

18

Promoción de la Medicina y Prácticas Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Quechua del Perú

Dra. Angela Brocker W., Médico Cirujano
Lic. Graciela Sánchez N., Trabajadora Social
Margoth Arévalo, Obstetriz
Gloria Espinoza, Obstetriz

Atención del parto con la articulación de la medicina tradicional y la
medicina académica

Provincia de Quispicanchi, Departamento de Cuzco, Perú

Diciembre de 2001
Washington, D.C.



División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 2001

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	1
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	3
1.2 SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD	5
2. MARCO CONCEPTUAL.....	7
3. CONDICIONES DE VIDA Y SALUD	9
3.1 PROBLEMÁTICA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ	9
4. SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN LA COMUNIDAD DE QUISPICANCHI	11
4.1 SISTEMA DE REFERENCIA Y RECURSOS HUMANOS: NIVEL PRIMARIO, SECUNDARIO, TERCARIO	11
4.2 RECURSOS HUMANOS	11
4.3 POBLACIÓN INDÍGENA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD INSTITUCIONALES	12
4.4 INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD	12
4.5 ELEMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ÁREAS INDÍGENAS	13
5. DIFERENCIAS EN LA INTERPRETACIÓN DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD EN LAS CULTURAS INDÍGENAS Y EN LA MEDICINA INSTITUCIONAL	15
6. SISTEMAS DE SALUD INDÍGENAS	17
6.1 TIPOS DE TERAPIAS TRADICIONALES	18
6.2 APORTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL A LA OBSTETRICIA	18
6.3 ESPÍRITUS EN LA MEDICINA INDÍGENA	19
6.4 POSICIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD CON RESPECTO A LA MEDICINA INDÍGENA	20
7. IMPLICACIONES PARA UN NUEVO MODELO DE SALUD EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS	23
7.1 JUSTIFICACIÓN Y FUNDAMENTOS	23
7.2 OBJETIVO GENERAL	23
7.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
7.4 DESARROLLO DE ESTRATEGIAS	24
7.5 MODELOS DE SISTEMA DE REFERENCIA	24
7.6 PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL	25
7.7 FINANCIAMIENTO	25
7.8 IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO	26
8. EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE MODELO PARA QUISPICANCHI.....	31
8.1 PLAN DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO: FORMACIÓN DE UNA RED DE SALUD MATERNO INFANTIL CON PARTICIPACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL	31

ANEXO A: ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN QUISPICANCHI, CUZCO	35
ANEXO B: LISTA DE PERSONAL DE SALUD Y PARTEROS POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD, QUISPICANCHI, CUZCO	37
ANEXO C: FOTOGRAFÍAS	39
ANEXO D: RESOLUCIONES INTERNACIONALES QUE INVOLUCRAN A LA MEDICINA INDIGENA	51
ANEXO E: TÉRMINOS DE REFERENCIA.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

PRESENTACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas¹, está promoviendo un proceso que contribuirá al mejor conocimiento de los factores condicionantes y estrategias comunitarias que influyen en el mantenimiento y restauración de la salud de la población indígena de las Américas. Esto se hace en cumplimiento del numeral 2, inciso D de la Resolución CD37.R5² que recomienda “instar a los Gobiernos Miembros a que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los sistemas locales de salud, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad” y de los enunciados de la Resolución CD40.R6³ que, entre otros puntos, resuelve “exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial de los pueblos indígenas”.

La serie Salud de los Pueblos Indígenas se ve enriquecida con los estudios de caso que en esta ocasión se presentan como publicaciones individuales. Su utilidad es obvia pues nos obliga a afinar nuestros instrumentos de análisis al tener que confrontar la teoría y perspectiva generales con las condiciones particulares de un pueblo indígena y, más aún de una comunidad o grupo de comunidades.

Los estudios se realizaron según el proyecto “Marcos de Referencia para la Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud”, que se formuló en 1999 respondiendo a las recomendaciones de los participantes en el Grupo de Trabajo OPS/OMS sobre Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas, realizado en Washington, D.C, EUA, del 15 al 16 de noviembre de 1999. Los estudios se tuvieron que ajustar a términos de referencia comunes para obtener resultados comparables.

Estos estudios se hicieron con el pueblo Nahuat Pipil en El Salvador; con el pueblo Mapuche en Chile; con el pueblo Maya en Guatemala; con el pueblo Garífuna en Honduras; con el pueblo Ngöbe-Buglé en Panamá y con el pueblo Quechua en el Perú.

En el anexo D se describen los términos de referencia enviados a las representaciones de la OPS/OMS para ser entregados a los investigadores responsables de la elaboración de los estudios de

¹ Las recomendaciones del I Taller Hemisférico sobre Pueblos Indígenas y Salud llevado a cabo en Winnipeg, Canadá en 1993, se agruparon en una propuesta que dio lugar a la Iniciativa de Salud de Pueblos Indígenas cuyos principios son el abordaje integral de la salud, el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación, el derecho a la participación sistemática, el respeto y la revitalización de las culturas indígenas, y la reciprocidad en las relaciones.

² La Resolución CD37.R5 aprobada el 28 de septiembre de 1993 por los Gobiernos Miembros de la OPS representa el compromiso político de los mismos y de la Organización para priorizar la atención integral de los pueblos indígenas de la Región.

³ La Resolución CD37.R5 fue ratificada por medio de la Resolución CD40.R6 aprobada el 25 de septiembre de 1997 por los Gobiernos Miembros de la OPS.

caso. La información que se presenta en los documentos preparados, responde a los procesos seguidos en cada país, a la disponibilidad de documentación y datos, y al criterio profesional de los autores.

La muestra de las comunidades estudiadas es representativa ya que los estudios analizan situaciones tanto de Mesoamérica como del sur del continente. Tanto los pueblos descendientes de las antiguas y centralizadas sociedades incaicas, mayas o aztecas, como otros pueblos menos estudiados y más localizados como los Ngöbe-Buglé y los Garífunas se encuentran en la muestra que se presenta en estas publicaciones.

Particularmente interesantes son los pueblos garífunas. Ellos representan el importante componente de origen africano que contribuyó a la base sobre la cual se edificaría la identidad étnica de las Américas y el carácter multilingüe, multiétnico y multicultural de la población de la Región.

Aunque los procesos son diferentes, se observa en los estudios de caso una cosmovisión común que fundamentalmente entiende la salud como el equilibrio entre las fuerzas naturales y las espirituales entre los individuos y las comunidades. La enfermedad, en esta concepción, es una alteración de dicho equilibrio. Sin embargo, como los pueblos no se sienten aislados, junto a las enfermedades de etiología de filiación cultural, están aquellos desequilibrios producidos por las causas que son entendidas desde los paradigmas convencionales como son las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con las sociedades envolventes. En la restauración de los equilibrios perdidos, buena parte de los estudios, precisamente, apunta a poner de relieve la complementariedad necesaria entre las perspectivas, conocimientos y estrategias de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional.

1. INTRODUCCIÓN

En la sociedad peruana como en las sociedades de América Latina en general, se presenta una dualidad extrema entre un sistema oficial de salud y educación y el sistema tradicional ancestral. Por un lado el fácil acceso de los sectores de clase alta y media a una gama de servicios oficiales de salud y educación y por el otro lado el acceso difícil de los sectores de clase media y baja a los mismos servicios, debido a la persistencia de las deprimidas condiciones económicas, la incomunicación geográfica y las barreras culturales de la población que vive en comunidades de áreas rurales o en barriadas peri-urbanas. La dualidad también se manifiesta desde el punto de vista indígena, ya que se siguen manteniendo elementos de la tradición ancestral precolombina sumamente valiosos, pero al ser contradictorios con el sistema oficial son practicados de manera clandestina y/o se van perdiendo lentamente, especialmente cuando los jóvenes se deslumbran con la oferta del sistema dominante.

Ante esta dualidad proponemos un trabajo en conjunto en el cual los elementos de ambas culturas se puedan aplicar en cada situación específica de la manera más óptima. Incidimos especialmente en la salud materno-infantil, ya que en toda cultura, en la mayoría de los casos, es la mujer la encargada de transmitir los valores culturales de una generación a otra. Precisamente es durante las etapas del embarazo, parto y puerperio, cuando se inicia la base de la transmisión cultural. También es en este período, cuando se observa que con mayor detalle se mantienen en las comunidades indígenas elementos muy ancestrales y no se aceptan elementos modernos. En los hospitales se rechazan de manera sistemática cualquiera de estos elementos tradicionales, habiéndose elaborado un sistema totalmente artificial para la atención del parto. Esta dualidad aparentemente contradictoria es el enfoque de nuestro Estudio de Caso.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El Perú es un país donde coexisten múltiples y diferentes aspectos que se interrelacionan entre sí. Así, en el campo de la salud reconocemos la existencia de dos sistemas médicos, el sistema tradicional (antiguo, ancestral) y el sistema oficial (académico, científico, universitario). Mientras éste último tiene algo más de cuatrocientos años de desarrollo, el sistema médico tradicional, el más importante para este trabajo, es tan antiguo como la aparición misma del hombre en estas tierras.

1.1.1 *El Estado, el Ministerio de Salud, el Instituto de Medicina Tradicional*

Por mucho tiempo, el Estado, a través del Ministerio de Salud, ente rector de la medicina oficial, ha planteado estrategias de intervención y políticas de salud para estas poblaciones, sin incidir en la importancia de esta realidad.

Hace diez años se creó el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA), teniendo entre sus funciones las de “investigar, rescatar y revalorizar aquellos conocimientos y experiencias tradicionales de las diversas etnias del país, así como los métodos y procedimientos para la recuperación de la salud.”

Es de esta manera que el INMETRA responde a las políticas y necesidades del Estado y de la sociedad, siendo su finalidad la de articular la Medicina Tradicional con la Medicina Oficial. En este sentido, desde agosto de 1998, el INMETRA, a través de su Dirección Ejecutiva de Programas y

Servicios, en conjunto con el Programa Nacional de Salud Materno Perinatal del Ministerio de Salud, impulsa el Programa “Formación de una Red de Salud Materno Infantil con Articulación de Medicina Tradicional y la Medicina Oficial” con el objeto de contribuir a hacer frente a la alarmante realidad materno infantil.

Marco legal para la medicina indígena en el país

- Constitución Política del Estado
- Ley General de Salud. Art. XVII
- Decreto Legislativo N° 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 002 92 - SA
- Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Ley N° 27300
- Ley de Aprovechamiento Sostenible de las Plantas Medicinales, 8 de Julio de 2000

1.1.2 La mujer y su rol primordial en la sociedad

Podemos decir, en relación a la atención de la mujer, concretamente a la atención del parto, que existe aproximadamente un 50% de mujeres que se atienden domiciliariamente, en su mayoría con familiares y con parteras bajo el ámbito de la medicina tradicional. El porcentaje restante corresponde a la atención del parto en los establecimientos de salud, es decir en los hospitales y centros maternos donde ésta es dada por los profesionales de salud (médicos, obstetrices, enfermeras, etc.).

