

# CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y COSTUMBRES EN RELACIÓN AL PARTO DOMICILIARIO

Luis Paredes, Lic. Enf. Mercedes Núñez, Lic. Psic. Roberto López, Enrique Segovia

## RESUMEN

**Objetivos:** Identificar creencias, actitudes, conocimientos y costumbres que limitan la accesibilidad hacia el parto institucional. **Diseño:** Investigación operativa, de tipo cualitativo. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujeres en edad fértil que habitan en las zonas periurbana y rural de Rioja. El muestreo de la población fue no probabilístico, de tipo accidental. **RESULTADOS:** Las gestantes consideran el embarazo como un evento normal, sin repercusión en sus actividades. La atención del parto se realiza fuera de una institución de salud, en un ambiente no necesariamente acondicionado, con participación del esposo o la madre. Se prefiere el parto en posición de cuclillas o arrodillada. Las mujeres consideran que los servicios de salud no respetan sus costumbres y que en algunos casos se agrega maltrato. En caso de atención en establecimiento, se prefiere atención por prestador del sexo femenino. Se identifica factores económicos y accesibilidad geográfica. **CONCLUSIONES:** La aceptación del parto institucional, en la población estudiada, está limitada por factores culturales, económicos y geográficos. Existe reconocimiento en algunos casos de los beneficios del mismo. Los servicios de salud deben tomar en consideración las percepciones de los usuarios para un mejor servicio.

**Palabras clave:** Parto domiciliario, creencias, conocimientos. Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (4): 312-319.

## SUMMARY

**OBJECTIVES:** To identify beliefs, attitudes, knowledge and traditions that limit the accessibility to institutional childbirth. **DESIGN:** Operative investigation, qualitative type. **MATERIAL AND METHODS:** Women in fertile age that live in Rioja periurban and rural areas. Population sample was accidental type, not probabilistic. **RESULTS:** Pregnant

women consider pregnancy as a normal event, without repercussion in their activities. Delivery is not attended in a health institution, in an unconditioned location, with the participation of husband or mother. Women prefer to deliver in the sitting or kneeling position. They consider that health services do not accept their traditions and maltreatment may be added. In the case of institutional attention, they prefer to be attended by a female assistant. Economical factors and geographic accessibility are identified. **CONCLUSIONS:** Acceptance of institutional delivery in the sample studied is limited by cultural, economical and geographic factors. There is occasional recognition of the benefits. Health services should take into consideration women's perceptions, so as to give better service.

**Key words:** Home childbirth, beliefs, knowledge. Ginecol Obstet (Perú) 2000; 46 (4): 312-319.

## INTRODUCCIÓN

Cada año, en el mundo alrededor de 210 millones de mujeres se embarazan y más de 20 millones desarrollan una enfermedad como resultado del embarazo. La vida de ocho millones de mujeres se ve comprometida. Alrededor de 500 000 mujeres murieron en el año 1995, con causas relacionados al embarazo y nacimiento. Países como Angola, Burundi, Etiopía, Sierra Leona y Somalia tienen tasas de mortalidad materna entre 1300 a 2000 por cada 100 000 nacidos vivos. La OMS, está promoviendo el desarrollo de estrategias de embarazo seguro, a fin de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad materna e infantil, en las cuales se incluye la capacitación de parteras tradicionales, a fin de que puedan reconocer las emergencias obs-

Proyecto financiado y auspiciado por el Proyecto 2000. MINSA.



tétricas, el manejo inicial de complicaciones, su asistencia precoz y oportuna, así como, que se constituyan en un primer eslabón con el sistema formal de salud<sup>1</sup>.

Durante estos últimos años, se ha venido incorporando nuevas estrategias, a fin de poder incrementar el número de partos institucionales, tal como lo demuestran las estadísticas del Ministerio de Salud. Durante los años de los años 1996 a 1998, la atención de partos institucionales fue 52%, comparada con lo ocurrido en los años 1986 a 1990, que fue 39%.<sup>2</sup>

La jurisdicción del Centro de Salud de Nueva Rioja, lugar donde se desarrolla el presente estudio, abarca la totalidad del distrito de Rioja. Las mujeres en edad fértil son alrededor de 4555, en su mayoría concentradas en las zonas periurbana y rural. Estos sectores presentan características demográficas y culturales, constituyendo un grupo homogéneo. La accesibilidad hacia el Centro de Salud es adecuada, en la medida en que la mayor distancia entre éste y la localidad más alejada es alrededor de 35 minutos. Pese a la implementación progresiva de estrategias para incrementar los partos institucionales, la cobertura del mismo no se ha incrementado<sup>3,4</sup>.

