientes y acondicionamiento de un ambiente apropiado, cálido y acogedor. Mientras que en el caso del parto en el Centro de Salud, la embarazada solamente se preocupa por los síntomas que siente, dolores y contracciones. En el parto domiciliario, se presentan más aspectos por preparar y reconocer.

Otro de los factores fue la convicción por parte de las mujeres de que el parto en casa es lo más natural y lo más común, las mujeres valoran significativamente las experiencias y consejos de las

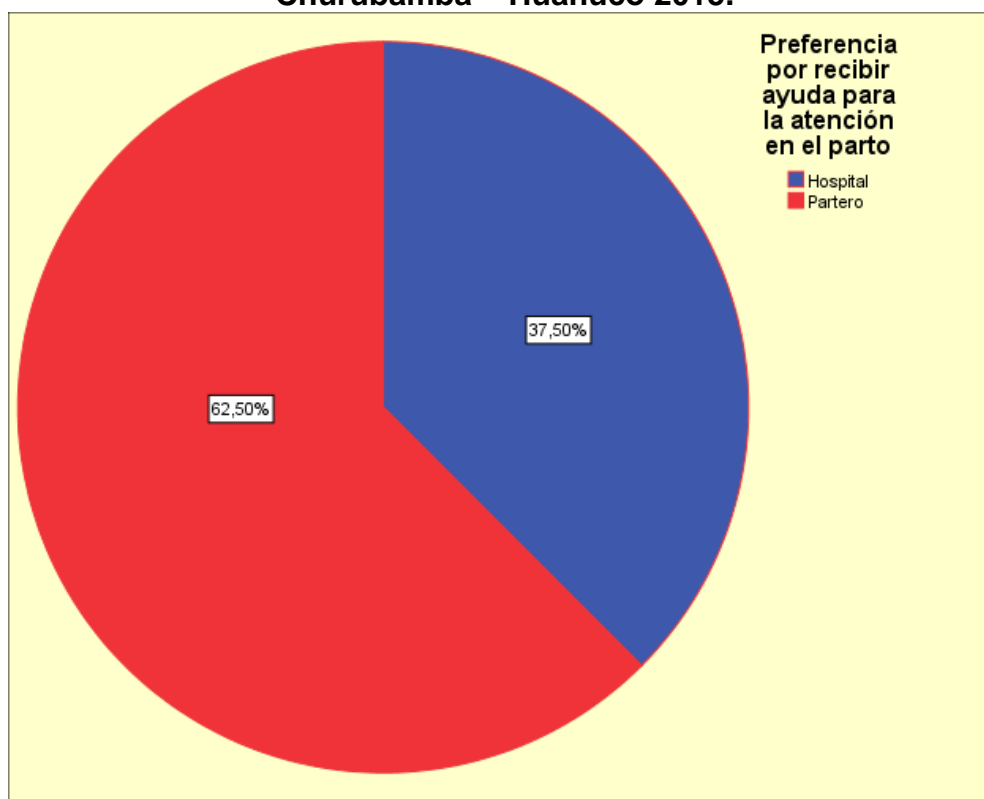
madres, suegras y abuelas. Se valoraron los aspectos positivos como ser la tranquilidad y confianza que se puede encontrar en el hogar.

Se percibió una alta satisfacción de las mujeres durante el trabajo de parto y parto cuando fue en domicilio, dicha satisfacción la asociaron a la buena atención, buen trato, presencia y apoyo del esposo y familiares y ayuda de la partera. El acompañamiento por familiares durante el proceso es muy importante en la vida de la madre. Las actitudes de apoyo y atención son los que son valorados por las mujeres y lo recuerdan en forma gratificante. Por otro lado, el simple hecho de estar frente a personas extrañas a su entorno familiar y aislado de su familia, en esas circunstancias, las mujeres experimentan una sensación de falta de apoyo y atención que el personal de salud no siempre les brinda.

#### **4.2.11. Ayuda para el parto.**

La falta de un profesional al momento del parto es una de las principales causas de muerte entre las madres, pues no cuentan con un especialista en salud que pueda evitar las posibles complicaciones cuando se produce el nacimiento del niño.

**Gráfico 10. Preferencia para recibir ayuda para la atención en el parto de las embarazadas entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

En cuanto a quién solicita ayuda para el parto, las entrevistadas señalaron en su mayoría respondieron que prefieren acudir al partero [62,5% (5)], en tanto que al Hospital solamente el 37,5% (3) señaló su preferencia.

Al respecto las respuestas más representativas con respecto a quiénes solicita ayuda para la atención en el parto son las siguientes:

*“Antes no quería ir al Hospital, porque el partero de mi mamá nos decía que no era necesario, solamente cuando había muchos problemas teníamos que ir al hospital”. (Entrevista N° 3)*

*“No quiero ir al Hospital por miedo a la cesárea, te desvisten todo y te entra frío. Tengo miedo a la cesárea porque se perfora y se pierde la placenta, ya no sirve, y eres siempre enfermiza ya no eres como antes todo te duele”. (Entrevista N° 4).*

*“Aswanchani partero icha ñuñuy que atender Porque manchakuni/manchani y vergüenza riy Hospital qawankichis/qawanku ninkichis/ninku nanay ruwankichis/ruwanku prpers chiri haykun kichay ruwankichis/ruwanku chakakuna para hurqay a wawa y también manchakuni/manchani a ruwankichis/ruwanku cesárea. Manchakuni/Manchani a cesárea, porque ama estar costumbre. Además thamin daño llakin, manaña qaran hinapas rutunkichis/rutunku lluy/tukuy/llapa nanan y ruway atin imapas anchaywan/chaywan”. (Entrevista N° 2).*

*“Prefiero el partero o mi mamá que me atienda Porque tengo miedo y vergüenza ir al Hospital dicen que todos te miran te hacen doler y te entra frío porque te hacen abrir las piernas para sacar a la wawa y también tengo miedo a que me hagan cesárea. Tengo miedo a la cesárea, porque no está de acuerdo con las costumbres. Además la placenta sufre daños, ya no sirve después que te corten todo te duele y no se puede hacer nada con eso”. (Entrevista traducida al español N° 2).*

*“No confío mucho en el Hospital, solamente cuando se complique mi embarazo voy a ir al Hospital pero mi parto estaba bien no más”. (Entrevista N° 7).*

*“En mis primeros hijos no iba al Hospital a mis controles a hora he ido porque mis amigos me decían debes ir al Hospital y las enfermeras me encontraban me explicaban que tengo que ir que era gratis todos te vamos a dar vitaminas, van a ver a la wawa”. (Entrevista N° 5).*

En casi todos los casos, las madres entrevistadas señalan motivos culturales miedo, vergüenza y el frío y el calor que es una enfermedad de la cultura andina y no acudir al Centro de Salud, para solicitar ayuda para la atención en el parto. El Hospital es considerado solamente como una última opción, cuando la situación es extremadamente delicada para el niño o la madre. Además el Hospital, va siendo una alternativa a medida que la mujer va tomando conciencia de la salud, de las ventajas de la atención

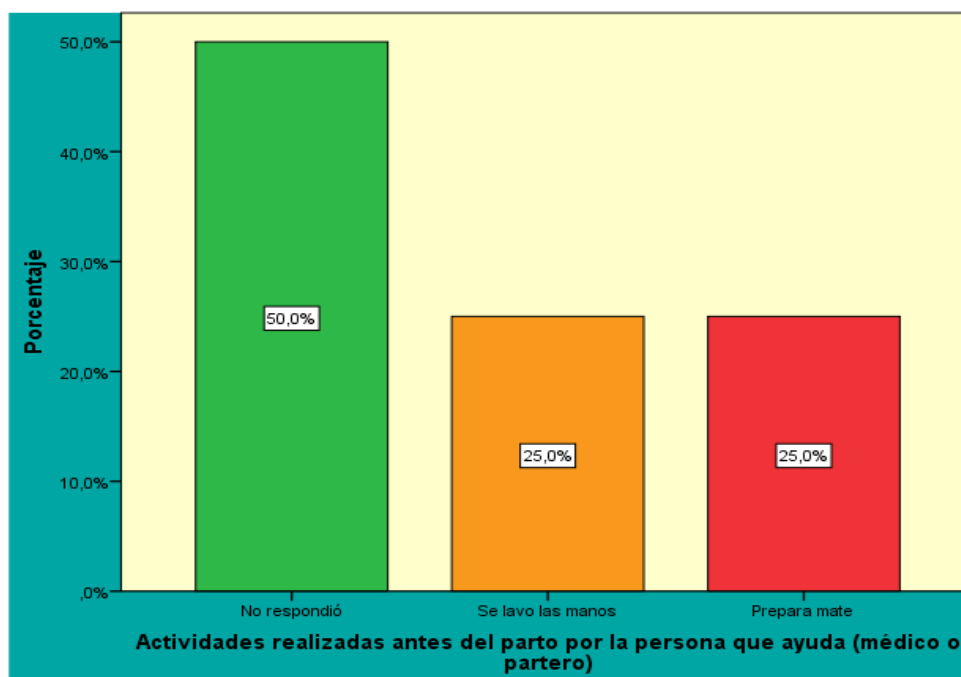
especializada, Es decir, cuando adquiere mayores conocimientos y valora la atención gratuita y especializada.

Se pudo evidenciar que un número considerable de mujeres les da vergüenza mostrar “sus partes” (órganos reproductivos y sexuales), especialmente si quien les va a atender es un personal de salud hombre, es decir, temor a desnudarse en presencia de hombres. Se pudo ver en algunos casos que tan sólo hablar del tema les incomoda.

#### 4.2.12. Preparativos de último momento antes del parto

Luego de haber solicitado la ayuda de un partero, o de un médico que atiende a la embarazada en el Hospital o en su domicilio, se consultó a las entrevistadas que es lo que hacía la persona que la iba atender (partero o médico), antes del parto.

**Gráfico 11. Actividades realizadas antes del parto por la persona que ayuda (médico o partero) de las embarazadas entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

Lógicamente, la mitad de las entrevistadas 50,0%,(4) señalaron que no se habían percatado de lo que hacían estas personas antes del parto, debido a los dolores y la preocupación que sentían en ese momento. Un 25.0% (2), señalaron que los médicos se cambiaban y se lavaba las manos; y el partero no se aseaba y más bien preparaba o instruía la preparación de mate caliente respectivamente.