Las estadísticas demuestran que a lo largo de los últimos cien años, la medicina académica progresivamente ha ido ganando terreno en la atención de la mujer; pero actualmente se puede afirmar que esa paridad en los porcentajes de atención por parte de ambos sistemas médicos aún existe.

La mujer dentro de este contexto, mantiene de alguna manera viva una cultura ancestral, a diferencia del hombre quien se encuentra más bien a la búsqueda de nuevos horizontes para la familia, de modo que es ella quien decide intuitivamente, e incluso, a veces instintivamente, que el parto se realice en determinadas condiciones (la posición para el parto, en el seno familiar, la ingesta de mates, etc.) y es la que decide también buscar una partera, incluso, la que determina como ha sucedido en algunos casos muy extremos, morir antes de ser trasladada a un hospital.

De esta forma, se explica cómo la mujer, en el contexto de este paralelismo de ambos sistemas médicos en el Perú, juega un rol primordial manteniendo la conservación de la estructura de este sistema médico tradicional, al ser ella, la que exige ser atendida en su parto dentro del domicilio y de la forma como se ha llevado a cabo por generaciones; sin embargo es necesario destacar que lo antedicho es inherente a todo un concepto filosófico de vida, el cual se transmite a través de este aparentemente simple hecho: el de hacer el parto en las condiciones naturales propiamente humanas.

Estamos ante un concepto de filosofía de vida donde se tiene claro que no es tan importante el individuo como tal, sino mas bien las relaciones entre los mismos, y que es lo que conforma la familia, así como su condición de ser eje de todo tipo de convivencia social y célula de la sociedad.

La mujer mantiene entonces la unión de la familia porque da a luz en el hogar, en el seno familiar, brindándole el hogar el recinto apropiado y con la calidez necesaria, no solamente emocional y espiritual, sino también ambiental, de allí que elige la cocina como el lugar ideal para dar a luz, en donde estará rodeada del calor de su hogar y de su familia.

Como antecedente histórico, podemos decir entonces, que nuestra cultura ancestral, presente antes de la llegada de los españoles, continua manteniéndose viva especialmente en el momento del parto. Aún cuando en el Perú existe una mixtura cultural, se encuentra sin embargo, que en lo relacionado al comienzo de la vida los elementos culturales ancestrales se mantienen en su forma casi pura. Esta característica constituye el punto de partida de esta propuesta, porque la formación de una red que garantice la salud de la mujer, parte del hecho de reconocer el manejo que hace ella durante el parto, de los conceptos ancestrales, casi puros, en especial en su momento culminante.

1.1.3 Revalorización y Articulación

El aspecto sustancial de la propuesta del INMETRA, lo constituye entonces la revalorización de lo tradicional y la articulación de lo tradicional con lo moderno. Lograr la articulación de ambos va a constituir una alternativa sólida de atención, no la hegemonía de uno sobre otro, sino la colaboración de uno con el otro. Este es el meollo de nuestro trabajo.

1.2 SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA COMUNIDAD

El INMETRA está realizando seis proyectos pilotos, dos en la costa, dos en la sierra y dos en la selva, para comparar después los resultados de estos lugares tan distantes. El subproyecto del Cuzco, en la provincia de Quispicanchi se eligió para presentarlo como el Estudio de Caso.

Cuzco es uno de los departamentos de la cultura andina quechua. Se seleccionó trabajar en este departamento, ya que coincidieron dos factores primordiales, primero la alta mortalidad materna en comparación con otros departamentos y segundo el alto interés por parte de las autoridades políticas, profesionales e indígenas de realizar el trabajo propuesto.

Dentro del departamento de Cuzco las provincias de Quispicanchi y de Ocongate son las que tienen más alta tasa de mortalidad materna. Al no poder realizarse el Estudio de Caso en las dos provincias, se decidió realizarlo solo en Quispicanchi, permitiendo a los profesionales de salud de Ocongate participar en los talleres, para que puedan poder aplicar lo aprendido en su propia zona.

Todavía persiste en la provincia de Quispicanchi, que se localiza a solo cuatro horas de la ciudad de Cuzco una tradición precolombina muy firme, aunque la mezcla con elementos españoles o incluso elementos de la actualidad occidental es innegable.

2. MARCO CONCEPTUAL

Lo novedoso de esta propuesta es que se parte del hecho de que una mujer quiere en su parto ser atendida en su casa por una partera y de la manera tradicional, utilizando posiciones verticales, a oscuras, en un ambiente cálido, al lado del fuego; es una mujer que no es ignorante sino que obedece a lo que su instinto le manda, obedece a lo que es más natural, obedece a lo que está en correspondencia con cada mujer sea cual fuese su procedencia, dado que solo se guía por su esencia femenina. Lejos de calificar esta opción de parto como surgida de su ignorancia, se califica más bien como surgida de su conocimiento y su gran sabiduría. Esto hace que esta propuesta tuviera un punto de partida diferente a otras que sobre el tema se han expuesto anteriormente, pues reconoce la sabiduría de la mujer parturienta, de la partera y del sistema tradicional de atender el parto; consecuentemente, nosotros también podemos aprender de ellos.

También se parte del hecho de que la medicina académica moderna surge como un complemento de las mismas raíces de la medicina tradicional ancestral, y como parte del desarrollo tecnológico general de los últimos siglos. La medicina moderna se ha olvidado de sus raíces, nadie debe jamás olvidarse de donde viene, es decir de sus antecedentes históricos. Cuando uno se olvida de sus raíces, empieza a cometer una serie de errores, los cuales si no son corregidos a tiempo causan mucho daño. Por todo lo expuesto, muchos profesionales creen que lo natural ya no es válido y que solo el conocimiento nuevo, recientemente aprendido es lo que vale. Nosotros sabemos que “la tecnología médica moderna no se ha creado para malograrles el parto a la mayoría de las mujeres, sino para ayudarles a las pocas mujeres que tienen problemas en sus partos” (Dr. Calderón Barcia).

Así mismo, esta propuesta se distingue de otras por no introducir técnicas culturalmente distintas para la atención del parto. La enseñanza de prácticas y conceptos fuera de su contexto cultural, lleva por lo general a las parteras al desarraigo de su cultura; ejemplo de ello lo tenemos en lo concerniente a la enseñanza de la posición litotómica para el parto, del corte del cordón umbilical a cuatro centímetros con tijeras, y de forma inmediata; a la práctica de los tactos vaginales con o sin guantes, etc.

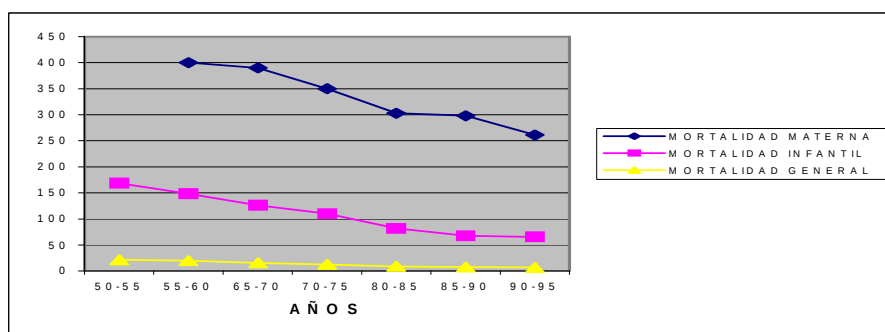
Nuestra hipótesis es que los agentes de la medicina tradicional indígena y los agentes de la medicina moderna académica pueden trabajar juntos y ofrecer a la población en general, y en especial a las mujeres y los niños, una salud más óptima, siendo respetuosos del conocimiento de cada uno, dispuestos en aprender el uno del otro, y conscientes cada uno de sus habilidades y de sus limitaciones según en qué lugar, con qué instrumentos y con qué conocimiento están atendiendo un parto.

3. CONDICIONES DE VIDA Y SALUD

Respecto a la problemática de la salud materna, las cifras nos ubican en una de las áreas más críticas de Latinoamérica. El siguiente gráfico demuestra que en los últimos cuarenta años no ha habido un descenso sustantivo de este indicador.

	50-55	55-60	65-70	70-75	80-85	85-90	90-95
Mortalidad materna		400	390	350	303	298	265
Mortalidad infantil	168,6	148,5	126,3	110,3	81,6	68	65,6
Mortalidad general	21,68	19,71	15,59	12,75	9,04	7,74	6,85

Fuente: Ministerio de Salud, Programa Materno Perinatal



3.1 PROBLEMÁTICA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ

De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES 1996) la tasa de mortalidad materna para el país es de 265 por 100.000 nacidos vivos, esto significa aproximadamente unas 1.800 muertes maternas al año, o cinco muertes maternas por día. Estas cifras solo son superadas en Latinoamérica por Haití y por Bolivia. Así mismo, en las zonas rurales las tasas de mortalidad son más elevadas que en zonas urbanas (292 y 213 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos respectivamente). En lo que respecta a la mortalidad perinatal, la tasa es de 23 por cada 1.000 nacidos vivos.

La cobertura de parto institucional (partos que se realizan dentro de un establecimiento de salud), llega solo al 49,6% para el ámbito nacional, mostrando un amplio rango que varía desde 7,1% en Huancavelica hasta 87,3% en Ica. En cuanto al agente responsable de la atención, 56% de los partos fueron atendidos por un profesional de salud (32% por médicos y 24% por obstetrices o enfermeras), mientras el 24% de los partos fueron atendidos por parteras y el 19% por familiares.

La cobertura de control prenatal para el ámbito nacional es del 67,3%, y en las zonas rurales del país solo alcanza al 26,8% mientras que en las zonas urbanas este porcentaje es del 81,4%.

Las principales causas directas de muerte materna son:

- 1) Hemorragia

- 2) Hipertensión inducida por el embarazo
- 3) Infección-Sepsis
- 4) Complicaciones del aborto (se debe tener en cuenta que el aborto y sus complicaciones podrían tener un subregistro importante debido a las razones legales, penales y sociales que se conjugan en su entorno)

Hay que señalar que la anemia, aunque no es una causa directa, es un factor presente en casi todas las muertes maternas. Es más que causal, un factor agravante. Estudios han demostrado que una gestante anémica tiene cinco veces más posibilidades de morir que una gestante no anémica.