Se ha realizado pocos estudios que revelen las causas de los comportamientos observados. No obstante, se presumía que algunos factores estarían vinculados a la existencia de creencias, actitudes y prácticas, que condicionarían la actitud de la gestante para decidir ser atendidas en su domicilio, utilizando procedimientos de atención vinculados a su cultura y racionalidad, los mismos que en su mayoría son desconocidos por el personal de Salud<sup>5</sup>.

Los objetivos del presente estudio son identificar, a través de técnicas de investigación cualitativa, algunos factores que limitan la accesibilidad hacia el parto institucional; del mismo modo, formular estrategias para generar demanda al servicio de atención del parto institucional<sup>6,7</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del presente estudio es de tipo cualitativo. El universo estuvo conformado por las mujeres en edad fértil que habitan en las zonas periurbana y rural de Rioja. El muestreo de la población fue no probabilístico, de tipo accidental.

Criterios de inclusión: Mujeres en edad fértil, con residencia habitual en la zona periurbana y rural de Rioja, de por lo menos tres meses de gestación y atención domiciliaria de su último parto.

Para la aplicación de los instrumentos se dividió a la muestra en grupos, de acuerdo a las variables edad y asistencia o no al control prenatal en su último embarazo. Para la recolección de la información se empleó técnicas cualitativas:

- Grupos focales.
- Entrevistas en profundidad.
- Observación directa de los partos.

Para cumplir con los objetivos propuestos, se diseñó instrumentos guías para cada una de las técnicas de investigación cualitativa.

El estudio se inició con un censo poblacional de las mujeres en edad fértil. Éste fue realizado por personal debidamente capacitado. El proceso de aplicación de la encuesta permitió la ubicación de las parteras y de las gestantes que se encontrasen en el último trimestre del embarazo, a fin de poder realizar el seguimiento, dirigido a lograr la observación de partos domiciliarios atendidos por las parteras. Los grupos focales y las entrevistas en profundidad fueron grabados y luego transcritos. Personal capacitado realizó el seguimiento de las gestantes en el tercer trimestre, y acceso de las parteras que atenderían los partos, con el fin de lograr una relación de confianza y la aceptación de participar como observadoras. Durante los partos, se grabó el diálogo establecido entre partera y parturienta y se logró obtener documentos fotográficos. Para la etapa de codificación y sistematización de la información se elaboró una guía de sistematización que contemplaba los temas cubiertos en los instrumentos aplicados, mediante el método de análisis de contenido.

## RESULTADOS

El estudio se realizó entre los meses de abril y octubre de 1998. Se realizó un total de cuatro observaciones de parto domiciliario, 12 grupos focales y 10 entrevistas en profundidad.

Los grupos focales fueron divididos en tres grupos etáreos de 15 a 19 años, 20 a 29 años y 30 a 45 años; por cada grupo etáreo se realizó cuatro grupos focales, de seis a siete integrantes cada uno (Tabla).



Los resultados fueron divididos en:

1. Gestación.
2. Atención del parto.
3. Atención del recién nacido.
4. Puerperio.
5. Percepciones del establecimiento de salud.
6. Percepción hacia el parto institucional.

### Gestación

Es concebida por la población como un evento normal, que no repercute en sus labores habituales. Esta concepción es compartida por las mujeres de todos los grupos de edad e independientemente de su situación de controladas o no.

### Cuidados

Acostumbran a realizar sus actividades de rutina –tareas domésticas, cargar leña, labores agrícolas, cuidar de los animales– hasta los últimos meses del embarazo. Esto ocurre por que temen que el bebé engorde demasiado, con el consiguiente riesgo de tener un parto con complicaciones. Otra razón importante es porque el cónyuge no considera el embarazo como una etapa especial, por lo que la mujer no cuenta con su apoyo. Entre los cuidados considerados importantes por todos los grupos de mujeres, es el hecho de “no hacer desarreglos”, no levantar peso ni hacer fuerza excesiva. Existen algunos cuidados que no son reconocidos específicamente por las mujeres controladas, los mismos que corresponden a los impartidos durante la consulta prenatal.