Algunas respuestas importantes de las entrevistadas sobre este tema, son las siguientes:

*“El partero llega con anticipación para hacer el sahumero para que no vengan los malos espíritus, y detrás de la puerta se deja un cuchillo. También hacen chocolate caliente, para tomar algo caliente y no se complique. También preparan cordero, y además sacan unas frazadas y cueros viejos para el parto. También alistamos la ropa de la wawa. Le ordena a mi mama que me haga tomar mates para ayudar que salga la wawa rápido me a frotado la barriga a rezado de la cintura me agarrado he pujado fuerte y sentada he tenido mi wawa y todos estaban alegre ha esperado que salga la placenta y después ha separado a la wawa de la placenta lo ha envuelto con sus ropas, a mí me han abrigado mucho para que no me entre frío y mi esposo me ha dado caldo caliente de cordero con orégano, chuño”. (Entrevista N° 3)*

*“Como el parto ha sido en el Hospital, no hemos hecho ningún preparativo. Solamente compramos ropa para la wawa y algunos juguetes, además de pañales y leche. El doctor se lavó las manos, los otros doctores me explicaban todo pero me lastimaban me han llevado a una cama alto solo mi esposo dejaron entrar”. (Entrevista N° 3).*

*“En el día del parto, el partero hace preparar bebidas calientes como el chocolate y cordero. Además, se preparan frazadas y cueros de animales. Estas abrigado te ayudan todos te frotan la barriga, te amarran la cabeza con una tela para que no te duela la cabeza y te agarran la cabeza cada vez que te duele, te dan mates calientes para ayudar”. (Entrevista N° 6).*



En estas respuestas se observa que el partero juega un rol más activo antes del parto. Por una parte instruye la preparación de bebidas calientes, se hace cargo de acondicionar el ambiente para el parto, con la ayuda de los familiares. Junto al esposo, padres y otros familiares hacen confortable el ambiente para la embarazada que se siente acogida por todas las personas allegadas y mimada por todos. Al médico lo perciben como una entidad seria y fría, no les es familiar, no confían mucho en él, simplemente cumple con su trabajo, las explicaciones que dan a las embarazadas no se entienden, su trabajo es percibido como muy distante de su realidad.

#### **4.2.13. Proceso del parto**

Las señoras encuestadas, tienen diferentes vivencias respecto al parto en sí, dependiendo si este se realiza en el domicilio o en el Hospital. El proceso del parto en sí, en la comunidad de Churubamba es denominado por las mujeres gestantes como la forma de enfermar”. Al respecto las respuestas más ilustrativas de las percepciones de las entrevistadas son las siguientes:

*“En los anteriores embarazos, cuando mis hijos nacieron en mi casa, se hacían hartos preparativos: sahumero, preparaban bebidas calientes, sacaban camas y cueros de animales para que nazca ahí la wawa, además preparaban cordero y tenía mi wawa, sentado (posición de cuclillas), que me parecía más fácil y menos doloroso, incluso más rápido. El partero no toca mucho y se agacha para ayudar a que la wawa salga más rápido. En el momento del parto, en el Hospital no me han dado medicamentos. Cuando era en mi casa, me daban mate de coca, romero”. (Entrevista N° 4).*

*“Cuando la wawa ya va salir, me hacen sentar de cuclillas, pero es muy doloroso, pero esto se hace para que la wawa salga más fácilmente. En el momento del parto, principalmente me*

*dan mate de orégano, que ayuda a que el nacimiento sea más rápido. Esta medicina me parece que es mejor que el doctor". (Entrevista N° 7).*

*"Hospital, Cuando ña riran/rirqan a paqariy wawa, doctor yachachirankichis/yachachiranku/yachachirqankichis/yachachir qanku lluy/tukuy/llapa prpers lastimaban prpers karany aysay cama hatunsu solo qusa prpers karany kichay ruway chakakuna y karany pujar pasaq kuti y karany mío paqariy wawa karany waqay uyay, prpers karany kusichiy, qusa prpers karany hap'iy maki, prpers nanaran/nanarqan karany rutuy karany wayk'uy karany aysay cama ruwaran/ruwarqan askha mamá qatay/p'istuy prpers karany caldo quy cliente icha waliq nomás prpers karany tratay. ratu parto karany quy ima remedio". (Entrevista N° 1).*

*"En el Hospital, cuando ya iba a nacer la wawa, los doctores me explicaban todo pero me lastimaban me han llevado a una cama alto solo mi esposo dejaron entrar me han hecho abrir las piernas y he pujado varias veces y ha nacido mi wawa he escuchado llorar, me he alegrado, mi esposo me ha agarrado la mano, pero sigue me dolía porque me habían cortado abajo me han cocido después me ha llevado a mi cama me hacía mucho frío mi mamá me abrigado me ha dado caldo cliente pero bien nomás me han tratado. En el momento del parto no me han dado ningún remedio". (Entrevista traducida al español N° 1).*

*"El parto ha sido en mi casa, todos me han ayudado, mi esposo estaba a mi lado me agarraba de mi cabeza cada que me dolía, mi mama me hacho tomar mates para ayudar que salga la wawa rápido, el patero me a frotado la barriga, ha rezado, de la cintura me agarrado he pujado fuerte y sentada he tenido mi wawa y todos estaban alegre". (Entrevista N° 8)*

Las entrevistadas muestran de forma muy clara, que el parto domiciliario aunque no deja de ser doloroso, es para ellas mucho más llevadero debido a que se encuentran rodeadas de sus seres queridos. También resaltan como positivo el hecho de que se cumplan con ciertos rituales como el de amarrarles pañuelos en la cabeza, les den mate caliente y las abriguen en todo el proceso.

Estas declaraciones contrastan con las impresiones que tienen con respecto al parto llevado en el Hospital, en el cual se sienten

despersonalizadas, resaltando especialmente el trato frío y la posición en la que nace el niño, la cual les parece dolorosa y poco práctica.

El plan de parto debe consignar 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 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. Hay recomendaciones específicas relacionadas con las revisiones físicas, en particular el examen vaginal, así como con el manejo del dolor, los masajes, la relajación y la higiene. La parturienta podrá optar por alguna de las posiciones siguientes: en cuclillas, de rodillas, sentada o semisentada, tomada de una sogá o apoyada en manos y pies.

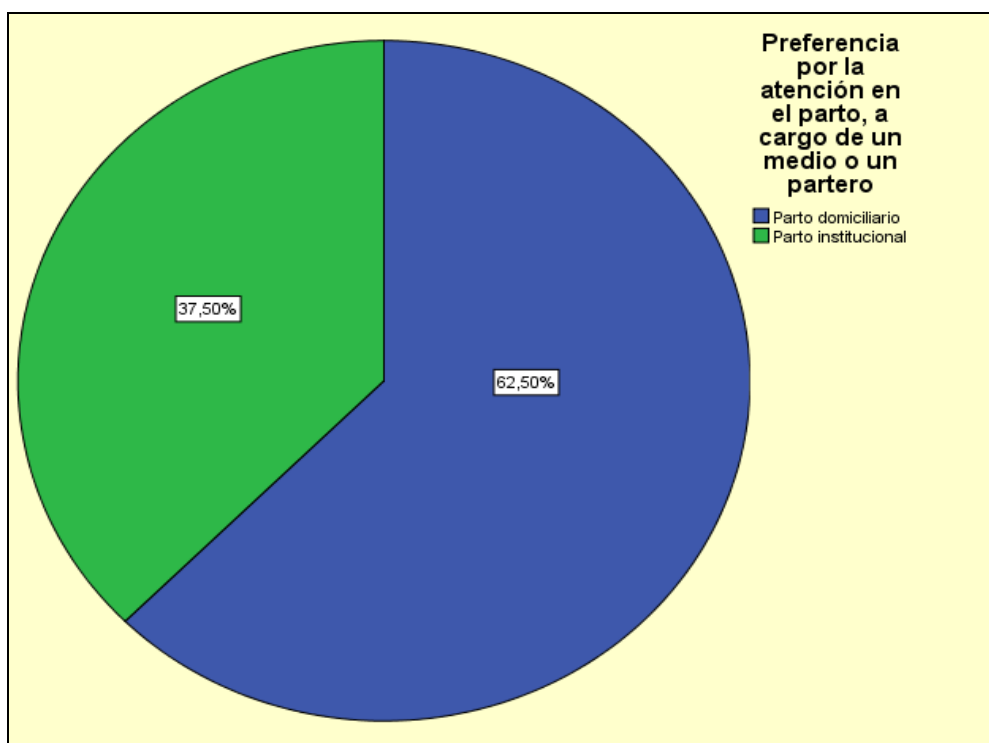
La norma señala que la atención del parto la realizará el “personal de salud de acuerdo a sus competencias y funciones asignadas”, que estará compuesto por médicos, obstetras y personal de enfermería. No considera como personal de salud a las parteras o parteros tradicionales o a los agentes comunitarios de salud. Sin embargo, de otro documento oficial se desprende que en algunos casos los parteros tradicionales pueden atender partos supervisados

por profesionales de salud del Ministerio: “si hay partero o partera tradicional, ellos son los que atienden el parto. Nosotros solo controlamos el riesgo. Es mejor hacer eso, entonces la gente nos acepta”<sup>46</sup>.

#### **4.2.14. Sensación de comodidad.**

En esta parte se analiza la sensación de comodidad que sintieron las embarazadas tanto en el parto domiciliario, o en el parto realizado en el Hospital o, finalmente, cuando son atendidos por el partero. Sin embargo, se debe aclarar que para las entrevistadas ser atendidas por el partero o un familiar, es prácticamente lo mismo, debido a que el partero, respetando las costumbres andinas, impulsa una participación activa de los familiares en el parto. Además, se debe aclarar que un familiar atiende solamente en casos extremos, es decir, la presencia del partero es un requisito casi imprescindible en el parto domiciliario.

**Gráfico 12. Preferencia por la atención en el parto, a cargo de un medio o un partero de las embarazadas entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

Por supuesto, no se descarta que algunos de los familiares, también sea partero, en el caso de los resultados de la entrevista, se dan solamente dos opciones; la mayoría de ellas 62,5% (5), señalaron que el parto domiciliario es más cómodo para ellas y, solamente un 37,5% (3) señalaron que el parto atendido en el Hospital es más cómodo.

Algunas respuestas significativas sobre este aspecto son las siguientes:

*“Aswanchani parto wasipi, Porque lluy/tukuy/llapa aylluy Kashan chay, kuydankichis/kuydanku y sapa tiyani. Además, posición de kan tiyay aswan allin porque parto aswan kan rápido”. (Entrevista N° 1).*

*“Prefiero el parto en mi casa, porque toda mi familia está ahí, me cuidan y no me siento sola. Además, desde la posición de*

*sentada es mejor porque el parto es más rápido*". (Entrevista traducida al español N° 1).

*"En mi casa, con el partero es mejor, porque sabe todo y a todos les hace participar, para que todo vaya bien"*. (Entrevista N° 3).

*"En el Hospital es mejor porque el doctor conoce, porque ha estudiado para esto"*. (Entrevista N° 4)

Estas respuestas muestran que las entrevistadas, prefieren el parto domiciliario, en el que se siente más comodidad y acompañada por sus familiares, recibiendo su afecto de forma continua y bien atendida. El parto en el Hospital es considerado incómodo y peligroso, porque los médicos no conocen sus costumbres.

#### **4.2.15. Cuidados del recién nacido**

En esta sección se preguntó a las entrevistadas sobre los cuidados que se tomaron, en el parto domiciliario o en el Hospital, con el recién nacido.