Por otro lado, hay que considerar que casi el 90% de las muertes maternas pudieran prevenirse, asumiendo que las gestantes hubiesen tenido acceso a una atención de salud de calidad. Las muertes maternas son en su mayor parte evitables, afectando con más frecuencia a las mujeres de los grupos con menores recursos, de menor nivel educativo y con menor acceso a los servicios de salud. Las mujeres del área rural tienen una probabilidad dos veces mayor de morir por causas maternas en comparación con las mujeres del área urbana.

4. SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN LA COMUNIDAD DE QUISPICANCHI

4.1 SISTEMA DE REFERENCIA Y RECURSOS HUMANOS: NIVEL PRIMARIO, SECUNDARIO, TERCIARIO

A nivel primario existen cuatro puestos de salud y tres centros de salud los cuales atienden entre 8 a 12 horas diarias (ver anexo A). Hay uno a dos profesionales de la salud en cada establecimiento, entre médicos, obstétricas, enfermeras y técnicos, estos profesionales viven en la comunidad durante varias semanas ya que se encuentran lejos de su residencia habitual. Este hecho es ventajoso, ya que los partos pueden ser atendidos en los establecimientos de salud o por profesionales a cualquier hora del día o la noche. Pero también tiene su desventaja, ya que en el tiempo que se ausentan de la comunidad, y generalmente su ausencia es larga y no hay ninguna persona que los reemplaza en este tiempo, sus pobladores se quedan sin asistencia profesional.

Otro problema grave es el alto índice de rotación de los profesionales. Cuando apenas se han conocido, respetado y acostumbrado entre profesionales y comuneros, los primeros ya están rumbo a nuevos puestos de trabajo y quedan en su lugar profesionales totalmente desconocidos por la comunidad. Bajo estas condiciones es sumamente difícil establecer vínculos sólidos entre las personas de ambos sistemas de salud. Es evidente que la solidez de este vínculo depende por lo arriba expuesto de los comuneros, ya que ellos están viviendo en la comunidad y están comprometidos de por vida. Si ellos manifiestan la necesidad de un profesional de la salud, indicarán a cada profesional recientemente llegado su lugar y su importancia para la comunidad. Esto ayuda al profesional a ubicarse rápidamente y a aplicar sus conocimientos según las necesidades concretas de los usuarios.

De acuerdo a los requerimientos de la atención los casos complicados se derivan un nivel terciario en la ciudad de Cuzco que se encuentra de 4 a 12 horas de distancia, dependiendo de la ubicación de los poblados. Para la movilidad solo existen carros, algunos poblados tienen ambulancia, los otros dependen de la movilidad de la comunidad. En Cuzco existen dos hospitales, el Hospital Regional y el Hospital Lorena; cada uno de los dos cuenta con un centro obstétrico para realizar todo tipo de intervenciones obstétricas necesarias.

4.2 RECURSOS HUMANOS

Los curanderos y los parteros son agentes de la medicina tradicional sumamente valiosos, y sin su presencia la comunidad estaría en el abandono, (anexo B). En los múltiples poblados de Quispicanchi agrupados alrededor de los siete puestos y centros de salud existe un total de 24 parteros/as, que generalmente son también curanderos/as. Desde hace tiempo existe una comunicación entre ellos y los profesionales de salud, basada mas que nada en una relación patriarcal, vertical, en la cual ambos creen que el profesional sabe más por ser universitario y el partero sabe menos por ser generalmente analfabeto. Es decir, nadie ha realizado un trabajo de revalorización de los conocimientos de la partería tradicional.

Actualmente, después de los talleres de este Estudio de Caso, los 12 profesionales y los 24 parteros saben, que la presencia de los parteros es importante e imprescindible por las siguientes razones:

- 1) Viven constantemente en la comunidad
- 2) Reciben a los profesionales y les indican inmediatamente su lugar y su importancia para la comunidad
- 3) Son poseedores de un conocimiento ancestral sumamente valioso para la atención del parto, no solamente en el ámbito de sus casas y su comunidad, sino también para el conocimiento científico y el ámbito hospitalario.

A parte de los profesionales y los parteros, la comunidad cuenta con los promotores de salud, personas que han sido capacitadas por los profesionales para atender aspectos de prevención de enfermedades y el fomento de la salud. Como los promotores de salud son agentes comunitarios, conocen generalmente algunos aspectos de la medicina tradicional, pero no necesariamente son curanderos, ni parteros. Debido a que los promotores no se dedican a la atención del parto, no fueron considerados dentro del Estudio de Caso, por lo cual tampoco participaron en los talleres.

Ha sido importante señalar este hecho, ya que durante un tiempo en el Ministerio de Salud se creía que los promotores eran una solución al problema de la comunicación con la comunidad. Pero la problemática de salud se agudizó aún más, especialmente en el ámbito de la salud materno-infantil, ya que los promotores no son depositarios de conocimientos ancestrales de partería, ni de conocimientos de la obstetricia académica, su visión de lo que le sucede a una mujer embarazada o en parto, es sumamente reducida comparada con la obstetriz, cuya visión es universitaria, académica, y el partero, cuya visión es ancestral, tradicional, ambos con una visión amplia y profunda, la cual se puede profundizar aún más al compartir sus conocimientos.

4.3 POBLACIÓN INDÍGENA Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD INSTITUCIONALES

La población de Quispicanchi es netamente indígena. Su acceso a los servicios institucionales de salud se encuentra limitado por varios factores:

- Las diferencias culturales impiden a las familias aceptar que la mujer sea tocada por un médico y que de a luz dentro de un establecimiento de salud en una posición horizontal.
- La marcada pobreza en la cual vive una parte de la población, genera un progresivo deterioro de las condiciones de salud, dificultándose además el acceso a los servicios de salud
- Las características de nuestra geografía hacen que nuestras comunidades se encuentren aisladas, esparcidas, y en zonas a donde es difícil llegar, dificultando por ende el acceso de sus pobladores a los servicios.
- Por último, la profunda problemática de género, ya que la mujer ha sido oprimida por siglos, negándole sus derechos reproductivos, dentro de los cuales está la libre elección sobre dónde, cómo y con quién quieren dar a luz.

4.4 INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN PARA LA SALUD

En lo referente a información, educación y comunicación ofertada por los prestadores de salud a la comunidad, existen programas al respecto; el problema, sin embargo, reside en que todos ellos están orientados de manera vertical, enfocados solo desde el punto de vista del prestador de salud, alcanzando en consecuencia poca resonancia en la población.

Un aspecto poco tomado en cuenta por parte de los prestadores de salud, es la disposición para escuchar a la población, lo que les impide conocer cuáles son sus expectativas respecto a la solución de los problemas de la comunidad; más aún, la adopción de esta actitud de apertura, facilitaría a los prestadores el acceso a la información necesaria que posteriormente los orientaría a dirigir el mensaje apropiado.

Una actitud abierta también supone ver a la comunidad como una escuela, hacer propia la idea que si es posible que los profesionales podamos aprender de la comunidad. Los profesionales pueden interiorizar el concepto de “servicio a la comunidad”, a base del cual no es la comunidad la que le debe agradecer al profesional por atenderlo, sino más bien por el contrario, el profesional le agradece a la comunidad por tener el honor de poder servirle. He aquí el punto clave para lograr desarrollar una información, educación y comunicación horizontal y verdadera.

4.5 ELEMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN ÁREAS INDÍGENAS

En la comunidad de Quispicanchi, como en todo el Perú, se usan los mismos métodos de evaluación por parte del Ministerio de Salud. Todo se realiza a base de cifras como las que se mencionaron en el capítulo sobre los principales problemas de salud: mortalidad materna e infantil, partos institucionales versus domiciliarios, asistencia al control prenatal, etc. Estos datos se pueden falsificar con suma facilidad, cuando no hay interés en la calidad de atención. Hemos podido presenciar cómo un equipo de profesionales fue sancionado porque en su jurisdicción había aumentado la mortalidad materna, mientras otro fue premiado porque la había reducido a cero; pero resulta que el primer equipo había trabajado mucho, recorriendo cada rincón de su zona, logrando recoger toda la información sin que se le escape ningún caso, mientras que el segundo equipo había quedado cómodamente sentado en su establecimiento de salud sin enterarse de ningún caso. Paradoja total, pero realidad cotidiana en el país. El subregistro es un enorme problema en nuestro país. Es por lo mismo que proponemos entablar primero una relación real y amistosa con los indígenas de las comunidades, sin juzgar a ningún elemento, para obtener después la información en su real dimensión.

Además, hemos observado que se puede producir un aumento del uso de los servicios de salud porque el Ministerio ofrece algún regalo a cambio; los resultados son positivos solo a corto plazo, la situación no perdura y se pierden valores morales y éticos. En otras palabras, no se puede tomar la mejora de las cifras oficiales de salud materno-infantil como único indicador de evaluación, sino hay que encontrar otros aspectos cualitativos. Se debe evaluar la comunicación existente entre todos los involucrados, profesionales y comuneros: ¿cuántas veces trabajaron juntos los parteros con los profesionales?, ¿cuántas veces un profesional se fue a casa de algún comunero?, ¿cuántas veces un partero fue al establecimiento de salud?, ¿cuántas veces comieron juntos?, y finalmente, ¿de qué conversan durante estos encuentros? ¿Se produce el trabajo conjunto de manera voluntaria o hay dinero de por medio?

5. DIFERENCIAS EN LA INTERPRETACIÓN DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD EN LAS CULTURAS INDÍGENAS Y EN LA MEDICINA INSTITUCIONAL

En el caso de la comunidad de Quispicanchi, existen dos vertientes: una que se asienta en la vertiente andina en la cual sobreviven aún muchas de sus concepciones, y otra que se basa en la cultura occidental con una creciente influencia del avance tecnológico. En lo relativo al mundo andino, la comprensión sobre las definiciones de salud, enfermedad, la vida, el orden del mundo, etc., se basa en considerar a los seres existiendo un estado de equilibrio entre lo cálido y lo frío. El ambiente, el cuerpo, las plantas, los objetos, etc., son cálidos o fríos, cuando se rompe este equilibrio se genera determinada enfermedad.

El pensamiento animista se basa en la idea de que todo tiene vida o alma, así la tierra es nuestra madre y fuente de vida, los cerros son protectores o *apus*. El río y el aire son animados y al compartir la vida, somos parte de un todo al cual le debemos respeto. Olvidarse de la tierra y el no agradecer a los protectores, puede ser origen de enfermedades o males.

Estos conceptos coexisten con formas modernas de pensamiento provenientes de la instrucción, la educación sanitaria, de los medios de comunicación etc., sin modificarlos necesariamente. Muchas frustraciones de los profesionales por "educar a la población" se deberían a que han obviado que las conductas, sentimientos y pensamientos de las personas tienen una matriz muy profunda: la cultura propia.