Las parteras de la zona también reconocen cuidados básicos, que deben ser practicados durante el embarazo, lo que refuerza el conocimiento de las mujeres al respecto. Un aspecto que debe de puntualizarse es que las mujeres de 30 años y las adolescentes manifiestan que la actividad sexual no debe de practicarse durante la gestación, no encontrándose tal versión en el grupo etáreo de 20 a 29 años.

#### • Atención tradicional de la gestación

En forma tradicional todas acuden a la partera a partir del tercer o cuarto mes, para su control. Se visita a la partera generalmente cuando presenta malestares –“dolor de barriga”, calambres, dolores de piernas–, los cuales son provocados por

**Tabla.** Grupos etáreos y técnicas de estudio

Grupos etáreos (años)	N
• 15 a 19	29
• 20 a 29	31
• 30 a 45	29
Total	89
Observación de parto domiciliario	4
• 15 a 19	1
• 20 a 29	2
• 30 a 45	1
Grupos focales	12
• 15 a 19	4
• 20 a 29	4
• 30 a 45	4
Entrevistas en profundidad	10
• 15 a 19	3
• 20 a 29	4
• 30 a 45	3

Nota: Cada grupo local estuvo conformado por 6 a 7 integrantes.

mala posición del bebé, cuando la mujer sufre caídas, levanta peso o producto de actividades cotidianas.

Las parteras también acuden a la partera para saber la posición del feto, pues si la posición no fuera la adecuada, ésta debe ser corregida para garantizar un parto normal en el hogar, atendido por la misma partera. Para detectar y corregir los problemas mencionados, las parteras recurren a algunos procedimientos tradicionales, como “el acomodo”, “el pulseo”, que tienen aceptabilidad en las mujeres gestantes de todos los grupos de edad.

Las mujeres consideran que la destreza de las parteras y sus conocimientos en materia de gestación y parto son un don dado por Dios, concepción que es compartida por las parteras.

#### • Problemas en la gestación

La población en estudio identifica una serie de problemas que pueden presentarse durante la gestación: la mala posición fetal, el resfrío, los antojos, la “hinchazón”. En este aspecto, se puede afirmar que las mujeres entrevistadas reconocen una serie de signos de alarma: sangrado, “dolor de barriga”, “hinchazón de las piernas”, ardor al orinar o fiebre.



## Atención del parto

La atención del parto, ocurrido mayormente en el domicilio, es producto de la concepción popular de que el parto es un evento normal y que el personaje idóneo para su atención es la partera.

Las mujeres y las parteras consideran que existen algunas condiciones que impedirían tener un parto normal atendido en el domicilio, las cuales se constituirían en factores de riesgo para este tipo de parto; en orden de importancia son: la mala posición del bebe, la "cobardía de la mujer" y la incompatibilidad feto pelvis (entendida como un bebe muy desarrollado).

La nuliparidad es reconocida como factor de riesgo para el parto domiciliario por las parteras de la zona, específicamente por aquellas que han recibido alguna capacitación para la atención del parto.

Las mujeres consideran que aquellas gestantes cuyos partos son atendidos en el Centro de Salud, tienen algún problema.

### • Fase de dilatación

Las observaciones del parto indican que tanto la familia como la partera reconocen como signos de inicio de trabajo de parto el dolor de cintura, el líquido por la vagina o secreciones serosanguinolentas. Normalmente se establece contacto con la partera días antes del parto. En esta fase de dilatación, la partera continúa con sus labores habituales. La preparación del lugar del parto se desarrolla en un ambiente privado cerrado, no necesariamente acondicionado para el momento. Se limita a la preparación de la cama, con cubiertas limpias y frazadas. No se usa higiene perineal para preparar a la parturienta.

Por lo general, es el esposo y/o madre quien participa en el parto, no permitiendo el ingreso de otras personas.

En esta etapa se usa la palpación, "el pulseo", el uso de plantas medicinales.

### • Fase expulsiva

Esta etapa se halla diferenciada de las anteriores y se identifica por signos característicos que muestran las parturientas. El momento culminante de la fase expulsiva es reconocida por mujeres y parteras por el deseo incontenible de

pujar o de "ocuparse". A decir de las parteras, la inminencia del nacimiento es reconocida a través del "pulseo". Ninguna de las parteras usa el tacto vaginal para confirmar que la dilatación ha completado. Los testimonios de algunas mujeres y las observaciones del parto, evidencian que existen casos de parteras que hacen pujar a la parturienta antes de haber completado la dilatación, incluso desde el inicio del trabajo de parto. Esto hace que las mujeres no vuelvan donde esta partera y lleguen al establecimiento de salud cuando el parto no avanza.