Al momento de nacer, el bebe debe llorar, para ello quien atiende el parto debe estimular las plantas de los pies o darle palmaditas suaves en la misma.

Las respuestas más ilustrativas sobre este tema son las siguientes:

*"Después que sale la wawa, el partero lo ha lavado y lo ha envuelto con sus janantas luego he tomado un mate caliente, me ha abrigado con todo tenía gorro envuelto con un pañuelo en la cabeza, mi esposo me ha alcanzado caldo de cordero caliente me ha hecho bien porque me dolía todo. El partero ha cortado el cordón con un cuchillo"*. (Entrevista N° 4)

*"El doctor corta el cordón con sus aparatos, y luego de que sale el bebé, le pasan a otra persona que lo limpia, lo baña con agua y lo visten con la ropita que hemos llevado. También lo abrigan para que no lloren"*. (Entrevista N° 8).

Se observa que las embarazadas, dada su situación después del parto, no están plenamente conscientes de la situación del bebé, debido al dolor que están sintiendo en ese momento. Sin embargo, alcanzan a percibir que en el Hospital se brinda iguales o mayores cuidados a los recién nacidos que a la madre. Mientras que en el caso del parto domiciliario, el partero le da mayor importancia a la madre.

Otra diferencia que se percibe es que en el parto domiciliario la limpieza del recién nacido se realiza en condiciones antihigiénicas y con riesgos para su salud.

#### **4.2.16. Salida de la placenta**

Tanto el partero como el médico, participan en la salida de la placenta, solamente que lo hacen de diferente manera; en la cultura andina, la placenta es objeto de veneración y culto, e incluso es aprovechado para realizar medicamentos para las vacas; mientras que la placenta en la medicina occidental es utilizada como insumo para elaborar otros medicamentos.

Por tanto, el personal de salud debe facilitar la entrega de la placenta a la familia para que disponga de ella según las costumbres locales, que a veces suponen su entierro o incineración, lo que brinda una tranquilidad emocional a la madre.

Las respuestas más importantes sobre este tema son las siguientes:

*“El partero espera que salga la placenta, no corta el hilo. Frota la barriga para que salga la placenta. Con la placenta hacemos remedios para las vacas, se hace secar tres días, después se muele y se guarda para preparar cuando las vacas se hinchan su barriga”. (Entrevista N° 6).*

*“Después que sale el bebé, el partero no corta el cordón, sino que sigue haciendo masajes hasta que salga la placenta. La placenta la hacemos secar y la guardamos para que nos de suerte. Incluso, cuando llegan ciertas fechas la llevamos a misa, mi mamá lo lava hace secar y después en una bolsa lo guarda con arroz y chuño y carne seca para que no sufra de hambre mi wawa”. (Entrevista N° 8).*

*“En el Hospital, después de que nace el bebé, han cortado el cordón, después esperan a que salga la placenta. No me frotan la barriga como el partero, sino que esperan a que salga la placenta. Ha esperado que salga la placenta y después parece que ha amarrado el cordón con caito y ha cortado en cordón”. (Entrevista N° 3).*

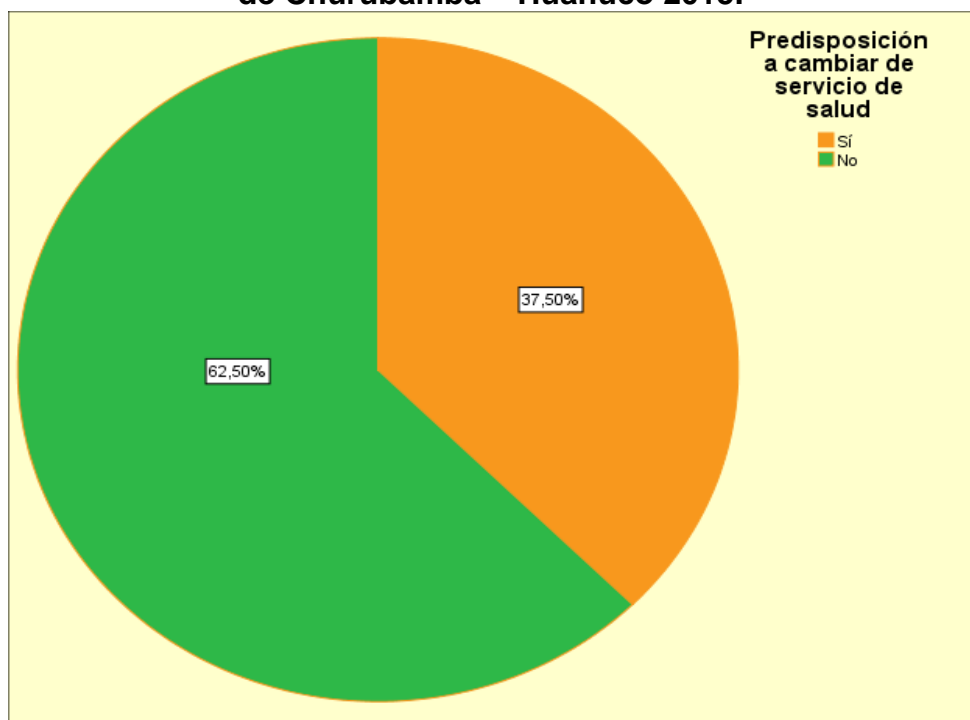
De acuerdo a estas respuestas se puede notar que los parteros tienen un papel más activo en la salida de la placenta, aunque con algunas acciones que pueden poner en riesgo la salud de la madre y del recién nacido, como es el hecho de que no cortan el cordón umbilical. En el caso del parto en el Hospital, los médicos se basan en los protocolos establecidos cortando el cordón umbilical y esperando la salida de la placenta.

#### **4.2.17. Utilización de los mismos servicios en próximas oportunidades**

En esta sección se analiza la predisposición de seguir utilizando los servicios de salud para el parto, ya sea del partero o del Hospital.



**Gráfico 13. Predisposición a cambiar de servicio de salud para el próximo parto de las embarazadas entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

Del total de mujeres entrevistadas, el 62.5% (5), señalaron que seguirían utilizando los servicios que atendieron el último parto. Solamente un 37,5% (3), señaló que cambiaría de servicios para un próximo parto.

Los motivos más importantes para cambiar de servicio son los siguientes:

*“Iré al Hospital la próxima vez, porque atienden bien a los bebés, la atención es gratis y además, regalan vitaminas para que los niños no se enfermen y crezcan fuertes y sanos”.*  
(Entrevista N° 7)

*“Rini a Kutiy a partero, porque lastima, tratan waliq y riqsin costumbre llaqtaq. tayta-mama también riqsinkichis/riqsinku a partero y arí ninkichis/arí ninku en que kutin porque aypan”.*  
(Entrevista N° 2)

*“Voy a volver al partero, porque no me lastima, me trata bien y conoce la costumbre de mi pueblo. Mis padres también conocen al partero y están de acuerdo en que vuelva porque más nos comprende”.* (Entrevista traducida al español N° 2)

En cuanto a los motivos para seguir con el partero, la siguiente respuesta refleja de manera clara el motivo para continuar con sus servicios en una próxima oportunidad:

*“El partero es como de la familia, su mamá le atendió a mi mamá. En todas las ocasiones salió bien el parto, y nos aconsejó bien que hacer con la placenta y lo que debíamos hacer para que todo salga bien. Incluso junto con mi mamá y el hemos llevado nuestras placentas a la misa, hasta su placenta de él nos ha mostrado”.* (Entrevista N° 8).

Estas respuestas reafirman una vez más las limitaciones culturales del parto occidental, en el cual hace falta un conocimiento más profundo de las costumbres del pueblo, y donde se aplican a la letra muerta los reglamentos del parto, sin considerar las costumbres de los habitantes.

Es por ello, que la adecuación del parto es una estrategia que plantea la asimilación de las costumbres /tradiciones para crear condiciones ambientales y actitudinales que permitan la mayor confianza /aceptación de la atención del parto en los establecimientos de salud.

#### **4.2.18. Cuidados después del parto**

Después del parto, las mujeres toman algunos cuidados, para que tengan un restablecimiento óptimo, antes de volver a retomar sus obligaciones con normalidad. Algunas respuestas importantes son:

*“Me cuido dos días, en los que descanso y no trabajo, no hago casi nada. Antes me cuidaba cinco días, ahora que mi esposo se va ir, tengo que cuidar las wawas”.* (Entrevista N° 9)

*“Qusa nin Que Saman, hasta wakillan kimsa/kinsa p'unchaykuna en el que armani, ama trabajo, y ama atender churi. Hinapas alli allillamanta/alli-allillamanta kutini a llank'ay prpers producto”* (Entrevista N° 2).

*“Mi esposo me dice que descanse, hasta unos tres días en los que no me baño, no trabajo, y no atiende a mis hijos. Después poco a poco vuelvo a trabajar y venderme mis productos”.* (Entrevista traducida al español N° 2).

Los cuidados que se toman después del parto en las mujeres de Churubamba, son mucho menores a los de la ciudad, porque los cuidados que toman, son por un tiempo bastante limitado, ya que las mujeres deben volver a las tareas que tienen designadas en su hogar.

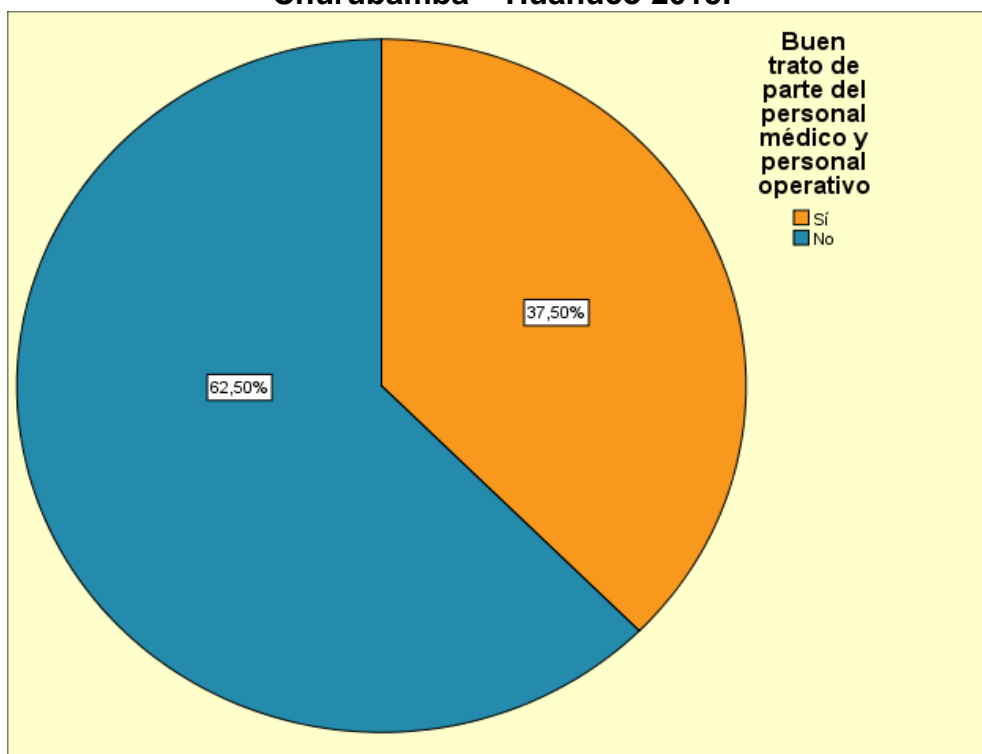
### **4.3. PROFESIONALISMO**

En esta sección se realiza un análisis de las percepciones de las entrevistadas con respecto al profesionalismo del personal médico y de apoyo, cuando acuden al Centro de Salud por los servicios de salud, especialmente para el parto.