La cultura de la medicina institucional a su vez se encuentra profundamente enraizada en las personas que han sido formadas en las universidades o los centro de instrucción. Poco se estimula una actitud crítica y creativa, más bien se orienta al profesional actual hacia el cumplimiento de normas y protocolos. Si dentro de un protocolo no se permite que una mujer en parto camine, que la acompañe su esposo, que coma algo, o que quiera dar a luz en su domicilio, entonces nadie es capaz de cuestionar esta prohibición. También, si el protocolo determina el uso rutinario de la posición litotómica, de la episiotomía, del corte inmediato del cordón umbilical y de la separación inmediata de madre y recién nacido, nadie es capaz de cuestionar estas reglas. Es en estos puntos y tantos otros detalles donde las dos culturas chocan y no encuentran un punto de articulación.

6. SISTEMAS DE SALUD INDÍGENAS

Dentro de la medicina tradicional el nivel espiritual tiene una especial importancia, así por ejemplo, los espíritus de las montañas vienen a acompañar a la mujer para darle fuerza en el momento del parto. El sol como elemento masculino, la luna como elemento femenino y la *Pachamama* como la madre universal tienen una presencia telúrica en el momento del parto. Las plantas que usan las parteras también tienen espíritu y su presencia es más significativa de lo que puede ser algún otro elemento fármaco-terapéutico. Al existir una relación de horizontalidad con las plantas, éstas proveen fuerza y tranquilidad que calman a la mujer, siendo el espíritu de la planta el cual de alguna manera se posesiona del espíritu de la mujer.

El diagnóstico y los tratamientos generalmente se realizan a través de visualizaciones en un estado de trance por parte de la mujer embarazada y la partera. En la cosmovisión andina tenemos diferentes tipos de curaciones, en los cuales el curandero/ra al ingerir el "remedio" con plantas sagradas como san pedro, ayahuasca, etc., entra en lo que se denomina estado alterno de conciencia, con lo cual proceden a realizar sus diagnósticos y curaciones.

La partera es medicina en sí misma, no a través de algún elemento extraño planta o animal, sino a través de su propia presencia en conexión con los espíritus y sin necesariamente la ingesta por parte de alguna de las dos (ella y la embarazada) de algún "remedio", esto la lleva a una conexión directa con su paciente o con su parturienta. Para que este hecho se de, son elementos indispensables la relación de confianza plena de la embarazada con la partera por un lado, y por otro la relación estrecha de la partera con su don de partera, lo cual le permitirá ver y sentir cosas que otros no pueden ver ni sentir. Esto la va a distinguir como partera, lo cual la va a diferenciar de otras curanderas. El hecho que durante el parto use plantas, baños, rezos, etc., y que haga del parto toda una ceremonia es algo que es su don, es algo que viene desde adentro y que es su conexión con lo espiritual.

Los parteros de aldea son personas comunes y corrientes que no se dedican con exclusividad a esta profesión, ellos tienen otras labores principales, como ser comuneros, tener sus chacras, su casa, convivir con los demás, etc., la partería no es su medio de vida.

Lamentablemente, como producto de la migración y de los procesos socioeconómicos relativos a toda ciudad, se ha observado que existen agentes de medicina tradicional: tales como curanderos, hueseros, sobadores y unas pocas parteras; que han hecho de su práctica una dedicación exclusiva. Es decir, estas prácticas tradicionales se han convertido en un sustento de vida, y es su fuente de ingresos diario. Sin embargo, en lo que respecta a la mayor parte de los parteros detectados, esta figura no se da por cuanto ellos son en la vida diaria agricultores, vendedores en el mercado, criadores de animales menores, amas de casa, etc., no cobrando por el servicio sino recibiendo a cambio "una voluntad" de la parturienta y su familia.

Esta peculiaridad va a beneficiar al mantenimiento de la red, por cuanto al no constituir estas prácticas el sustento diario de los parteros, podríamos tener la seguridad de que ellos van a saber en que momento tendrían que referir a una paciente que así lo requiera, y no van a pretender atenderlas cuando se presenta una situación difícil, por el solo hecho de no perder a esa paciente que finalmente va a proporcionarle un ingreso económico.

En caso de haber un pago, éste podría ser una retribución simbólica de la parturienta por haber sido bien cuidada, aún en el caso que los parteros consideren que por presentar un mayor riesgo estaría mejor atendida en el centro de salud, la parturienta reconocerá la buena atención recibida porque la refirió oportunamente y porque la sigue atendiendo dentro del centro de salud, y finalmente una vez que esté sana y de vuelta en su comunidad, ella continuará velando por su salud. Todo ello amerita un reconocimiento y por voluntad propia la madre le reconocerá por los servicios prestados.

Los parteros/as se forman en sus comunidades, algunos a través de sus madres, tías, abuelas o algún familiar al cual acompañaban desde muy chiquitas, desde muy niñas. Otras refieren que luego de haber atendido ellas mismas sus partos, empezaron a ayudar a otras mujeres en los suyos. Una partera refiere que ella aprendió de su madre quien también se atendía sola, costumbre que ella imitó cuando le llegó el turno de ser madre. Luego los vecinos se enteraron y reconociendo su conocimiento empezaron a llamarla cuando había un parto en la comunidad, adquiriendo de esta forma la fama de ser partera. A las parteras se les reconoce su naturaleza guerrera. La tercera forma de convertirse en partero/ra es vía una iniciación mágica a través de un rayo, a través de un sueño o a través de un llamado de la naturaleza, sea una laguna, planta o animal, convirtiéndose así de pronto en partero/ra. Todas estas diferentes formas son válidas no solamente para esta provincia sino también para todo el mundo andino-amazónico a lo largo y ancho del Perú.

6.1 TIPOS DE TERAPIAS TRADICIONALES

Las terapias que ellos utilizan son múltiples, hay lavados con aguas puras o cocimientos e infusiones diversas; hay baños de inmersión en aguas místicas; baños de sudoración; hay sahumeros; tomas de cocimientos e infusiones en múltiples formas; limpiezas externas e internas utilizando dietas con procedimientos muy variados; purgas; enemas en base a plantas medicinales; ceremonias en base a plantas sagradas como el ayahuasca, el san pedro y las hojas de coca para realizar las limpiezas internas espirituales y también antes del parto para visualizar como va a desarrollarse este; y si va a ser difícil, empiezan a hacer una serie de tratamientos previos preparando mejor a la mujer. El parto es considerado por las parteras un evento natural, un evento que se debe llevar a cabo dentro del domicilio y en unión con la naturaleza.

6.2 APORTES DE LA MEDICINA TRADICIONAL A LA OBSTETRICIA

ACOMPANIAMIENTO CONSTANTE DURANTE EL PARTO. En la práctica de la obstetricia oficial hemos dejado de lado este aspecto al tener tantas parturientas que atender y al no permitir la presencia de familiares que puedan acompañar a las mujeres en este proceso. Queremos con justificada razón que las mujeres acudan a nuestros hospitales, pero una vez allí las dejamos abandonadas. Es sumamente urgente rescatar la práctica del acompañamiento constante que realizan los parteros/as, que no solo significa estar al lado de la mujer, sino también conectarse con ella, con su ritmo, con sus respiraciones, alentándola permanentemente; ayudándola a encontrar esa fuerza interior que le permita traer a su hijo al mundo; ayudándola a vencer sus temores, lo que la fortalecerá como mujer para enfrentar la crianza y hacer de su hijo un sujeto de bien para la sociedad.

VERTICALIDAD EN EL PARTO. Esta posición tanto en las fases de dilatación, del expulsivo y en el alumbramiento es la que más favorece para el avance del proceso de parto. En la dilatación la parturienta puede caminar, sentarse ponerse de rodillas o acucillarse; la gravedad y el movimiento ayudan al feto a encontrar fácilmente el camino al exterior. El colgarse ya sea de una sogá o del

cuello del acompañante estira la columna vertebral y aplanar la curvatura del promontorio; esto alivia el dolor en la espalda y ayuda el paso de la cabeza por el canal del parto. Lo anterior también es válido para el expulsivo y, durante el alumbramiento, la posición vertical permite que las vísceras presionen sobre el útero ayudando al desprendimiento y expulsión de la placenta y posteriormente de los loquios.

EL CALOR Y LA OSCURIDAD. Son elementos muy empleados y cuidados en extremo en las comunidades andinas, donde se trata por todos los medios posibles de calentar a la mujer, haciéndole beber ponches, mates o caldos calientes; abrigándola; sahumándola; haciéndola que reciba vapores, etc. El calor y la oscuridad son elementos que favorecen el relajamiento de todos los músculos pélvicos, consecuentemente la dilatación y por lo tanto el avance del parto.

LA PRIVACIDAD. Las funciones que involucran nuestros órganos genitales son llevadas a cabo en privado, así, la defecación, la micción y el coito son realizados en un ambiente íntimo donde las personas se sienten seguras. El concepto de intimidad está estrechamente relacionado con el de seguridad; y en el parto necesitamos que la mujer se sienta segura y confiada, ya que esta confianza le permitirá poner en marcha la secreción de endorfinas, las cuales ayudan a la mujer a manejar el dolor del parto. La privacidad en algunas comunidades puede llegar al extremo de que la mujer da a luz sola, pero eso no significa que se la abandona, pues toda la comunidad está pendiente de manera distante con lo que ocurre con ella.

LA PRESENCIA DEL ESPOSO. Beneficiosa siempre que se comporte como apoyo para su mujer alentándola constantemente a seguir adelante, prestándole sus fuerzas cuando a ella le falten las propias. Esta es la forma como al esposo se le da la oportunidad de participar en el nacimiento de su hijo. Este hecho aportará doble contribución a la familia: por un lado fortaleciendo los lazos afectivos de la pareja, y por otro la de estos con sus hijos. Al esposo le permite también reforzar su responsabilidad de sacar adelante a su familia, abriéndole la posibilidad de aprender a compartir con su mujer las obligaciones respecto a la crianza de los hijos.

EL MANEJO DE LA PLACENTA. En las diversas comunidades de nuestro país la placenta recibe un trato especial, pues se le considera mucho por haber alimentado al niño durante el parto; de tal manera que en algunos lugares la entierran, en otros la creman, siempre dentro de una ceremonia de agradecimiento o pago a la tierra. En la provincia de Quispicanchi la entierran cerca de la cocina de la casa, ya que en este lugar estará abrigada; así la puerpera no sufrirá de enfriamiento y “sobreparto”.