### • Posición para el parto

Las mujeres generalmente prefieren la posición arrodillada o en cucullas. Para ello el familiar o la misma partera acondicionan el lugar para que la mujer mantenga la posición y amortigüe la caída del bebe. Normalmente el esposo u otro familiar cercano sostienen a la parturienta por la espalda, rodeándola con sus brazos a la altura de la cintura. En otros casos la mujer se sostiene al cuello de su compañero para mantener la posición vertical.

### • Problemas durante el parto

Los más frecuentes son: la mala posición fetal, el resfrío, estrechez pélvica, el parto seco, circular de cordón, los desgarros.

### • Alumbramiento y corte del cordón

Todas las parteras acostumbran esperar la salida de la placenta por cerca de 15 a 20 minutos después del nacimiento. No acostumbran cortar el cordón umbilical antes que la placenta haya salido, por el temor a que el cordón vuelva al vientre materno y la placenta no pueda ser expulsada. El cordón es envuelto en el dedo gordo del recién nacido. Durante este período, el bebe es dejado en el suelo y la atención se concentra en la madre. Una vez producido el alumbramiento, se anuda el cordón con hilo pabilo o de costura y se procede a cortarlo con una navaja nueva, un pedazo de carrizo o una tijera desinfectada con alcohol.

### • Problemas en el alumbramiento

El mayor problema es la retención placentaria, cuyo riesgo es muy elevado para la madre. Las parteras lo atribuyen al enfriamiento. Por ello tienen especial cuidado de proporcionar calor



a la parturienta en todo el proceso del parto. Cuando la placenta demora en salir, se utiliza infusiones de albahaca o tuna con miel de abeja, masajes o paños calientes sobre el vientre materno. Otro recurso es soplar una botella o provocar náuseas a la parturienta. Si persiste la retención, se deriva a la parturienta a un establecimiento de salud, muchas veces después de varias horas de ocurrido el parto.

- **Disposición de la placenta**

Las parteras acostumbran a recoger la placenta y enterrarla, para evitar que sea comida por los perros; pues, de acuerdo a su concepción, de ocurrir esto podría producirse una infección en el útero de la madre, en la medida que la placenta y el útero comparten el mismo destino.

#### Atención del recién nacido

Ocurrido el nacimiento, este cae en el pellejo, frazada o manta, muchas veces en contacto con el suelo y queda allí sujetando con su dedo gordo el cordón umbilical hasta su alumbramiento. Se observa mayor preocupación por la salida de la placenta que por brindar algún cuidado al recién nacido. No se practica el contacto precoz, ni la lactancia precoz.

Las parteras limpian ojos, nariz y boca del recién nacido con un trapo, utilizando agua tibia, té de manzanilla, hierba santa o lancetilla. Esta limpieza la consideran importante para eliminar el agua de la fuente que puede producirle flema o legañas. No se realiza profilaxis ocular, utilizando en algunos casos gotas de limón. El baño ocurre inmediatamente o al día siguiente utilizando agua de hierbas silvestres si es varón y agua de rosas si es mujer, teniendo cuidado que el ambiente sea cerrado y procurando no humedecer la zona del cordón.

- **Problemas del recién nacido**

Existe poco conocimiento sobre los problemas que puede presentar el recién nacido. Entre los mencionados por las parteras son la asfixia, el tétanos, la dificultad para lactar.

- **Alimentación del recién nacido**

La alimentación del recién nacido se inicia con té de anís o manzanilla. La lactancia materna no se practica sino hasta después de cuatro o cin-

co horas, en ocasiones después de todo un día, pues consideran que en las primeras horas la puérpera no tiene leche y está muy cansada. También incorporan precozmente el chapo y la panetela de harina de plátano y acostumbran dar como alimento inicial miel de abeja, porque consideran que previene la diarrea del recién nacido.

- **Control del recién nacido**

El control del recién nacido y lactante tiene mayor aceptabilidad en las madres y parteras, quienes lo consideran muy importante. La madre acostumbra a llevarlo al establecimiento de salud. Esta actitud es compartida por todos los grupos de mujeres estudiados, indistintamente de su condición de controlados o no.