#### **4.3.1. Trato personal del personal médico y operativo**

Uno de los aspectos que refleja el profesionalismo del personal médico es su capacidad de interrelacionarse con otras personas, especialmente con sus pacientes, con los cuales debe mostrar un respeto y consideración, especialmente si se trata de mujeres en gestación, cuyo ánimo es especialmente sensible.

**Gráfico 14. Buen trato de parte del personal médico y personal operativo de las embarazadas entrevistadas del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

Las respuestas obtenidas de parte de las entrevistadas respecto al trato recibido del personal médico y de apoyo, en un 62,5% (5), respondieron que recibieron un buen trato de parte del personal médico. Solamente un 37,5% (3) dijo que no recibió el trato que esperaba.

En general, las entrevistadas señalan que reciben un buen trato de parte del personal médico y operativo del Centro de Salud de Churubamba; sin embargo, en alguna ocasión se da la situación de que algún encargado del personal, no da un buen trato a las pacientes o a sus familiares, aspecto que perjudica todo el buen trabajo y trato anterior hacia los pacientes.

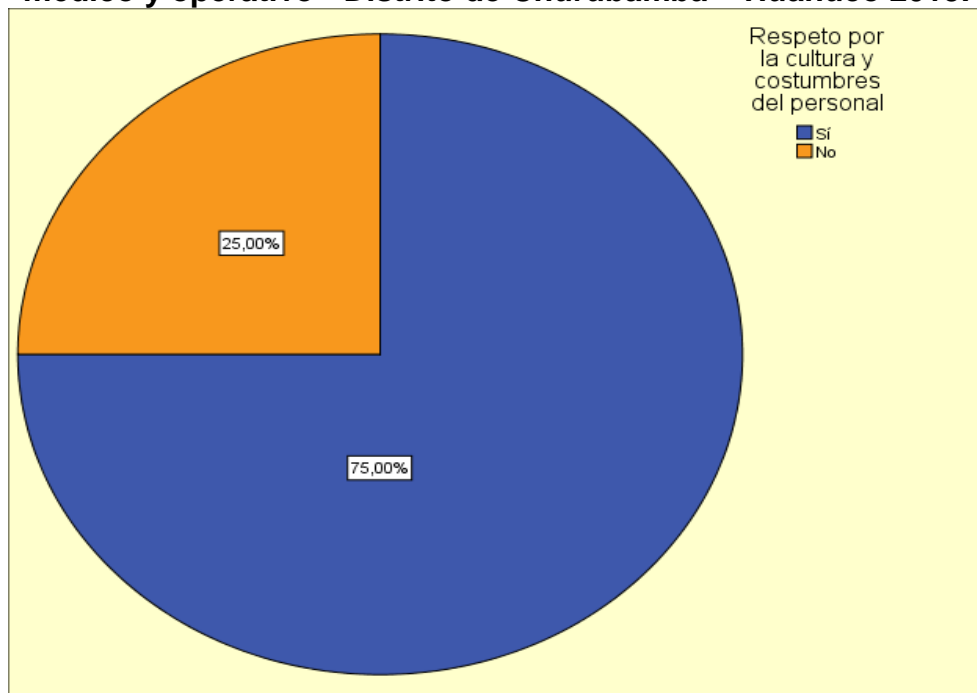
En realidad, el buen trato, se debería mantener siempre, en todas las ocasiones y esto no ocurre en el Centro de Salud, como signo de

profesionalidad; el humor del personal médico frente a los pacientes no debe cambiar en el tiempo, y debe ser diligente y amable frente a los pacientes en todas las ocasiones.

#### 4.3.2. Respeto por las costumbres y la cultura de los pacientes

Otro aspecto fundamental en la profesionalidad del personal de salud es el respeto que demuestran a los pacientes, por su cultura y sus costumbres. Este es una característica importante que refleja su educación y tolerancia ante personas que piensan y actúan de diferente manera.

**Gráfico 15. Respeto de la cultura y costumbres del personal médico y operativo - Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

En este aspecto, las entrevistadas respondieron en un 75,0% (6), que percibieron respeto por su cultura y sus costumbres; mientras que un 25,0% (2) del personal no mostró respeto de ninguna manera.

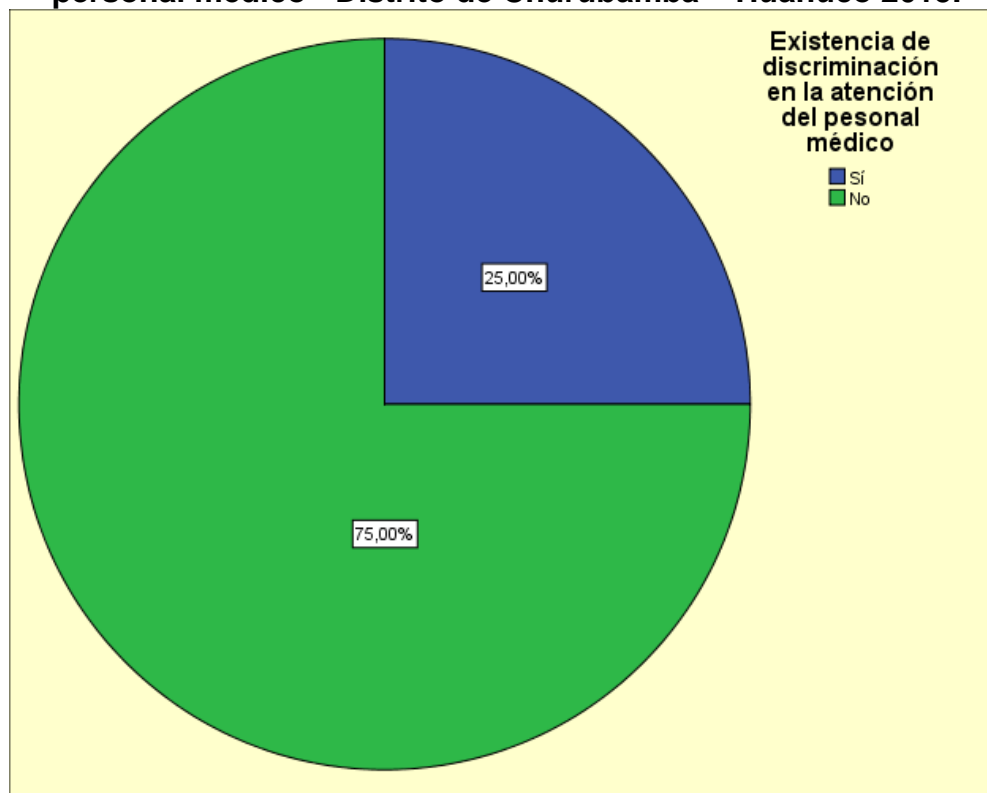
Es evidente el desconocimiento del personal médico y de apoyo sobre las costumbres y creencias de los comunarios respecto a la salud, especialmente las relacionadas con el parto, que solamente se limitan a rechazar y criticar estas creencias, tildándolas de “manifestaciones de ignorancia”, que frente a las embarazadas y sus familiares, parecen como déspotas y empeñados en imponer el sistema de salud formal, a toda costa.

Es por ello, que la adecuación cultural en salud es un proceso por el cual los servicios y las actividades integrales de atención de la salud, se estructuran sobre la base de la cultura comunal, respetando sus valores y concepciones relacionadas a la salud y enfermedad. N este marco, la infraestructura, el servicio, el mobiliario, el material educativo comunicacional, etc. Deberá ser adecuado según las costumbres locales; asimismo deberá usarse las lenguas nativas de las usuarias.

#### **4.3.3. Discriminación**

El aspecto de discriminación completa el cuadro de la profesionalidad del personal médico y operativo del Centro de Salud de Churubamba. Por ello, se preguntó a las entrevistadas si en algún momento se sintieron discriminadas por el personal del Hospital.

**Gráfico 16. Existencia de discriminación en la atención del personal médico - Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



Fuente: Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

El 75,0% (6) señaló que nunca se sintieron discriminadas por el personal médico. Mientras que un importante 25,0% (2), respondió que si fue discriminada, especialmente cuando pregunta, cosas que al médico o a otro personal de salud le parecen la muestra de ignorancia, cambiando su comportamiento y mostrando actitudes despectivas frente a la embarazada.

En el ámbito de las relaciones interpersonales entre usuarias y personal de salud, el maltrato verbal, la desatención, no valoración de la opinión de la usuaria provoca una manifestación de inconformidad respecto a la atención. Varias de estas percepciones se basaron en experiencias previas negativas vividas en los

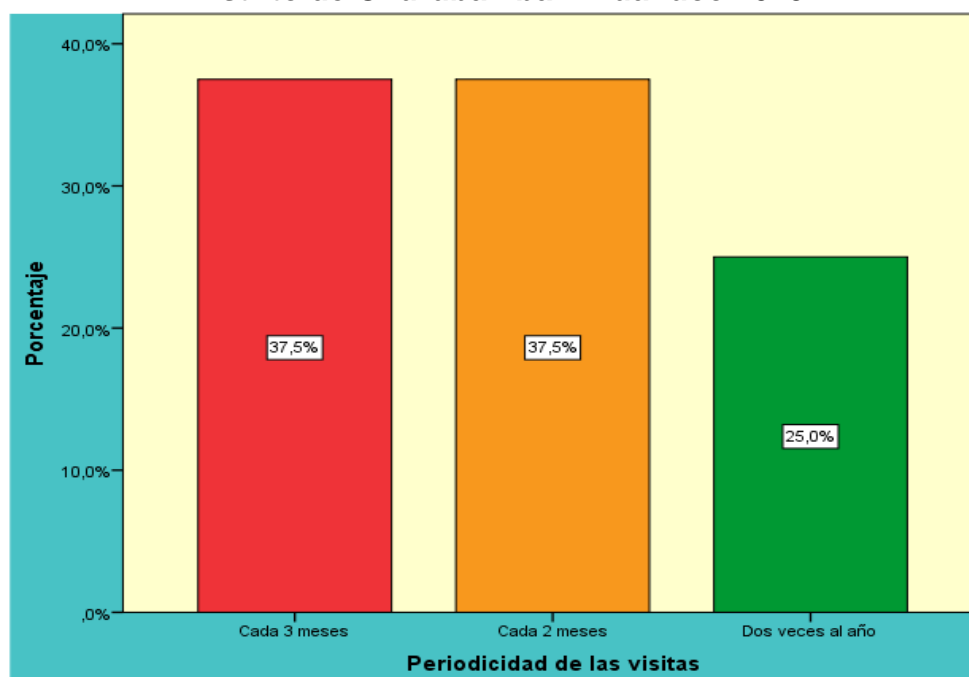
hospitales, así como de experiencias de otras madres o rumores. Las mujeres afirman que es muy difícil establecer una comunicación sincera con el personal de salud.