6.3 ESPÍRITUS EN LA MEDICINA INDÍGENA

Consideramos que los espíritus de las plantas como el san pedro, el ayahuasca; los espíritus de los apus, del sol y de la madre tierra, son los espíritus principales. Todos los espíritus mencionados forman una gran familia entre todos los seres humanos, las plantas, los animales, y cada una de las manifestaciones de la tierra: los cerros, los manantiales, las piedras; finalmente todos terminan siendo nuestros hermanos y hermanados.

6.4 POSICIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD CON RESPECTO A LA MEDICINA INDÍGENA

Podemos observar que desde el Ministerio de Salud hay un reconocimiento hacia la importancia del problema cultural en nuestro país. Se ha despertado una inquietud por estos aspectos no tenidos en cuenta en el pasado, de esta forma el Ministerio trata de diseñar nuevos programas reconociendo las limitaciones del trato vertical.

Hoy en día se habla de la “adecuación cultural”, la cual es entendida como un cambio cultural por parte de los establecimientos del ministerio, para permitir a la madre sentirse en confianza durante la atención de su parto a cargo de un profesional capacitado para tal fin. De esta forma, se ponen en práctica los aportes de la partería tradicional dentro de la obstetricia académica: acompañamiento constante durante el parto, presencia del esposo, verticalidad en el parto, estar vestida para dar a luz, calor y oscuridad, privacidad y manejo de la placenta por la madre y sus familiares.

En varios establecimientos de salud esta modalidad ha tenido un gran éxito, dado que la población ha visto la apertura de los profesionales hacia la cultura. El acercamiento con confianza hacia el establecimiento de salud ha aumentado la cobertura; sin embargo aunque el ministerio reconoce la utilidad de la adecuación cultural, esta es aplicada solo a los lugares más alejados del país.

En uno de los establecimientos de salud de la provincia de Quispicanchi, el médico a cargo adecuó su centro de la manera descrita. Solo en pocas semanas aumentó la demanda por parte de la comunidad, lo cual a su vez aumentó la necesidad de más personal profesional, hecho que fue denegado. Así vino al INMETRA pidiéndonos ayuda para poder trabajar con los parteros/as de la comunidad.

También hay en el área de Quispicanchi una experiencia de una casa de partos, la cual está equipada igual que todas las casas de la zona. Funciona de manera independiente, pero cerca y coordinada con el centro de salud de Ocongate. Está a cargo de un obstetra. Tenía recién un mes de apertura, cuando comenzamos nuestro Estudio de Caso con el primer taller en Tinki. El obstetra aplicó allí todo lo aprendido durante el taller y tuvo gran éxito, ya que rápidamente fueron incrementándose los partos. Desde comunidades lejanas llegaron algunas mujeres, acompañadas por sus esposos, sus madres o sus parteros. El obstetra se ganó la fama de ser buen partero.

A pesar de que reconocemos una apertura del Ministerio de Salud hacia los aspectos culturales de la medicina indígena, todavía hay mucho terreno por ganar. De los siguientes tres aspectos importantes, solo están aceptando el primero y no los otros dos:

- 1) Formas tradicionales en la atención del parto
- 2) Atención del parto en el domicilio de la parturienta
- 3) Atención del parto por parte del agente de la medicina tradicional, partero o partera.

El Ministerio de Salud no puede comprender que el domicilio de una parturienta pueda ser un lugar más seguro que el puesto o el centro de salud, lo cual es porque la parturienta se encuentra en su nicho ecológico. Por cierto, sabemos que hay una discusión mundial muy efervescente sobre el tema de los partos domiciliarios.

El Ministerio de Salud tampoco puede comprender que los parteros/as atiendan el parto, ni que exista una confianza desde tiempos muy remotos entre quienes han crecido dentro de una misma cultura. Estos fuertes lazos de entendimiento son difíciles, pero no imposibles de alcanzar por un profesional de salud.

7. IMPLICACIONES PARA UN NUEVO MODELO DE SALUD EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS

7.1 JUSTIFICACIÓN Y FUNDAMENTOS

Está demostrado que el mayor porcentaje de embarazos, partos, puerperios y períodos de adaptación de los recién nacidos son de bajo riesgo, pero su calificación debe ser el resultado de una minuciosa evaluación.

El Ministerio de Salud a través de su Programa de Salud Materno Perinatal declara en emergencia al país por la tan renuente alta tasa de mortalidad materna.

Desde el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) se apoya al Ministerio de Salud en relación a los objetivos de la revalorización de la medicina tradicional y la articulación de ésta con la medicina académica. En el campo de la salud materno infantil se apoya el Plan de Emergencia para Reducir la Mortalidad Materna dentro del marco del INMETRA. Nuestro fundamento es que la base del problema nacional en cuestión de la morbi-mortalidad materno-infantil, no es el hecho de que los partos se realicen en los domicilios, o que los partos sean atendidos por parteras, o que los partos sean atendidos con técnicas tradicionales milenarias, sino la base del problema es en primera instancia la brecha cultural enorme entre una y otra medicina, en segunda, la pobreza y la consecuente desnutrición de un amplio sector especialmente a nivel rural y suburbano, y en tercera, la subvaloración de la mujer y de sus capacidades y derechos reproductivos.

7.2 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar las condiciones de salud materno infantil **revalorizando** la medicina tradicional y **articulándola** con la medicina académica, mediante la formación de una red de salud materno infantil con participación de ambas medicinas.

7.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Aumentar la cobertura de control prenatal para determinar el bajo o alto riesgo de las gestantes.
- 2) Contribuir a mejorar la calidad y la calidez de la atención del parto, tanto domiciliario como en los establecimientos de salud; asimismo mejorar la atención a la madre respetando su cultura. Revalorizar los conocimientos, actitudes y prácticas tradicionales de atención a gestantes, parturientas y púerperas articulando la partería tradicional con la obstetricia académica.
- 3) Formación de una red de salud materno perinatal articulada entre la medicina tradicional y académica.
- 4) Investigar las prácticas de la partería tradicional para determinar su real valor científico.

- 5) Contribuir a fomentar la reflexión sobre el parto domiciliario y el parto institucionalizado, elaborando un protocolo de atención para el parto domiciliario que pueda ser empleado por parteras, obstetrices y médicos.
- 6) Fomentar el logro de un trabajo coordinado y en equipo entre los agentes de la medicina tradicional (parteros/as) y los agentes de la medicina académica (médicos, obstetrices, enfermera y técnicos), acortando de esta manera las brechas existentes y favoreciendo el acercamiento entre ambas medicinas.

Grupos objeto del estudio: Gestantes, puérperas, parteras tradicionales y personal del sector salud (obstetrices, enfermeras, médicos) de la red de Quispicanchi.

Grupo Beneficiario: Mujeres en edad fértil, en especial las gestantes, puérperas y recién nacidos.

7.4 DESARROLLO DE ESTRATEGIAS

- Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias.
- Talleres de sensibilización.
- Integración y concertación social entre las organizaciones comunales, municipalidad, iglesia y otras instituciones que laboran en el sector.
- Concertación entre los agentes de la medicina tradicional representada por las parteras de la zona y el personal de salud que ejerce la medicina académica, para mejorar la atención materno perinatal.
- Uso de recurso naturales de la zona de trabajo que permitirá la sostenibilidad de la articulación entre la medicina tradicional y académica.
- Prestar servicios elaborando material informativo y educativo con temas referentes a la salud materna que tome en cuenta las prácticas culturales de las diversas comunidades en nuestro país y que pueda ser utilizado tanto por parteros/as, así como por promotores, técnicos, enfermeras, obstetrices y médicos.
- Institucionalización del proyecto.

7.5 MODELOS DE SISTEMA DE REFERENCIA

No hemos diseñado un modelo de sistema de referencia porque no nos preocupa tanto el cómo llevar a una mujer embarazada que presenta complicaciones en su parto a un establecimiento de salud de nivel superior, sino más bien nos preocupa el ir y el venir. Estamos hablando de una referencia y una contrarreferencia efectiva, observamos que lo segundo es casi inexistente en la práctica, constituyendo ello motivo de disconformidad en la comunidad.

Lo que sucede es que de alguna manera se produce un apoderamiento del paciente por parte del establecimiento de nivel superior que recibió la transferencia, con respecto al establecimiento de nivel inferior que lo envió. Este fenómeno se produce en todos los niveles, perdiéndose la perspectiva que la solución del problema debe realizarse de manera conjunta; teniendo la comunidad tanta importancia en la resolución de los mismos, como la tiene el establecimiento de salud.

En la comunidad, entendiendo por ello a los establecimientos de primer nivel y a la comunidad organizada junto a sus agentes comunitarios, se deberían solucionar el 80% de los problemas de salud de la mujer; correspondiendo la solución del 20% restante a las instancias superiores.

Este enfoque de trabajo supone necesariamente el trabajo articulado de profesionales médicos generales, enfermeras, obstetrices etc. con la comunidad a través de programas y actividades de medicina preventivo-promocional y de salud comunitaria. Para ello, es necesario también que el sistema de referencia y contrarreferencia tenga una buena capacidad de derivación rápida y eficiente, para lo cual se requiere una adecuada infraestructura, ambulancias con provisión de combustible, helicópteros, etc. Nosotros no proveemos el medio de transporte, sino una puerta abierta para que un sistema pueda entender el otro sistema, pues para que una parturienta sea llevada lejos de su comunidad antes o durante su parto, se debe haber logrado que ella y toda su familia incluyendo al partero confíen en este medio de transporte, en este chofer, en este profesional y en esta institución hospitalaria. Sin esta confianza, “prefiere morir en su casa antes de pisar un hospital”.

Nosotros proponemos que los profesionales de salud de los establecimientos de primer nivel sensibilicen a la comunidad, para que ésta vea en la ambulancia y en el hospital una propiedad comunitaria a la cual todos tienen derecho. A su vez es necesario que el profesional sea sensibilizado por la comunidad para que comprenda el miedo del poblador ante lo desconocido.

Para que la contrarreferencia también sea confiable y efectiva, el paciente debe ser regresado en buena salud a la comunidad. El profesional del hospital al devolver al paciente a su punto de origen, debe mantener una actitud accesible, demostrando confianza con el cuidado que posteriormente se le brindará en la comunidad al paciente. Agradecerá la confianza por parte de la comunidad en el sistema hospitalario y asegurará a la familia y al personal de salud del nivel inferior, que el hospital estará a la orden para cualquier otra nueva atención que este paciente u otros requieran.

Esta actitud significará un voto de confianza del sistema médico académico hacia el sistema médico tradicional; esto será devuelto a su vez con un voto de confianza del sistema médico tradicional hacia el sistema médico académico. Estaremos hablando entonces de una verdadera referencia y contrarreferencia, mas aún, de un verdadero respeto y confianza mutua, que en su esencia va más allá de los simples formatos a llenar.