#### Puerperio

El puerperio es reconocido por familiares y parteras como una etapa donde se debe de vigilar a la puérpera y cuidarla porque su organismo necesita recomponerse. Este período se prolonga entre 15 días y un mes. Entre los cuidados más importantes resaltan el mantener a la puérpera acostada en decúbito dorsal y bien abrigada, para protegerla del frío y los malos vientos, se le cubre la cabeza con un pañuelo, se le proporciona bebidas calientes con hojitas de monte y no se le permite tocar agua fría. El aseo perineal se realiza con agua tibia y hierbas de matico, llantén, cordoncillo, guayaba y verbena; en algunos casos se agrega yodo.

Sus comidas son caldos de gallina, panetela de plátano, jugo de betarraga y zanahoria, yuca y papa.

El baño de la puérpera ocurre entre los cuatro y ocho días después del parto y se realiza con hierbas, como hoja de ají, naranja, lancetilla, pusporoto y otras. También a la puérpera se le cuida del sol y se le evita la cólera. Esta última podría provocar la "suspensión" de la sangre y que esta se vaya a la cabeza, así como afectar la calidad de la leche para el recién nacido.

- **Problemas**

Las parteras y mujeres de todos los grupos de edad reconocen una serie de problemas durante la etapa del puerperio, que se presentan por no observar los cuidados anteriormente mencionados.



- **Control**

Es realizado por la partera y está orientado a conocer el estado de salud de las mujeres y del recién nacido y vigilar que no se presente algún problema. La partera visita a la puérpera al día siguiente del parto y durante los demás días, hasta el quinto u octavo día, cuando el rigor de los cuidados va disminuyendo, a medida de que el organismo de la mujer se va recuperando.

- **Rol de la partera**

La partera cumple un rol protagónico en la atención del parto, el cual es reconocido y aceptado por la parturienta, cónyuge y familia. Debido a la capacitación recibida en el año de 1996, ellas han incorporado algunas técnicas de atención, manifestando que no son aceptadas por las mujeres a quienes atienden. Las mujeres al conocer estos cambios dejan de acudir a las parteras capacitadas y recurren a otras o se atienden con familiares.

#### Percepciones sobre el establecimiento de salud

- **Control prenatal**

Se observa mayor aceptación hacia el control prenatal en mujeres de 20 a 29 años, siendo menor en las mujeres de 30 años y en los grupos de adolescentes. El grupo de 20 a 29 años considera el control prenatal importante y de mayor calidad que en épocas anteriores, por la incorporación de nuevos elementos: tarjeta de control materno, explicación de exámenes realizados, reforzamiento de la consejería y orientación.

Entre las mujeres controladas y no controladas, una motivación fundamental para asistir lo constituye la inquietud de saber cómo se encuentra el niño y su posición, a fin de asegurarse un parto domiciliario normal.

Otra motivación para el control, es la prescripción de vitaminas y tónicos, especialmente cuando la gestante se encuentra débil, para con ello reforzar su estado de salud. Las mujeres acuden al control cuando presentan molestias en el embarazo: mareos, vómitos, ardor al orinar, "dolor de barriga" o fiebre. La vacunación contra el tétanos es también mencionada por parteras y mujeres como razón para asistir, porque esto da

mayor seguridad en la atención del parto domiciliario. Del mismo modo refieren que las gestantes tienen mayores facilidades en el establecimiento de salud.

- **Barrera hacia el control prenatal**

Son principalmente de carácter geográfico: lejanía de los servicios y no disponer de tiempo para acudir exclusivamente al control.

- **Barreras culturales**

El hecho de que la mujer considere al embarazo un proceso normal, que no necesita vigilancia asistencial, hace que no le de importancia al control prenatal. Esta apreciación es mayormente compartida en el grupo etáreo de 15 a 19 y 30 a más años.

La existencia de pudor, timidez y vergüenza que experimentan las gestantes al ser evaluadas en el control, especialmente al examen pélvico, examen de mamas y toma de Papanicolaou, son otras barreras, que se agudizan si el prestador del servicio es varón.

- **Organización y práctica institucional**

Con respecto al sexo del prestador que brinda la atención prenatal, todos los grupos estudiados prefieren ser atendidos por prestador mujer. Asimismo, manifiestan malestar por el tiempo prolongado de espera que afronta la gestante cuando acude a los servicios de salud, aunque acude a primeras horas de la mañana, regresan muy tarde al hogar. Se menciona que el establecimiento de salud no respeta el orden de llegada de las usuarias. Finalmente mencionan el trato descortés.