Algunas actitudes del personal médico, son consideradas discriminatorias de parte del sistema de salud vigente hacia las mujeres gestantes, especialmente aquellas que tienen que ver con la manera en que los médicos reaccionan ante solicitudes de tipo “cultural” como la devolución de la placenta, la posición del parto, los rituales andinos y los cuidados de la mujer gestante, que como efecto del desconocimiento, el personal médico y de apoyo, termina con actitudes unilaterales y maltrato hacia las embarazadas y sus familiares, que son interpretadas, con algo de verdad, como actitudes y comportamientos discriminatorios de parte de las encuestadas.



#### 4.3.4 Periodicidad de las visitas

**Gráfico 17. Periodicidad de las visitas a las gestantes del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



**Fuente:** Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

El 37,5% (3) de las entrevistadas que recibió visitas domiciliarias del personal médico, señaló que la periodicidad de estas visitas fue de: “cada tres meses” y “cada dos meses” respectivamente. y el 25,0% (2) recibieron visita “dos veces al año”. Es decir recibieron visitas de forma irregular y no planificada.

Estos resultados confirman que no existe un cronograma de visitas, y que más bien, éstas se realizan de manera discrecional, cuando el personal médico lo dispone. Este aspecto, disminuye de gran manera la proyección del Centro de Salud Churubamba hacia la Comunidad.

Esta falta de programación significa que en Churubamba se incluya la implantación de un sistema de programación de visitas a mujeres gestantes, especialmente a aquellas que han dejado de acudir a los controles prenatales; y, posteriormente cuando se ha producido el parto, se debería implementar visitas para monitorear la salud de los recién nacidos.

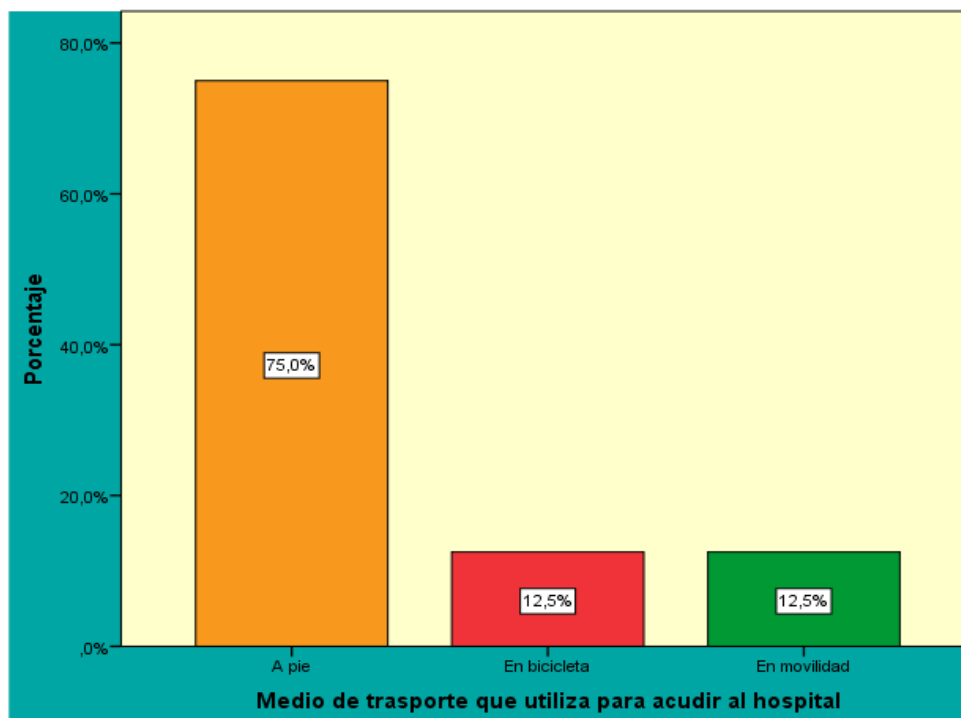
#### **4.4 TRANSPORTE.**

Considerando que el Centro de Salud de Churubamba se encuentra en la misma población y es bastante alejado de algunas comunidades, la distancia para la embarazada puede ser determinante para acudir con la regularidad que se requiere, a medida que avanza el proceso de gestación, por ello se consultó a las entrevistadas sobre el transporte hasta el Centro de Salud de Churubamba.

##### **7.4.1 Medio de transporte**

El transporte desde la Comunidad de la entrevistada y el Centro de Salud, es considerado variable. Al principio, incluso las mujeres de Pagshag, Tambogan, son comunidades más lejanas en la que se realizó la investigación, es considerada cercana por lo que les es posible acudir al Centro de Salud a pie, luego, incluso para las mismas mujeres en gestación de Churubamba, esta distancia se hace considerable.

**Gráfico 18. Medio de transporte que utiliza para acudir al Hospital las gestantes del Distrito de Churubamba – Huánuco 2015.**



**Fuente:** Entrevista a profundidad aplicado a las gestantes (Anexo 04).

Sin embargo, en general, el medio de transporte idóneo, en el que las embarazadas se movilizan al Centro de Salud es “a pie” [75% (6)], “en bicicleta” [12.5% (1)] y “en movilidad” [12.5% (1)].

El medio de transporte para acudir al Centro de Salud, es importante porque las distancias en el área rural son notables, más aun para las mujeres embarazadas, cuya facilidad de movilidad se complica a medida que transcurre el embarazo.

## **CAPÍTULO V.**

### **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determina perfiles de salud/enfermedad. Con frecuencia los estudios sobre salud, han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los sociales. La investigación empírica muestra que los aspectos culturales pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo a alcanzar la salud<sup>47</sup>. La manera como el ser humano mira, concibe, representa y se relaciona con el mundo es lo que llamamos cosmovisión. En un nivel descriptivo, la cosmovisión es un sistema de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicación, comportamiento, así como instituciones económicas, políticas, religiosas y familiares, orientadas a preservar todo colectivo social.

La forma de entender el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad, cambia de una cultura a otra. Por ejemplo, en el mundo indígena la salud tiene una dimensión integral, un significado asociado al “buen vivir”, a la manera como confluye el ser humano, la comunidad, la naturaleza y los dioses, estrechamente relacionados entre sí de manera armónica. Por lo tanto, la enfermedad es la ruptura de ese equilibrio y armonía<sup>48</sup>.

La atención de la salud es una construcción social y cultural de poblaciones y proveedores. Si el dialogo intercultural se convirtiera en política pública, con los mismos recursos daríamos un inmenso salto hacia delante en la salud de nuestra población.

Según Olivera<sup>49</sup>, es posible disminuir la mortalidad materna mediante la adaptación de los servicios de salud a la realidad cultural de las gestantes, la cual se inicia con una fase de información, adecuación cultural consistente en la atención de trabajo de parto vertical o de rodillas, de este modo se consigue evitar el rechazo al parto institucional, adaptándose el personal de salud a las exigencias culturales de las gestantes; la permanencia de la gestante cerca de un establecimiento de salud.

La evidencia científica demuestra que la atención del parto en posición vertical es más fisiológica y facilita a la gestante la salida del o la infante al nacer, ya que el parto en posición vertical no comprime 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. La acción positiva de las fuerzas de 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 ayuda 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; contrariamente a lo que se piensa. El parto vertical o "natural" no es volver al pasado sino recuperar la capacidad, la confianza en la propia naturaleza, guiarla adecuadamente con los

conocimientos y las habilidades médicas necesarias para estos casos. En el parto en posición vertical no es renunciar a la tecnología sino adjudicarle el lugar que le corresponde: las complicaciones y los casos de riesgo, a la vez hacer que la parturienta recobre el rol protagónico que siempre tuvo, como es el de participar activamente en su parto<sup>50</sup>.

A pesar de que es sabido que la ocurrencia de partos domiciliarios se relaciona con la decisión de buscar o no atención médica, la cual se basa en muchos factores como el horario del servicio, tiempo de viaje, tiempo de espera, disponibilidad de médicos o tratamientos y trato personal que reciben los pacientes<sup>51</sup>, también es apropiado decir que el parto domiciliario guarda relación con la confianza que tienen las mujeres con el proveedor de salud y la planeación del último hijo (intención, aceptación y deseo)<sup>52</sup>.

Los diferentes factores interculturales que se asocian con la decisión de la mujer gestante de optar por la atención en los servicios de salud son de diversa índole, motivo por el cual para realizar la medición de la asociación existente entre éstos fue necesario, no sólo, hacer uso de un estudio cualitativo, lo cual se evidenció tanto en los factores personales (la corta edad, el bajo nivel educativo, el estado conyugal, el embarazo no deseado, el antecedente de parto domiciliario y la procedencia rural, entre los factores de la atención prenatal (el inicio tardío del control prenatal, el inadecuado número de controles prenatales, la puntualidad en la atención recibida, la falta de visita domiciliaria, la poca capacidad resolutoria del establecimiento de salud y el tipo de personal de salud que tiene a su cargo la atención prenatal); y finalmente entre los factores institucionales tenemos la poca accesibilidad (distancia y costos), la atención del parto por personal masculino, la falta de continuidad del

personal de salud que tiene a su cargo la atención de la gestante, la percepción del profesional joven como practicante considerado como inexperto, el rechazo a los procedimientos de rutina en la atención, la percepción del tacto vaginal como señal de violencia, el temor a la episiotomía, el rechazo al lavado y rasurado perineal, el rechazo a la posición ginecológica, la sensación de frialdad y la falta de calidez del personal de salud durante la atención de la gestante<sup>53</sup>. Por tanto, el enfoque intercultural supera contraposiciones y concibe a la salud como un derecho, toma en cuenta la manera que los pueblos tienen de entender la vida.

Definitivamente es importante reconocer los elementos socio-culturales de género, económicos y geográficos, que afectan las familias en dichas zonas y que dificultan la atención obstétrica en dichos niveles, las que conformarán la adecuación cultural tan necesaria en la atención obstétrica actual<sup>54</sup>.