7.6 PRIMER, SEGUNDO Y TERCER NIVEL

Las personas que atienden partos varían en importancia según el nivel de atención. En la comunidad, específicamente en el centro de salud, la preponderancia de acción estará a cargo de la obstetriz y la enfermera; a nivel domiciliario, la preponderancia la tendrá la partera, siempre y cuando la mujer parturienta la haya elegido en primera instancia. En el segundo nivel de atención la preponderancia será de la obstetriz y el médico, la partera puede ser acompañante y/o colaboradora. En lo que respecta al tercer nivel, obviamente la preponderancia para la atención en el hospital está en la persona del médico, seguido de la obstetriz y/o enfermera; la partera puede entrar pero solo como compañía, siendo su papel completamente secundario.

7.7 FINANCIAMIENTO

El financiamiento de este proyecto es mínimo y limitado, está basado principalmente en los recursos provenientes del Tesoro Público del Ministerio de Economía y Finanzas. Se ha realizado el financiamiento de cursos de capacitación y entrenamiento teórico-práctico dirigido al personal de salud, en especial al equipo de obstetrices, presentándose la oportunidad de atender varios partos junto a ellas y a los médicos. También se financiaron los cuatro talleres de intercambio de

conocimiento y la edición de varios videos usando el material filmado a lo largo de todos los encuentros.

7.8 IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

La implementación de nuestro modelo en Quispicanchi ha sido la realización **de talleres de sensibilización** en los establecimientos de salud de los tres niveles de atención, y de los **talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias**:

7.8.1 *Talleres de sensibilización*

Son talleres que se llevan a cabo en los tres niveles de atención y están dirigidos al personal de salud que labora en estos establecimientos

7.8.1.1 *Objetivos*

- Motivar y conscientizar al equipo de profesionales que labora en los establecimientos de salud a realizar acciones que permitan acortar las brechas existentes entre la medicina tradicional y la medicina académica, poniendo mayor énfasis en el personal del hospital de referencia para que exista en ellos mejor disposición para recibir con una actitud de apertura y respeto al personal de salud de la periferia y a los agentes de la comunidad cuando se realizan las referencias al hospital.
- Analizar los aspectos relacionados con el parto tradicional y el parto natural, rescatando los elementos de la calidad de atención y aquellos que puedan aplicarse en la práctica profesional para beneficio de la madre y el niño.
- Formular mecanismos para establecer un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente con la participación de los agentes de la medicina tradicional y de la medicina académica.

7.8.1.2 *Metodología*

Es activa –participativa– demostrativa. Se utilizan ejemplos, casos vivenciales en los cuáles se reflejan “la situación actual y la situación ideal”, analizando conjuntamente que no cuesta mucho poder cambiar algunas actitudes y despojarnos de los prejuicios que nos impide distinguir y visualizar otras formas de vivir.

7.8.2 *Talleres de intercambio de conocimientos, vivencias y experiencias*

7.8.2.1 *Metodología*

Considerando la presencia de un auditorio heterogéneo puesto que contamos con la participación tanto de profesionales de la salud como de parteras, la metodología, aunque también es de tipo activa–participativa–demostrativa, favorece la iniciativa y la capacidad de descubrimiento, respetando las posibilidades de cada participante. Las relaciones se establecen en forma horizontal sin menospreciar a nadie pues esta es la base de una adecuada convivencia humana, necesaria para establecer lazos fuertes en la red. No es pues una enseñanza jerárquica convencional, sino un

intercambio de vivencias, experiencias y conocimientos. En lugar de contar solamente con las palabras, tal vez difíciles de entender, las experiencias son transmitidas a través de sociodramas, así no solo se escuchará sino también se verá como trabaja la persona que comenta. Para romper distancias, eliminar desconfianzas mutuas y propender el acercamiento humano dentro de la programación de cada taller, se considera un tiempo libre por la mañana y por la tarde bajo la modalidad de refrigerio, el cual permite interactuar directamente a los participantes, pues ellos continúan con los comentarios o discusiones; asimismo, les permite armar los argumentos de los sociodramas o dinámicas vivenciales que se representarán al término del tiempo libre. Es decir, el refrigerio es un vehículo que propicia la continuación del trabajo y amplía la interacción, no es un descanso propiamente dicho.

Otros elementos de acercamiento considerados como parte de la metodología aplicada son la modalidad de convivencia social, en la cual se comparten los alimentos y el alojamiento, y una reunión de camaradería, en donde se manifiestan las expresiones artísticas de la zona de intervención y el acervo cultural de los participantes.

La secuencia que se sigue en los talleres de intercambio es la siguiente:

7.8.2.2 *Inauguración*

Se procura que participen todos los representantes de la comunidad, alcalde, gobernador, párroco de la iglesia, representantes de organizaciones populares de base, un representante del Ministerio de Salud, un representante del INMETRA y un representante de los agentes tradicionales. La presencia de estos representantes es importante pues se precisa que todos se responsabilicen en tomar las medidas adecuadas para proteger la salud y la vida de los integrantes de la comunidad, especialmente de las mujeres y niños que son los más afectados por problemas de salud.

7.8.2.3 *Recordatorio*

En esta parte los participantes relatan y demuestran a través de la técnica de los sociodramas sus experiencias de atención o acompañamiento de partos; los demás participantes deben escuchar y observar atentamente para luego dar sus opiniones y finalmente, entre todos resaltar lo bueno y plantear propuestas para los aspectos negativos que se hubieran observado. Se sientan en círculo y tiene como guía el siguiente esquema:

Esquema de análisis grupal, partiendo de una experiencia individual

Relato	Problema	¿Por qué?	¿Qué Hacer?
Contar Enseñar Demostrar	El que relata y el grupo identifican el problema desde el punto de vista de ambas medicinas	El grupo identifica las causas del problema presentado desde el punto de vista de ambas medicinas	El grupo identifica la acción conjunta y complementaria para que pueda ser resuelto el problema

La experiencia que se relata en el primer taller es elegida libremente por cada participante, en los talleres sucesivos se deben relatar los partos atendidos o acompañados que se han realizado entre un taller y otro.

7.8.2.4 Desarrollo del tema propuesto para el taller

Esquema de análisis grupal, partiendo de una problemática específica

Problemas	Desarrollo del tema	¿Por qué?	¿Qué Hacer?
Con la técnica de la lluvia de ideas se identifican los problemas desde el punto de vista de ambas medicinas.	Con la técnica de diálogo-conversación, se analiza cómo se ve el tema en el mundo académico y en el mundo tradicional.	En grupo se discuten las causas del problema desde el punto de vista de ambas medicinas y se realizan los sociodramas.	Usando la técnica del sociodrama los participantes proponen soluciones empleando los recursos propios de la zona.

7.8.2.5 Dinámicas vivenciales

El desarrollo del respeto mutuo entre grupos culturales diferentes se da a través del conocimiento y la comprensión que pueda desarrollarse entre ambos grupos. Con esta finalidad hemos diseñado espacios dentro del taller donde se comparten no solo conocimientos sino también actividades de entretenimiento, ejercicios físicos y espirituales. Dentro de las actividades de entretenimiento realizamos juegos que procuren la cercanía física de los participantes, los ejercicios físicos son aquellos que se suelen enseñar a las madres embarazadas y a las madres en el taller postparto. Dentro de este rubro están también los masajes que motivan una vez más la cercanía entre ambos agentes. La espiritualidad la desarrollamos de alguna manera a lo largo de todo el taller, por ejemplo cuando pedimos a un participante que haga una oración de agradecimiento cada vez que nos servimos los alimentos, o cuando formamos un círculo y hacemos un minuto de silencio por las madres y los niños que han fallecido.

Además de todo esto motivamos que para el desarrollo de todas las dinámicas se formen grupos heterogéneos y diversos para fomentar el conocimiento mutuo entre ambos agentes y de este modo se desarrollen y fortalezcan los lazos de amistad.

7.8.2.6 Asistentes a talleres de intercambio

QUISPICANCHI – CUZCO

Talleres	Personal de salud	Parteros
1° TALLER: Municipalidad del Centro Poblado de Tinki	21	28
2° TALLER: Municipalidad del Distrito de Ocongate	18	25
3° TALLER: Hospital Regional de Cuzco	19	21
4° TALLER: Municipalidad del Distrito de Ocongate	13	13

Participación comunitaria en los talleres de intercambio

En lo que respecta a la participación comunitaria, se ha realizado la convocatoria para la incorporación de todos los parteros/as en actividad de la zona, independientemente de su edad o grado de instrucción. De esta forma, a lo largo del desarrollo de los talleres se han ido incorporando parteros/as e inclusive algunos promotores de salud, generando estos últimos una pequeña polémica para su incorporación, por cuanto ellos también son agentes comunitarios pero formados por el sistema oficial de salud. A ellos se les enseña uno que otro aspecto de la medicina académica, como por ejemplo poner inyecciones, tomar la presión arterial, dar charlas sobre primeros auxilios, anticonceptivos, etc., es decir, no son personas que tienen conocimiento sobre la medicina tradicional.

Esto lo percibimos como un peligro para la comunidad por la incapacidad que tienen para resolver problemas en el ámbito materno, ya sea desde la medicina académica porque no es un profesional de salud, o desde la medicina tradicional porque no tienen los conocimientos de una partera.

Consecuentemente, si una mujer confía en una promotora para atender su parto, entonces puede realmente correr un riesgo, dado que si se presentase una complicación el promotor o promotora no sabría como responder frente a esa contingencia. Resolvimos aplicar un trato especial con las promotoras que ya habían venido asistiendo, felicitándolas por su empeño, dedicación y esfuerzo a la comunidad, pero les aclaramos que su presencia en los talleres sería con el objetivo específico de ayudar a establecer las relaciones entre la partera y la obstetriz; entre la comunidad, las mujeres de la comunidad y la partera; o entre la comunidad, las mujeres de la comunidad y la obstetriz; y finalmente entre la mujer gestante, la partera y la obstetriz.

En definitiva su presencia en los talleres no era para que aprendieran a atender partos o para que empezaran a atender partos; sino para reflexionar acerca de la importancia de que la partera y la obstetriz trabajen bien; de que la mujer sea bien atendida y, de cómo podrían ellos colaborar en esta tarea, velando además por la salud de la mujer junto a la obstetriz y la partera.

Posteriormente fuimos muy estrictos con la admisión de nuevos participantes, siendo el único requisito que fueran parteros/as, no teniendo importancia el grado de instrucción, pero sí el que atendieran partos y fueran reconocidos en su comunidad. La invitación se extendió también a todos los profesionales de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud del distrito, obstetrices, enfermeras, técnicos y médicos; siendo éstos últimos los que precisamente tuvieron menor asistencia, pero que de alguna manera se fueron rotando de forma tal, que siempre estuvo presente alguno de ellos.