- **Inaccesibilidad económica**

Las mujeres manifiestan que no acuden por falta de recursos económicos, pues en su mayoría se dedican a labores agrícolas para cubrir sus necesidades básicas. Refieren no disponer de medios para una atención en el establecimiento, donde presumen que tendrán que invertir en la atención, análisis y medicamentos. Esto nos evidencia que la población desconoce la gratuidad del servicio prenatal, incluyendo los análisis y suplementos vitamínicos, lo cual está relacionado con el hecho de la difusión al respecto.



## Percepciones hacia el parto institucional

### • Beneficios

Las mujeres en el grupo de 20 a 29 años, controladas durante la gestación, reconocen algunos beneficios del parto institucional, tales como que previene infecciones, porque la atención es más higiénica que en el hogar. Se puede intervenir rápidamente en caso de complicaciones y en el establecimiento es más rápido que cuando son atendidas en domicilio.

### • Barreras

Todas las mujeres entrevistadas controladas y no controladas, mencionan las mismas limitaciones que las aleja del parto institucional. Entre ellas se reafirman los factores de accesibilidad geográfica (orientadas más que nada al desplazamiento al establecimiento en horario nocturno, mientras que la partera vive en la misma localidad), económica (falta de disponibilidad para el pago del precio de un parto, mientras que la atención en el hogar la partera no cobra y se convierte en comadre de la parturienta) y la existencia de elementos culturales propios de la atención tradicional, que entran en conflicto con los procedimientos utilizados en el parto institucional. Consideran al parto un evento natural que no implica mayores riesgos, salvo que se presenten complicaciones. Una primera barrera es el pudor, pues no aceptan ser observadas en su intimidad por personas extrañas, especialmente por aquellas del sexo masculino. Las mujeres se sienten expuestas, lo que se agrava ante el número de prestadores presentes.

Las organizaciones del establecimiento y los procedimientos de rutina son factores que limitan la accesibilidad a los servicios. Todas las mujeres y parteras entrevistadas manifiestan no estar de acuerdo con procedimientos como la posición ginecológica, corte vaginal, tacto vaginal, falta de abrigo, alejamiento de familiares y la falta de consideración a sus costumbres tradicionales en el establecimiento, como el uso de infusiones, muy arraigado en las mujeres y parteras para darles abrigo y agilizar el trabajo de parto. En el mismo sentido, las mujeres establecen una diferencia entre la atención institucional y la domiciliaria centrada en el apoyo emo-

cional que recibe de su entorno familiar y la partera, la misma que la acompaña en todo el proceso de parto. Otra barrera que se levanta, es el maltrato verbal recibido, lo que les inhibe a acudir al servicio institucional del parto.

Finalmente, las mujeres manifiestan también su rechazo por algunos procedimientos asistenciales utilizados con el recién nacido, tales como la práctica de despegar el prepucio del glande y el tamaño de corte del cordón.

## CONCLUSIONES

La atención del control prenatal y del parto, se prefiere sea por un prestador del sexo femenino, brindada con buen trato y rapidez. En el grupo estudiado se determina mayor aceptabilidad en el grupo etáreo de 20 a 29 años, siendo menor en el caso de las adolescentes y de los de 30 años a más.

Las mujeres en edad fértil del distrito de Rioja, especialmente las controladas durante la gestación, reconocen los beneficios de la atención institucional del parto, tales como la higiene, la atención inmediata a posibles complicaciones y el establecimiento rápido de la parturienta.

Con relación al parto, existen factores geográficos, económicos y culturales, así como relacionados al tipo de práctica asistencial y la inadecuada organización institucional, que determinan la inasistencia y deserción de las mujeres al parto institucional. Entre estos últimos se manifiesta la disconformidad con los procedimientos realizados en este tipo de atención: exigencia de caminar sin atender a los deseos de la parturienta, posición ginecológica, episiotomía, tacto vaginal, tacto vaginal frecuente, prohibición de los familiares a estar presentes en el parto, el maltrato de los prestadores de salud hacia las parturientas. Existe un respeto y confianza en la atención tradicional de la gestación y del parto asistido por partera, resaltando la presencia constante y cuidado esmerado. Los procedimientos, tales como la toma de infusiones de hierbas, la posición en cuclillas, la presencia de familiares, son aceptados por la parturienta.