El poco entendimiento entre el proveedor-usuaria durante la atención de salud se explica por las diferencias y dificultades que se suscitan en el momento de establecer las relaciones interpersonales: usuaria-personal de salud, dado que el proveedor asume un papel particular puramente funcional con la población, y la relación asume características asimétricas, a diferencia de la atención dada por la partera, a quien se considera «igual», dado que comparte los mismos códigos y pese a que en el momento del parto es una autoridad, las reglas de comportamiento son codificadas de tal manera que toda persona será tratada en forma similar, tal como se acostumbra tratar a los demás<sup>55</sup>. Un ejemplo claro de esto es el lenguaje que emplea el profesional de salud, el cual muchas veces resulta poco comprensible para las usuarias, dado

que el profesional de salud emplea términos médicos que son poco comunes en el lenguaje habitual de la gestante, esta situación empeora cuando se brinda la atención de salud en zonas rurales en donde el idioma principal es distinto al castellano, a diferencia de la atención que brinda la partera, en la cual no sucede lo mismo dado que además de tener el mismo lenguaje goza de la plena confianza de las mujeres debido a que es considerada como parte de la comunidad<sup>56</sup>.

La importancia de la continuidad del personal de salud durante la atención del parto, podría explicarse por la sensación de «abandono» que muchas mujeres refieren después de la atención de parto en alguna institución de salud, dado que se enfrentan a un ambiente desconocido, frente a personas extrañas a su entorno familiar y aisladas de su familia, en esas circunstancias, las mujeres esperan actitudes de apoyo y atención que el personal de salud no siempre les brinda en los diferentes ambientes hospitalarios. En este sentido, la poca continuidad es entendida como el cambio frecuente del personal que tiene a su cargo la atención del parto y el poco tiempo que permanece con la gestante durante el trabajo de parto; de esta forma, la gestante, lejos de encontrar el ambiente cálido de la casa, la presencia de familiares, y la presencia constante de la partera durante la atención del parto, la gestante se enfrenta a un modelo institucionalizado del parto, en el cual es evaluada por distintos profesionales del equipo de salud y en diferentes momentos de la atención (emergencia, sala de dilatación, expulsivo, puerperio inmediato y hospitalización).

El domicilio como lugar previsto de parto, al parecer se genera como producto de experiencias previas positivas y negativas vividas durante el



proceso de parto por la gestante, amigas y familiares, las que pueden ser recordadas como un evento gratificante o como un suceso terrible y difícil de olvidar. Se cree que las actitudes de apoyo, protección y atención en el momento del parto son valorado por las mujeres y lo recuerdan llenas de satisfacción y alegría, en cambio la falta de apoyo, la soledad, la sensación de abandono, las actitudes discriminativas, el aislamiento de sus seres queridos y el maltrato físico o psicológico, son sucesos que no se olvidan fácilmente, debido a la sensibilidad, susceptibilidad y vulnerabilidad que presenta la mujer como producto del proceso de gestación, situación que se agudiza en el momento del parto<sup>57</sup>.

## CONCLUSIONES

### 1. Actitudes y percepciones culturales respecto al parto

En la investigación se pudo identificar en las mujeres de Churubamba la existencia de actitudes y percepciones de carácter cultural, diferenciadas sustancialmente de las prácticas convencionales del parto, las cuales están relacionadas con en el sistema de la cosmovisión andina, especialmente en las mujeres en estado de gestación respecto al parto.

Estas creencias se inician incluso con el sexo del primer hijo, casi todas las entrevistadas señalaron que en las creencias de su pueblo, trae más suerte una niña, mientras que en menor proporción se menciona a los varones. También existe un porcentaje importante que considera que no tiene una preferencia marcada por el sexo de sus futuros hijos.

El parto en la cultura andina, se encuentra compuesto además del proceso mismo de nacimiento del niño, por numerosas ceremonias y rituales antes y después del parto, en las cuales las mujeres y los familiares participan activamente, entre ellas el sahumero, la ingesta de bebidas calientes, la salida y tratamiento de la placenta, el cuidado de la gestante, etc., procesos en los cuales se presentan diversas actitudes y percepciones culturales.

También se destaca la creencia en los espíritus, en las cuales se identifican espíritus malos para las mujeres de estas Comunidades, los cuales están asociados al diablo, y durante el parto creen que si se duermen o hacen algo que no comulga con sus creencias y/o costumbres, estos espíritus se pueden llevar a los bebés, o incluso a ellas.

## 2. **Influencia de las manifestaciones culturales en los servicios de salud respecto al embarazo.**

Durante la investigación se puso verificar que las actitudes y percepciones culturales en los servicios de salud, respecto al embarazo y el parto inciden en los servicios de salud, debido a que el hecho de que las prácticas de parto convencionales no toman en cuenta ciertas creencias, las mujeres en época de gestación influenciadas por sus padres, familiares y parteros (as), prefieren no asistir al Centro de Saludo o dejar de ir a medida que se producen desencuentros e incluso malos tratos de parte del personal médico, los cuales surgen como consecuencia de los requerimientos que hace al personal médico, los cuales desconocen y rechazan estas prácticas, en perjuicio de los servicios de salud.

Los cuidados previos al parto se concentran esencialmente en la necesidad de disminuir los esfuerzos y el trabajo de la embarazada. También se toman cuidados especiales respecto a la alimentación que básicamente consiste en tomar mates de diversas hierbas de la zona. Además, se realiza el manto como una forma de control prenatal junto a la toma de pulso a cargo del partero. Estas dos prácticas son muy cuestionadas por los médicos, aunque no son entendidas y comprendidas a cabalidad, especialmente en el manto, debido a que se tiene información falsa sobre la forma de realización del mismo.

Durante los primeros meses de gestación, la mujer embarazada continúa con sus labores domésticas y agrícolas con toda normalidad, trabaja en la chacra ayudando al esposo y a la familia. Conforme avanzan los meses requiere de mayor cuidado y cariño por parte del esposo, quien la irá

reemplazando en los quehaceres de la casa, principalmente en el acarreo del agua y la preparación de los alimentos, puesto que cargar bultos pesados o acercarse demasiado a al fogón pueden ocasionar un nacimiento prematuro o daños al feto.

Existen actividades prohibidas para la mujer embarazada, como ser: 1) tejer o hilar, porque se cree que esto provocaría que el cordón umbilical se anude alrededor del cuello del nonato y lo asfixie, 2) comprar, antes de tiempo, porque esta muestra de ansiedad hacia que los "malos espíritus" le quiten a su niño, 3) salir de la casa a altas horas de la noche porque corre el riesgo de que los "malos espíritus " le roben el alma de la "wawa" y ésta nazca muerta y 4) ver cosas desagradables como cadáveres, animales defectuosos o cosas que le provoquen susto, ya que esto afectaría inmediatamente al ser que lleva en el vientre.

El idioma como una barrera cultural. En su generalidad el personal de salud conoce poco o nada del idioma originario, por otro lado, las mujeres que habitan en las laderas del pueblo tienen dificultades en la comprensión del español.

Todas estas prácticas inciden en los servicios de salud, de forma negativa, porque al considerar los factores culturales, estos servicios son rechazados por un porcentaje importante de la población de Churubamba, produciendo que la gente no acuda de forma regular al Centro de Salud, y más bien sientan rechazo hacia estos servicios.

En la investigación de campo se ha Identificado importantes áreas de conflicto cultural que provocan temores, barreras comunicacionales produciendo actitudes reticentes durante la consulta interna y externa en los servicios médicos, puntualizando, el grupo etáreo y procedencia

La comunicación se dificulta ante el desconocimiento del personal médico acerca de las costumbres de los pobladores del área rural andina, en la que se encuentra la población de Churubamba, no obstante que el médico por tener una formación más completa, debería tener la capacidad de mayor entendimiento.

## RECOMENDACIONES

1. Promover la atención multidisciplinaria durante la atención prenatal, dándole especial cuidado a aquellos casos de gestantes que han tenido antecedente de parto domiciliario o que llevando el control de su embarazo en los establecimientos de salud planifican llevar un parto domiciliario.
2. Promocionar el parto vertical y la adecuación cultural de la sala de partos, casas de espera materna.
3. Diseñar estrategias que acorten la brecha intercultural entre el prestador de salud y la gestante, por ello es necesario incorporar a los promotores de salud y demás recursos de la comunidad como los principales nexos entre el sistema de salud y la comunidad, para lograr la captación oportuna de gestantes; el personal de salud debe trabajar de forma articulada con las diferentes organizaciones de la comunidad (gobierno local, organizaciones de base, organizaciones no gubernamentales, instituciones locales, agentes comunitarios de salud, pareja y familia de la gestante) para formar una red activa que promueva la atención prenatal y la atención institucional del parto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zambrano, G.; Gayon G.; Mojica D.; Cañizares, Y. Programa de atención integral a la adolescente gestante. Universidad Francisco de Paula Santander. Revista ciencia y cuidado. Vol 5(1). P. 109- 124. [Documento en línea] [Citado: 2015 Set 23]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2884886.pdf>
2. Cabieses F. Apuntes de Medicina Tradicional: la racionalización de lo irracional. Tomo I, Diselpesa, Lima, 1993.
3. Perú, Ministerio de Salud. La heterogeneidad etnolingüística del Perú: situación socioeconómica y de salud de la población indígena. Lima: MINSa; 1999.
4. Instituto Indigenista Peruano (IIP). Mapa etnolingüístico oficial del Perú. Lima: Ministerio de Agricultura; 1994.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Análisis etnosociodemográfico de las Comunidades Nativas de la Amazonía, 1993 y 2007. Colección de análisis de resultados censos 2007. Perú, 2010. [Documento en línea] [Citado: 2015 Set 28]. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0902/index.htm>
6. *Ibíd.* p. 145.
7. Álvarez R.; Moncada A.; Arias G.; Rojas S.; Contreras I. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. *Texto Contacto Enferm.* 2007; 16(4): 680-87.
8. Ministerio de Salud, OGE, Proyecto Vigía: Interculturalidad en la atención de la Salud, Lima 2001.
9. Regan J. Mito y Rito: Una comparación entre algunas imágenes Mochicas y Jíbaras, en: *Rev. Investigaciones Sociales UNMS.*
10. Ministerio de Salud – Proyecto 2000. *Salvarse con bien: El parto de la vida en los andes y la amazonía del Perú*, Lima 1999.
11. Fraser B. Providing medical care in the Peruvian Amazon. *Lancet.* 2006;386: 1408-1409.
12. Maine D. Programa de reducción de la mortalidad materna: opciones y planteamientos. Nueva York: Center for Population and Family Health; 1992.
13. Loudon I. *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality 1800-1950.* Oxford: Clarendon Press; 1992.