7.8.2.7 Conclusiones

En la parte final de los talleres cada participante tiene la oportunidad de expresar en qué medida el taller ha enriquecido sus conocimientos y en qué medida ha permitido fortalecer los lazos de confianza entre ambos agentes. Todos se comprometen a poner en práctica los acuerdos que serán evaluados en el próximo taller.

7.8.2.8 *Despedida*

Antes de partir hasta encontrarnos en el próximo taller, formamos un círculo abrazándonos entre todos los participantes; queremos simbolizar con ello nuestro deseo por unirnos en la diversidad en pro de la salud de las madres y los niños de nuestras comunidades.

Es necesario mencionar que el primer taller se realizó en la zona rural más alejada de la provincia, en Tinki, trasladando hacia allá a todos los participantes, de manera que pudiéramos conocer esa realidad. El segundo taller se realizó en la comunidad de Ocongate, un poblado ya más cercano a Cuzco, más grande y que cuenta con un centro de salud, además de la casa de partos. El tercer taller fue realizado en el Hospital Regional del Cuzco para que los participantes provenientes de la comunidad conocieran y recorrieran el hospital y nosotros valiéndonos de la ocasión acercáramos a esos participantes a la idea de que el hospital está a su servicio.

El encuentro inicial en el hospital demostró que el trabajo en conjunto es una obra de perseverancia que tomará su propio tiempo, y esto se evidenció con el cierto grado de rechazo tanto a la propuesta como a los participantes de la comunidad por parte de las obstetrices especialmente, que se sintieron invadidas y ofendidas a causa de un aparente cuestionamiento. Sin embargo, conforme avanzó el taller a lo largo de los dos días, fueron entendiendo poco a poco que nadie cuestionaba su labor en esencia, sino que se cuestionaba su desconocimiento de la comunidad, pues en el hospital es creencia generalizada que todo se resuelve allí, idea internalizada sobre todo en el personal más antiguo y para quienes su mundo es el hospital.

Mucho sirvió para el cambio de actitud de este personal, que conocieran a través de los comentarios de las parteras y de sus colegas de establecimientos de primer nivel, toda la problemática existente y que ellas desconocían. Este cambio de actitud tuvo como natural consecuencia la solicitud de una implementación y equipamiento que les permitiera ofrecer una atención natural del parto que incluyese elementos tradicionales.

El cuarto taller nuevamente se llevó a cabo en Ocongate. De esta forma se simboliza todo el sistema de referencia y contrarreferencia que comentáramos anteriormente; así como a través de los mismos talleres se van estableciendo las conexiones y se van recorriendo las rutas necesarias para un desarrollo fluido de ese sistema.

8. EVALUACIÓN DEL PROYECTO DE MODELO PARA QUISPICANCHI

Con respecto a cómo se está evaluando el proyecto, se puede decir que lejos de mencionar solo cifras estadísticas que hagan mención a un aumento o mejoras en porcentajes, que nuestra información básicamente estará referida a los aspectos cualitativos.

De esta forma, el proyecto ha permitido que una de las parteras más reconocidas en la comunidad, la Sra. María Vilca, aumentara la cantidad de partos atendidos, con lo cual podemos decir que al parecer disminuyó el porcentaje de atención de familiares, y que aumentó la cantidad de mujeres derivadas al centro de salud, hecho confirmado por la obstetriz de su zona.

Un ejemplo de la optimización del trabajo conjunto y armonioso, lo da la obstetriz Yolanda Hidalgo Palomino quien trabaja en el establecimiento más alejado del distrito. El participar en los talleres, la fortaleció según afirma, porque ella desde hace tiempo trabajaba en constante coordinación con la partera de su zona, la cual atendía los partos que se presentaban en la noche, en vista que la obstetriz no residía allí. Del mismo modo, la partera atendía con el aval de esta obstetriz todos los casos que no presentaban complicación alguna.

Esta profesional pensaba que trabajaba en contra del protocolo de atención del parto del Ministerio, el cual no da indicaciones específicas al respecto del trabajo con parteras; pero sentía también que era la única forma de asegurar la salud de su comunidad. Al empezar a participar en los talleres sintió que tenía un apoyo, sintió que siempre había procedido correctamente; sintió que el Ministerio la estaba apoyando en su trabajo y que ella no estaba haciendo algo vedado.

El siguiente es el Plan de Evaluación del Proyecto, el cual desarrollaremos en breve, y en el que se detallan los objetivos, metodología de evaluación, interrogantes ejes de la evaluación, técnicas e instrumentos a emplear, y la relación de las actividades a realizar para la implementación de la evaluación.

8.1 PLAN DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO: FORMACIÓN DE UNA RED DE SALUD MATERNO INFANTIL CON PARTICIPACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL

8.1.1 *Objetivo general*

Identificar áreas eficientes y deficientes en el proceso de formación de la Red de Salud Materno Infantil entre el personal de salud y agentes comunitarios (parteras), conformados en el ámbito del Proyecto, lo que permitirá la retroalimentación de la experiencia.

8.1.2 *Objetivos específicos*

- Verificar el establecimiento y formación de la Red de Salud Materno Infantil entre el sistema de salud y la comunidad.
- Identificar el nivel de logro de la interrelación, empatía y trabajo coordinado entre el personal de salud y agentes comunitarios (parteras).
- Identificar en qué medida la partera puede determinar los riesgos en el embarazo, parto y puerperio y llevar a cabo la derivación oportuna.

- Identificar la percepción del personal de salud y las parteras respecto a la calidad del sistema de salud implementado.

8.1.3 Metodología de la evaluación

Desde 1998, se han desarrollado una serie de acciones del Proyecto de Formación de una Red de Salud Materno Infantil con la participación de la Medicina Tradicional y Académica. Se sugiere desarrollar una metodología orientada a una Evaluación Intermedia, que permita evaluar el grado de avance del Proyecto en relación al cumplimiento de los objetivos.

Se seleccionarán indicadores cuantitativos y cualitativos, verificándolos mediante técnicas pertinentes (cuestionarios, entrevistas, observación), que permitan obtener la información correspondiente.

8.1.4 Interrogantes ejes de la evaluación

Dependiendo de la información existente, de los recursos disponibles y ante la necesidad de contar con los resultados de esta evaluación a la brevedad posible, se podrá enfatizar las siguientes interrogantes a evaluar.

- ¿Cuál es el avance del proyecto en el nivel de cumplimiento de objetivos, en un período de tiempo y en condiciones determinadas?
- ¿Ha sido uniforme el avance observado en todos los ámbitos de ejecución del proyecto?
- ¿Se han empleado los recursos y procesos más adecuados para el logro de los objetivos?
- ¿Qué factores positivos han influido en el avance del proyecto?
- ¿Qué factores negativos han influido en el avance del proyecto?
- ¿Cómo intervienen cada uno de los sujetos del proceso?
- ¿Qué cambios deben hacerse para lograr mayor avance?

8.1.5 Duración estimada

Cuatro meses

8.1.6 Selección de técnicas e instrumentos a emplear

La técnica está constituida por un conjunto de prescripciones que garantizan una certidumbre en la eficacia del procedimiento y de los instrumentos que empleamos en la “evaluación”.

- a) La observación: esta técnica nos permite describir los comportamientos, destrezas y actitudes utilizando la percepción visual. Para llevar a cabo dicha técnica es necesario aplicar una la siguiente “Guía de Observación”.

Lugar:

- En la sala de espera
- En la sala de dilatación
- En la sala de partos
- En la sala de puerperio
- En el domicilio (si la gestante lo decide)

Criterios:

- Relaciones interpersonales
 - Forma de atención (técnicas de atención)
 - Información a la usuaria (contenido y forma de proporcionársela)
 - Trabajo en equipo y coordinado entre el personal de salud y la partera
 - Respeto por la decisión de la usuaria
 - Capacidad de respuesta a las necesidades de la usuaria
- b) Entrevistas: A responsables de los establecimientos y/o responsables de la implementación de la Red de Salud Materno–Infantil en el ámbito de ejecución del proyecto y a parteras
 - c) Cuestionarios
 - d) Análisis documentarios

8.1.7 Actividades principales

- 1) Coordinación con el equipo responsable del proyecto para delimitar alcances de la evaluación
- 2) Diseño de la evaluación
- 3) Entrevistas con el personal responsable del proyecto y el personal administrativo.
- 4) Selección del personal encargado de la recolección de información
- 5) Revisión de documentos e informes técnicos del proyecto
- 6) Diseño de instrumentos de recolección de información: Guía de observación, guía de entrevistas, guía de cuestionario, formatos de recolección de información estadística.
- 7) Recolección de información estadística
- 8) Visitas de campo y entrevistas en las localidades pertenecientes al ámbito del proyecto.
- 9) Procesamiento y consolidación de la información
- 10) Análisis de la información
- 11) Elaboración del informe final
- 12) Entrega de informe

8.1.8 Consideraciones finales

Entre las consideraciones y a manera de conclusión podemos decir que la propuesta ha sido recibida con mucho interés por muchos profesionales que han sentido que las ideas que tenían temor o desconfianza comentar, han sido expuestas por nosotras. Hay médicos y obstetrices que se han acercado para contarnos algunas de sus experiencias de aprendizaje en la comunidad con algunos parteros/as, y en donde algunos de ellos ante algún caso de difícil solución, reconocían haber llegado al límite de sus conocimientos, mientras que los parteros siempre supieron que hacer.

Esto generaba un reconocimiento por parte de la comunidad por este conocimiento de la partería tradicional, no obstante ellos no se atrevían a contarlo en voz alta. Sin embargo, a través de nuestros talleres, sentían que esto se podía pronunciar en voz alta y que estábamos en un camino hacia el trabajo en conjunto. Quedaban además muy agradecidos que el Ministerio de Salud, ente oficial y rector de la salud en el Perú, tenga una institución como el Instituto Nacional de Medicina Tradicional con esta posición y con esta propuesta.

Por otro lado ante los parteros/as quedó muy claro el mensaje de que sus conocimientos son buenos y valiosos, que lo que sus padres y abuelas les enseñaron es algo que sirve y ayuda a la mujer, a la familia e incluso puede ayudar a un médico o a una obstetriz. Se fomentó con ello la mejora de la autoestima en muchos agentes comunitarios que sintieron revalorizado su rol en la sociedad.

No se puede negar la presencia de momentos difíciles, los cuales van a seguir existiendo. Algunos profesionales de salud piensan que esta propuesta es demasiado atrevida, que se está dando demasiada importancia a la medicina tradicional; que estamos dando demasiada importancia a los parteros/as o sobrevalorando el papel que ellos cumplen. Igualmente se piensa que se está sobrevalorando la capacidad de la mujer al momento del parto.