En otras comunidades latinoamericanas, como el caso de Bolivia, se resalta la labor de las parteras tradicionales. Representa un importante apoyo



complementario a los servicios formales de salud. Ellas brindan atención en partos domiciliarios a la población indígena residente en zonas rurales. Este aporte de las parteras empíricas se debe por un lado a su disponibilidad en zonas con difícil acceso a hospitales, médicos y enfermeras; por otro, a las ventajas culturales que ellas poseen entre la población indígena<sup>8</sup>. Los hallazgos son similares a un trabajo realizado en una comunidad rural de Colombia: en términos generales para estas comunidades el parto es un evento de la cotidianidad. Las mujeres continúan sus labores habituales durante el trabajo de parto, ingieren alimentos, como vino, chocolate, caldo o huevos casi siempre crudos y beben infusiones de toronjil, brevo o yerbabuena. Durante el parto, las madres adoptan con más frecuencia las posiciones de pie, de rodillas o de cuclillas, que facilitan la acción de la gravedad y el pujo. La mayoría de los partos es asistida por los esposos. No se utilizan implementos ni vestuario especial, como tampoco medidas higiénicas adicionales<sup>9</sup>. En una comunicación de Brasil, las parteras prefieren la atención domiciliaria de los partos, para así evitarse el rasurado perineal, los exámenes vaginales frecuentes que se practican en los establecimientos formales de salud, episiotomía y corte temprano del cordón umbilical; estas percepciones son similares a lo encontrado en esta zona<sup>10</sup>.

En la atención tradicional del parto en domicilio se identifica procedimientos de riesgo para la salud de madres, tales como la falta de higiene ambiental, manos de la partera, zona perineal, el agotamiento precoz de la parturienta por los pujos tempranos indicados por la partera, la falta de discriminación entre parto de riesgo bajo y alto, la no referencia oportuna de la parturienta a un establecimiento de salud en caso de complicaciones. En el caso del recién nacido, se identifica procedimientos de riesgo, como material utilizado para ligar el cordón, del mismo modo el material para cortar-

lo, falta de higiene en la atención, inadecuada profilaxis ocular, exposición al frío durante tiempos prolongados, no inicio de lactancia precoz, ni contacto precoz, no reconocimiento de las complicaciones del recién nacido.

Se debe reorientar la organización de los servicios prestadores a fin de agilizar la atención prenatal y que siga mejorando en calidad y calidez. Se debe de tomar en consideración las percepciones, para poder incorporarlas en los procedimientos de atención y obtener mayor acercamiento a la cultura de la población. Dada la gran credibilidad que tienen las parteras, se debe establecer mayor vinculación con estos agentes comunitarios, para garantizar la atención de partos limpios en el domicilio, especialmente en aquellos lugares donde no existen servicios formales de salud, enfatizando los signos de alarma y la oportuna referencia al establecimiento de salud. Esto se podría lograr con la capacitación permanente y sistemas de estímulo a su labor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Making Pregnancy Safer. A health sector strategy for reducing maternal and perinatal morbidity and mortality. 1999. [www.who.org](http://www.who.org).
2. Ministerio de Salud. Partos Atendidos en Establecimientos de Salud 1986-1998. [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe).
3. Registro de Información HIS. Centro de Salud de Nueva Rioja. Rioja. Región San Martín. Ministerio de Salud. Enero-diciembre 1997.
4. Plan Local de Salud: 1997. Centro de Salud de Nueva Rioja. Región San Martín. Ministerio de Salud.
5. Nakajima H. La desmedicalización del parto. *Salud Mundial*. Abril 1997.
6. Fisher A y col. Manual para el diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar. Segunda Edición. Ed. USAID. The Population Council, 1991.
7. Lanata C. Módulo de Investigación Operativa. PCMI. Consorcio ESAN. Lima 1997.
8. Hutter-Coelho U, Waldmann A. Parteras indígenas. Santa Cruz: USAID/CC/EMSPS; 1998.
9. Asay M, Castañeda N, Pineda G. Prácticas y creencias de la medicina tradicional respecto al parto, que tienen los campesinos del área rural de los municipios de Guayata y Somondoco, del Departamento de Boyacá. Bogotá; s.n.; 4 feb 1986.
10. Carvalho I, Chacham AS, Viana P. Traditional birth attendants and their practices in the State of Pernambuco rural area, Brazil, 1996. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 Suppl 1: S53-60.