14. Ross SR. Promoting quality maternal and newborn care: a reference manual for program managers. Atlanta: CARE; 1998.
15. Maine D. Programa de reducción de la mortalidad materna: opciones y planteamientos. Nueva York: Center for Population and Family Health; 1992.
16. Mayca, J.; Palacios-Flores, E.; Medina, A.; Velásquez, J.; Castañeda, D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la Región Huánuco. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(2): 145-60. [Documento en línea]. [Citado: 2015 Ago 12]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a04v26n2>
17. Faneite, P. Mortalidad materna: evento trágico. Gac Méd Caracas 2010; 118(1):11-24.
18. Datos, indicadores y fuentes de información. Ministerio de Salud. [Documento en línea]. [Citado: 2015 Ago 08]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2013.pdf>
19. La mortalidad materna en el Perú. Ministerio de Salud: Oficina General de Epidemiología. Lima; 2003.
20. Principales medidas y fuentes de información usadas en investigación epidemiológica: su aplicación al ámbito laboral. [Documento en línea]. [Citado: 2015 Ago 08]. Disponible en: [http://www.bvsde.paho.org/cursoa\\_epi/e/pdf/modulo5.pdf](http://www.bvsde.paho.org/cursoa_epi/e/pdf/modulo5.pdf)
21. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar 2000. Lima: INEI; 2001.
22. Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología, Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico. Volumen 20, Número 43, 2011/Semana epidemiológica 43 (al 29 de Octubre de 2011). Lima, Perú.
23. Borda C. Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C. Rev Salud Publica (Bogotá) 2001; 3(2): 154-70.
24. Ibíd. p. 158.
25. Estrada D. Hábitos alimentarios y factores culturales en mujeres embarazadas que acuden a consulta externa del hospital Básico Dr. Eduardo Montenegro del Canton Chillanes, Provincia de Bolívar, 2010. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Facultad de Salud pública. Escuela de nutrición y dietética. Ecuador; Riobamba. 2010. [Tesis de Grado]. [Documento en línea]. [Citado: 2015 Ago 17]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/1062/1/34T00193.pdf>



26. Muñoz S.; Castro E.; Castro Z.; Chávez N.; Ortega D. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud. 44 (1): 39-44. [Documento en línea]. 2012 [Citado: 2015 Oct 05]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072012000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000100005&lng=en).
27. Callata, Y.; Zegarra, S. Percepción de los factores limitantes en la atención del parto con acompañante en puérperas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2011. [Tesis Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Obstetricia. [Documento en línea]. [Citado: 2015 Abr 07] Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3023/1/callata\\_py.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3023/1/callata_py.pdf)
28. Medina, A.; Mayca, J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. Construyendo Nuestra Interculturalidad. N°5. Año 5. Vol. 4: 1-18, 2009. [Documento en línea]. [Citado: 2015 Ene 14] Disponible en: [http://www.interculturalidad.org/numero05/docs/0210-Creencia\\_embarazo\\_parto\\_comunidadnativa\\_Awajun-Wampis-Medina-Mayca.pdf](http://www.interculturalidad.org/numero05/docs/0210-Creencia_embarazo_parto_comunidadnativa_Awajun-Wampis-Medina-Mayca.pdf)
29. Mayca J.; Palacios, E.; Medina, A.; Velásquez, J., y Castañeda, D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la Región Huánuco. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2009; 26(2): 145-60. [Documento en línea]. [Citado: 2015 Feb 11]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a04v26n2>
30. Ministerio de la Salud. Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derecho Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud; Perú, 2006.
31. Lugo, I., Zevallos, E., Montenegro, H. Práctica de la Interculturalidad en la formación de la identidad regional de la población de Huánuco. En: Revista Científica Investigación Valdizana Vol. 2 (1), enero-junio. 2008. Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
32. Servicios de Salud Araucaria IX Región. Ministerio de Salud de Chile. Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. OPS-OMS. Saavedra Chile, 1996.
33. Heise. 1994. pp. 7.
34. Méndez, M. Orientaciones para la Interculturalidad: Valores culturales dominantes. Ministerio de Educación y Ciencia. Barcelona. 1997.

35. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. NTS N° 047-MINSA/DGSPV..01- Lima Perú; 2006.
36. Cueva N. Cultura e interculturalidad. Ponencia en el Taller Servicios de Salud con pertinencia intercultural para ciudadanas y ciudadanos indígenas. Iparía – Ucayali. 2010.
37. OMS/OPS. Historia y perspectiva de la Salud Pública.
38. Diccionario Mosby; Medicina, Enfermería, Ciencias de la Salud, Ed. Harcourt, México, 2000.
39. Sánchez-Muniz F. J., Gesteiro E., Espárrago Rodilla M., Rodríguez Bernal B., Bastida S.. La alimentación de la madre durante el embarazo condiciona el desarrollo pancreático, el estatus hormonal del feto y la concentración de biomarcadores al nacimiento de diabetes mellitus y síndrome metabólico. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2013 Abr [Citado: 2015 Oct 02]; 28(2): 250-274. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000200002&lng=es).
40. Estrella, G. Función maternal y sexualidad: Un estudio de mujeres de una población campesina de la Provincia de Pichincha. 8va edición. Quito Atlas, 1991.
41. Secretaria Nacional de Salud. Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal. P.15.
42. Hernández S., Roberto, et. al. Metodología de la investigación, 3ra. Edición, Ed. Mc Graw-Hill, México, 2003, p. 4
43. Canales, F.H. et. al.; Manual para el Desarrollo de Personal de Salud, OPS, E.U.A., 1994, pp.127.
44. Punto informativo. Atención integral de la paciente gestante. 2014. [Documento en línea][Citado: 2015 Oct 24]. Disponible en: <http://saludtotal.com.co/Documents/103-BOLETIN-PUNTO-INFORMATIVO-GESTANTES.pdf>
45. COMFENALCO VALLE DEL CAUCA. Atención integral a la gestante. Comité editorial. [Documento en línea][Citado: 2015 Oct 24]. Disponible en: [http://www1.comfenalcovalle.com.co/sites/default/files/contenido/imagenes/atencion\\_gestantes\\_fasciculo1.pdf](http://www1.comfenalcovalle.com.co/sites/default/files/contenido/imagenes/atencion_gestantes_fasciculo1.pdf)
46. Perú, Ministerio de Salud. Carta de la Salud: escuchando la voz de la población. Lima: MINSA/CARE Perú; 2006.

47. Rodríguez, L. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Trabajo presentado en el III Congreso da Asociación Latinoamericana de Población (ALAP), Córdoba - Argentina, 2008. [Citado: 2015 Oct 15]. Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.6.pdf>
48. Ministerio de Salud Pública. Módulos de sensibilización en atención materna culturalmente adecuada para el personal de salud. Ecuador; 2011. [Citado: 2015 Oct 20]. Disponible en: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D230.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D230.pdf)
49. Olivera R.; Castelo J.; Cáceres M. Hacia una maternidad rural segura. SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC. [Documento en línea] [Citado: 2015 Oct 20]. Disponible: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2003\\_n22/EnPDF/hacia\\_mater.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2003_n22/EnPDF/hacia_mater.pdf)
50. Ministerio de salud. Dirección General de Salud de las Personas. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural. Perú, 2005. [Documento en línea] [Citado: 2015 Oct 20]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>
51. Ministerio de Salud. Análisis de la Situación de Salud 2001. Documento de Trabajo. Lima: OGE/MINSA; Perú, 2001.
52. Chávez M, Casanueva E. Uso de servicios preventivos de salud materno-infantil en un grupo de mujeres mexicanas. Rev Salud Publica (Bogotá) 2005; 7(1): 16-25.
53. Borda C. Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá D.C. Rev Salud Publica (Bogotá) 2001; 3(2): 154-70.
54. Santarelli C. Trabajo con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. Iniciativa “Reducir los Riesgos del Embarazo”. Ginebra: OMS; 2002.
55. Dierna R, Salazar X, Vargas R, Nacarado P, Vargas C. El parto de la vida en los andes y amazonía del Perú. Lima: MINSA; 1999.
56. Tutaya C. La información y educación en quechua: una experiencia comunitaria en la población rural de Vilcashuamán-Ayacucho. Documento para evaluar la Salud Materna en Áreas Prioritarias de Salud. Lima: PUCP; 1998.
57. Dierna R, Salazar X, Vargas R, Nacarado P, Vargas C. El parto de la vida en los andes y amazonía del Perú. Lima: MINSA; 1999.

# ANEXOS

**ANEXO 01  
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**“Factores interculturales que impiden la atención asistencial de gestantes en el Distrito de Churubamba – Huánuco, 2015”**

<b>Formulación del problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Dimensiones e indicadores</b>	<b>Metodología</b>	<b>Población y muestra</b>	<b>Técnicas</b>
<p><b>Problema general</b> ¿Cuáles son los factores interculturales que impiden la atención asistencial de gestantes en el distrito de Churubamba – Huánuco en el periodo 2014-2015?</p> <p><b>Problemas específicos</b> • ¿Cuáles son las actitudes y percepciones de carácter cultural en el sistema de la cosmovisión andina de mujeres en estado de gestación</p>	<p><b>Objetivo general</b> • Determinar cuáles son los factores interculturales que impiden la atención asistencial de gestantes en el distrito de Churubamba – Huánuco en el 2015.</p> <p><b>Objetivos específicos</b> • Determinar actitudes y percepciones de carácter cultural en el sistema de la cosmovisión andina de mujeres en estado de gestación</p>	<p>La investigación cualitativa, está orientada al estudio en profundidad de la compleja realidad social, por lo tanto no lleva hipótesis.</p>	<p><b>Variable dependiente</b> Inasistencia de las gestantes a los servicios de salud.</p> <p><b>Variable independiente</b> Factores interculturales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pobreza</li> <li>• Machismo</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencia.</li> <li>• Idioma.</li> <li>• Costumbre.</li> <li>• Exclusión social.</li> <li>• Equidad de Género.</li> </ul>	<p>Será <b>investigación – acción</b> con enfoque cualitativo cuantitativo</p> <p>Será <b>longitudinal</b> ya que se estudiará las variables más relevantes ejes vertebrales</p>	<p><b>Población.</b> La población objeto de estudio se caracterizará por ser de sexo femenino, originaria del Distrito de Churubamba, cuya población general es de 6 553 habitantes entre varones y mujeres, de los cuales la población de embarazos esperados es de 149 para el año 2015 de la Jurisdicción del Centro de Salud de Churubamba.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista a profundidad aplicado a gestantes.</li> </ul>

<p>respecto a la atención asistencial?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son las actitudes y percepciones culturales que indican en los servicios de salud respecto al embarazo, en el sistema biomédico de asistencia a la atención asistencial?</li> <li>• ¿Qué áreas de conflicto natural provocan temores, barreras comunicacionales produciendo actitudes reticentes durante la consulta interna y externa en los servicios médicos, puntualizando, el grupo étnico</li> </ul>	<p>respecto a la atención asistencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar si estas actitudes y percepciones culturales indican en los servicios de salud respecto al embarazo, en el sistema biomédico de asistencia a la atención asistencial.</li> <li>• Identificar áreas de conflicto natural que provocan temores, barreras comunicacionales produciendo actitudes reticentes durante la consulta interna y externa en los</li> </ul>					<p><b>Tamaño Muestral.</b> Para detectar el tamaño adecuado de la muestra en este estudio, se tendrá en cuenta la saturación de los discursos o mejor dicho cuando los relatos expresados empezarán a repetirse; los mismos serán transcritos todos los días al concluir las entrevistas a profundidad.</p> <p><b>Tipo de muestreo.</b> Será el no probabilístico; por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

y procedencia?	servicios médicos, puntualizando, el grupo etáreo y procedencia.					inclusión y exclusión.	
----------------	--	--	--	--	--	------------------------	--

## ANEXO 02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El investigador Jhon Paul Valer Trujillo de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán Medrano” – Escuela de Post Grado de la Maestría en Salud Pública y gestión sanitaria, están realizando un estudio cualitativo titulado: **“FACTORES INTERCULTURALES QUE IMPIDEN LA ATENCIÓN ASISTENCIAL DE GESTANTES EN EL DISTRITO DE CHURUBAMBA – HUÁNUCO, 2015”**.

YO \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Siendo mayor de 18 años en uso de mis facultades mentales y sin que medie coacción ni violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, duración, propósito relacionado con el presente estudio, declaro mediante la presente:

1. Haber sido informado de manera clara y sencilla por parte del investigador de todos los aspectos relacionados al trabajo de Investigación cualitativa titulada: **“FACTORES INTERCULTURALES QUE IMPIDEN LA ATENCIÓN ASISTENCIAL DE GESTANTES EN EL DISTRITO DE CHURUBAMBA – HUÁNUCO, 2015”**.
2. Tener conocimiento claro que el objetivo fundamental del estudio es determinar cuáles son los factores interculturales que impiden la atención asistencial de gestantes en el distrito de Churubamba – Huánuco en el año 2015.
3. Haber sido informado que mi participación en el trabajo de investigación consiste en: Contar sobre mi vivencia a través de una serie de preguntas elaboradas por las investigadoras.
4. Que los datos obtenidos mediante la entrevista así como la información que suministre el equipo será únicamente para determinar las actitudes y percepciones que se tiene sobre los servicios de salud.
5. Que el investigador me ha garantizado confidencialidad relacionada tanto a mi identidad como de cualquier información relativa a mi persona a la que tengan acceso por concepto de mi participación en el proyecto antes mencionado.
6. Que estoy de acuerdo que los resultados obtenidos en el presente estudio sea usado para fines académicos.
7. Que mi participación en dicho estudio no implica riesgo ni inconveniente alguna para mi salud.
8. Cualquier pregunta que yo tenga en relación al estudio, me será respondido oportunamente por el equipo de investigación.
9. Bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendido recibir algún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos de dicha investigación.
10. Que los resultados de la entrevista me serán entregados oportunamente junto a una serie de recomendaciones.



**DECLARACIÓN DEL VOLUNTARIO:**

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas a mis preguntas con respecto a este formato de consentimiento informado y por cuanto a mi participación en este estudio es totalmente voluntaria.

- Aceptar las condiciones estipuladas en el mismo y a la vez autorizar al Lic. Jhon Paul Valer Trujillo investigador de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán Medrano” – Escuela de PostGrado para la recolección de datos mediante sus entrevistas.
- Reservarme el derecho de revocar esta autorización así como mi participación en el proyecto en cualquier momento sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mi persona.

Firma del voluntario: \_\_\_\_\_

Nombres : \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Lugar : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE LAS INVESTIGADOR:**

Después de haber explicado objetiva y detalladamente la naturaleza del estudio de investigación al voluntario. Certifico mediante la presente que, a nuestro leal saber, el sujeto que firma este formulario de consentimiento comprende la naturaleza, requerimientos, riesgos y beneficios de la participación en este estudio. Ningún problema de índole médica, de idioma o de instrucción han impedido al sujeto tener una clara comprensión de su compromiso con este estudio.

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Churubamba, de \_\_\_\_\_ de 2015.

### **ANEXO 03**

#### **COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD**

Yo, Jhon Paul Valer Trujillo, como responsable de la presente investigación, mantendré bajo reserva y no podré propagar, difundir o usar en beneficio propio o de terceros la totalidad o parte de cualquier dato o información considerada en esta investigación.

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que solo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio, será preciso que los responsables de la investigación y, eventualmente, las autoridades del Distrito de Churubamba y del Centro de Salud en estudio tengan acceso a los instrumentos que se va aplicar comprometiéndose a la más estricta confidencialidad.

En concordancia con los principios de seguridad y confidencialidad, los datos personales que se le requieren (características generales) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir los fines del estudio.

Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio.

El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades y, eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

De acuerdo con las normas éticas de investigación, usted tiene derecho al acceso a sus datos personales; asimismo, si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación.

---

Jhon Paul Valer Trujillo  
**Responsable de la investigación**

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

Código: 

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO  
ESCUELA DE POST GRADO  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA**

**ANEXO 04**

**ENTREVISTA A PROFUNDIDAD APLICADO A LAS GESTANTES**

**TITULO DE INVESTIGACION:** Factores interculturales que impiden la atención asistencial de gestantes en el distrito de Churubamba – Huánuco, 2015.

**Instrucciones:** Estimada señora, a continuación le haremos algunas preguntas relacionado a los datos sociodemográficos, sexuales y reproductivos y los factores culturales que usted tiene, para el efecto sírvase contestar con la respuesta que crea conveniente cuando le formulamos la pregunta. Si no nos comprende le volveremos a repetir la pregunta. No dude en preguntarnos nuevamente. Le comunicamos que el cuestionario es anónimo y la información obtenida será manejada con estricta confidencialidad, por lo tanto le agradeceremos se sirva contestar con la veracidad del caso.

**GRACIAS.**

**I. DATOS GENERALES DE LA GESTANTE:**

1) **¿Cuántos años cumplidos tienes a la fecha?.....**

2) **¿Hasta qué grado de estudios alcanzaste?**

- a) Ningún grado ( )
- b) Primaria incompleta ( )
- c) Primaria completa ( )
- d) Secundaria incompleta ( )
- e) Secundaria completa ( )
- f) Superior incompleta ( )
- g) Superior completa ( )

3) **¿Cuál es tu estado civil?**

- a) Soltera ( )
- b) Conviviente ( )
- c) Casada ( )
- d) Divorciada ( )
- e) Separada ( )
- f) Viuda ( )

4) **¿A qué te dedicas?**

- a) Su casa ( )
- b) Pastoreo ( )
- c) Agrícola ( )
- d) Comerciante ( )

- e) Estudiante ( )  
 f) Otros: \_\_\_\_\_

**5) ¿Qué religión tiene?**

- a) Católica ( )  
 b) Evangélica ( )  
 c) Otro ( )

**I. DATOS REPRODUCTIVOS DE LA GESTANTE:**

**1. Número de embarazos:**

- a) Uno ( )  
 b) Dos ( )  
 c) Tres ( )  
 d) De cuatro a más ( )

**2. Número de hijos nacidos vivos:**

- a) Una vez ( )  
 b) Dos veces ( )  
 c) Tres veces ( )  
 d) De cuatro a más ( )

**3. Número de partos institucionales: \_\_\_\_\_**

**II. FACTORES CULTURALES DE LA GESTANTE:**

**A. Embarazo.**

**1. ¿Cree que una mujer debe hacerse controlar (control prenatal) durante su embarazo?**

- a) Sí  
 b) No

Si su respuesta es Negativa, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Si tiene alguna molestia durante su embarazo, ¿Usted acude al centro de salud/posta?**

- a) Sí  
 b) No

**3. ¿Cuántos controles te han hecho en el centro de salud/posta?**

- a) Ninguno ( )  
 b) Una vez ( )  
 c) Dos veces ( )  
 d) Tres veces ( )  
 e) De cuatro a más ( )

4. ¿Cuéntame cómo te han hecho tus controles prenatales en el centro de salud/posta?

---



---



---

¿Quién te atendió? \_\_\_\_\_

5. ¿Dónde fue tu primer parto?

a) Centro de salud/posta ( )

b) Domicilio ( )

Si fue en el domicilio ¿Por qué no fuiste al centro de salud/posta? \_\_\_\_\_

---

6. ¿Quién le atendió en el último parto?

a) Médico ( )

b) Enfermera ( )

c) Obstetra ( )

d) Técnico de enfermería/asistencial ( )

e) Partera ( )

f) Familiar ( )

¿por qué? \_\_\_\_\_

---

7. ¿Quién prefieres que te atienda el parto?

a) Médico ( )

b) Enfermera ( )

c) Obstetra ( )

d) Técnico de enfermería/asistencial ( )

e) Partera ( )

f) Familiar ( )

¿por qué? \_\_\_\_\_

---

8. ¿Cuántas veces se ven con el partero antes del parto?

---

9. ¿Qué hace el partero en estas visitas?

---



---

10. ¿Te has hecho hacer manteos o masajes durante tu embarazo?  
¿Por qué?

---



---



---

11. ¿Conoces algún problema durante el embarazo como complicaciones en el embarazo o malos espíritus? ¿Cuáles son?

---



---



---



---

**B. Profesionalismo.**

12. ¿Recibes un buen trato del personal de salud en el centro de salud/posta?

a. Sí ( )

b. No ( )

¿por qué? \_\_\_\_\_

---



---



---

13. ¿En el centro de salud/posta respetan sus tradiciones o costumbres respecto al origen de su estado?

a) Sí ( )

b) No ( )

¿por qué? \_\_\_\_\_

---



---



---

14. ¿Te han lastimado en el Centro de salud/posta el personal de salud, al hacer el control?

a) Sí ( )

b) No ( )

¿por qué? \_\_\_\_\_

---



---



---

15. ¿Recibió usted maltrato del personal de salud?

a) Sí ( )

b) No ( )

Si su respuesta es Positiva, ¿qué tipo de maltrato? \_\_\_\_\_

---



---

16. ¿Es importante para usted que el entorno familiar esté presente en el embarazo, parto y que le ayuden?

---



---

Si dejaran estar permanentemente a su entorno familiar y social en el centro de salud/posta ¿Usted se dejaría atender por el médico? \_\_\_\_\_

---

17. ¿Cree usted que el personal de salud del centro de salud/posta piensan diferente de sus costumbres y tradiciones?

---



---

18. ¿Siempre ha tenido a sus niños sin apoyo del personal sanitario?

a) Sí ( )

b) No ( )

19. ¿Tiene usted miedo de asistir al hospital?

a) Sí ( )

b) No ( )

Si su respuesta es Negativa, ¿Por qué?\_\_\_\_\_

---



---

20. ¿Tiene usted alguna sugerencia para mejorar la atención en el hospital?

---



---

21. ¿Puede usted comunicarse (idioma) con el personal de salud?

a) Sí

b) No

Si su respuesta es Negativa, ¿Por qué?\_\_\_\_\_

---



---

¿Le gustaría que hablen como usted?

---



---



---

22. Sabe usted ¿Qué el seguro (SIS) es gratuito y es su derecho?

a) Sí ( )

b) No ( )

### C. Transporte.

23. Desde tu comunidad hasta el centro de salud/ posta ¿Hay una gran distancia?

a) Sí

b) No

¿Cuánto?\_\_\_\_\_

24. ¿En qué medio vas al centro de salud/posta para tu control prenatal?

a) Bicicleta ( )

b) Movilidad ( )

c) A pie ( )

d) Otro ( )