De igual forma, también existen algunos parteros que piensan que sobrevaloramos a la obstetriz, y que proporcionalmente en este distrito estamos dando más al Centro de Salud.

Pensamos que hay mucho por hacer todavía, no se pretende que con estos 12 talleres ya este establecida la red, esto recién es el comienzo. Sin embargo, la semilla de la articulación está sembrada y ha caído en terreno fértil, porque la mayor parte de los que participaron hizo suyo este proyecto, y a su manera, cada uno está aportando a la existencia de este trabajo.

ANEXO A: ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN QUISPICANCHI, CUZCO

Dirección de Salud Cuzco				
Unidad Básica de Salud (UBASS), Quispicanchi				
	No. de médicos	No. de obstetrices	No. de técnicos	No. de parteros
Centro de Salud de Catca	1	1	1	3
- Puesto de Salud Kcauri	-	1	-	2
- Puesto de Salud Pampacamara	1	-	-	3
Centro de Salud Ocongate	1	1	-	9
- Puesto de Salud Carhuayo	1	1	-	3
- Puesto de Salud Marcapata	1	1	-	3
Centro de Salud Quincemil	1	1	-	3

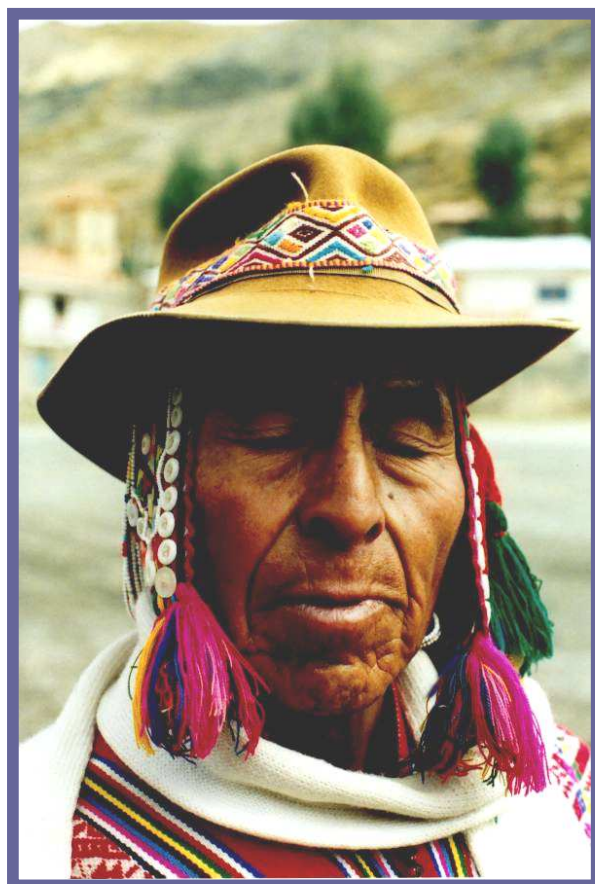
ANEXO B: LISTA DE PERSONAL DE SALUD Y PARTEROS POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD, QUISPICANCHI, CUZCO

- 1.- CENTRO DE SALUD CATCA:**
 - Médico Willi Quispe Humpire
 - Obstetriz Eva Sanchez Obregón
 - Técnico Arístides Ccama Castilla
 - Partero Bernardino Cansaya Sanchez
 - Partero Segundo Perez Saraya
- 2.- PUESTO DE SALUD KCAURI:**
 - Obstetriz Inés Pari Pari
 - Partero Claudio Turqui Huarcaya
 - Partero Fortunata Perca Gutierrez
- 3.- PUESTO DE SALUD PAMPACAMARA:**
 - Médico Arturo Delgado Gutierrez
 - Partero Elisban Valeriano
 - Partero Julián Cutipa Tacuri.
- 4.- CENTRO DE SALUD OCONGATE**
 - Médico Guillermo Pacheco
 - Obstetra Alcides Coacalla
 - Partero Alejandro Fernandez Machaca
 - Partera Anacleta Huanca Espetia
 - Partera Abelina Huanca Chillihuani
 - Partera Francisca Espetia Turpo
 - Partero Vicente Mamani Chillihuani
 - Partero Simeón Crispín Condori
 - Partero Ilario Quispe Mayo
 - Partero Benito Yapura Condori
 - Partero Esteban Bellota Gamarra
- 5.- PUESTO DE SALUD CARHUAYO**
 - Médico Atilio Paravecino Aparicio
 - Obstetriz Amanda Mamani Sanchez
 - Partero Florentino Huanca Mamani
 - Juan Quispe Cari
 - Simona Qeshuallpa Quispe
- 6.- PUESTO DE SALUD MARCAPATA:**
 - Médico Jesús Becerra Rodriguez
 - Obstetriz Simón Cruz Huahuasonco
 - Partera Victoria Gonzales Equilata
 - Partero Honorato Flores Quispe
 - Partero Mariano Quispe Chura
- 7.- CENTRO DE SALUD QUINCEMIL**
 - Médico Henry Pacheco F.
 - Obstetriz Ruth Riveros Velo
 - Partero Valentín Cahuana
 - María Rivera Sauñe
 - Benigno Gutiérrez

ANEXO C: FOTOGRAFÍAS



Rostros de personajes oriundos de la Provincia de Quispicanchi en la ciudad del





Primer taller – Comunidad de Tinki - Quispicanchi



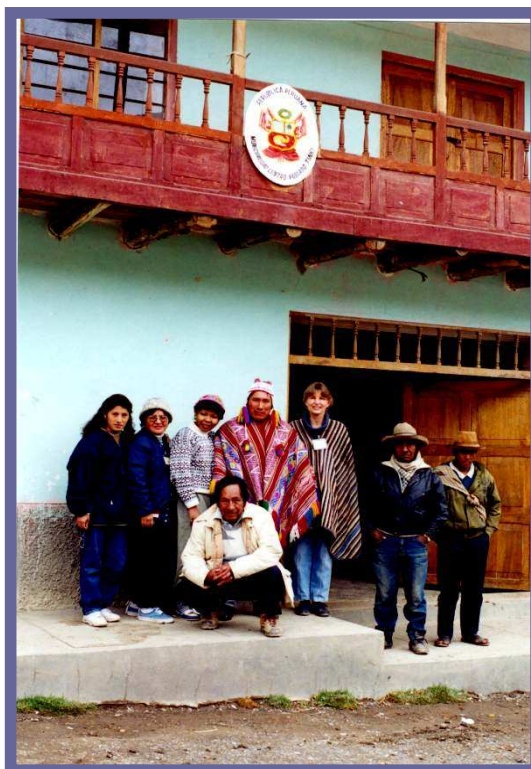
Segundo Taller – Hospital Regional

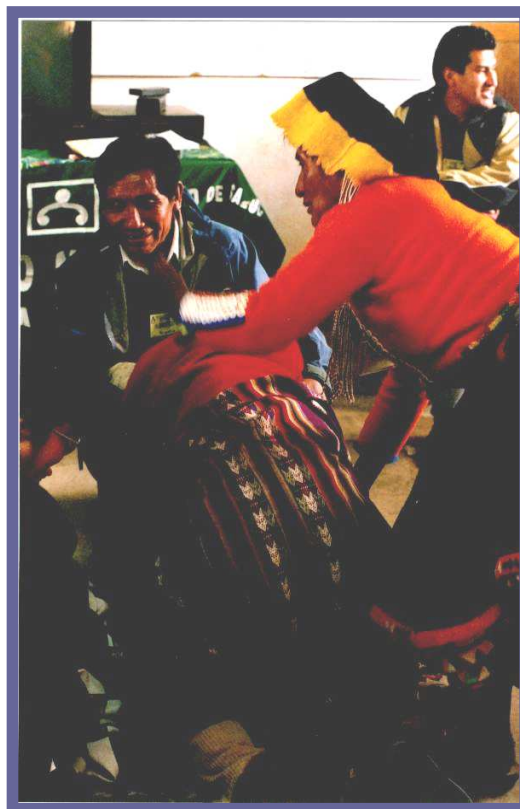


Tercer Taller - Ocongate



El alcalde de la comunidad de Tinki Octavio Quispe Layme participando en la clausura del primer Taller "Parto Natural", llevado a cabo en la ciudad del Cuzco



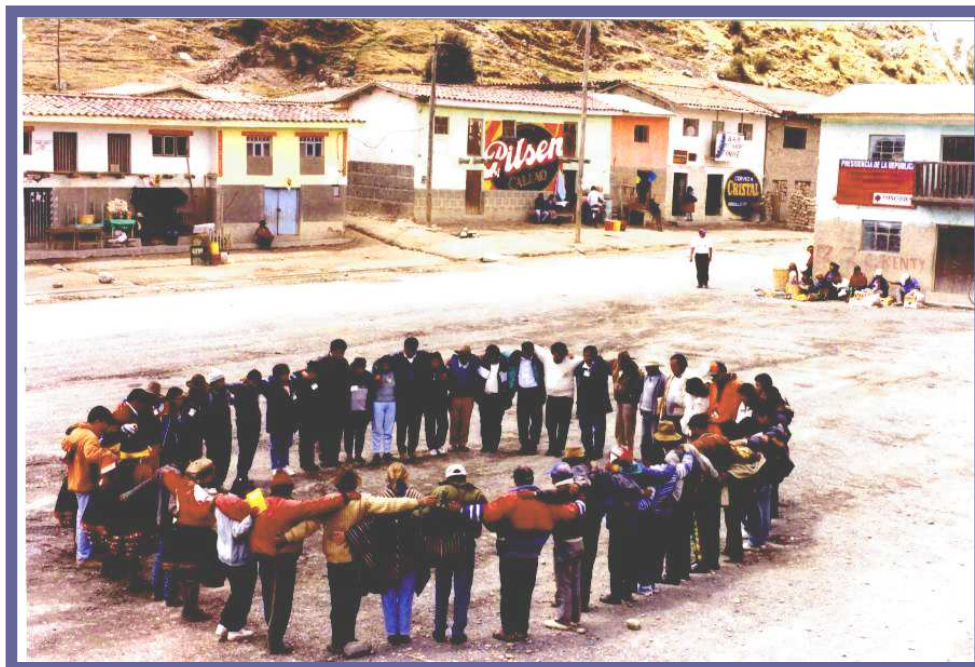


La señora Francisca Espetia, partera tradicional de Ocongate; haciendo una demostración (sociodrama) en el primer taller de “Parto Natural” realizado en Tinki; se observa el diálogo con la parturienta y el apoyo durante el trabajo de parto.

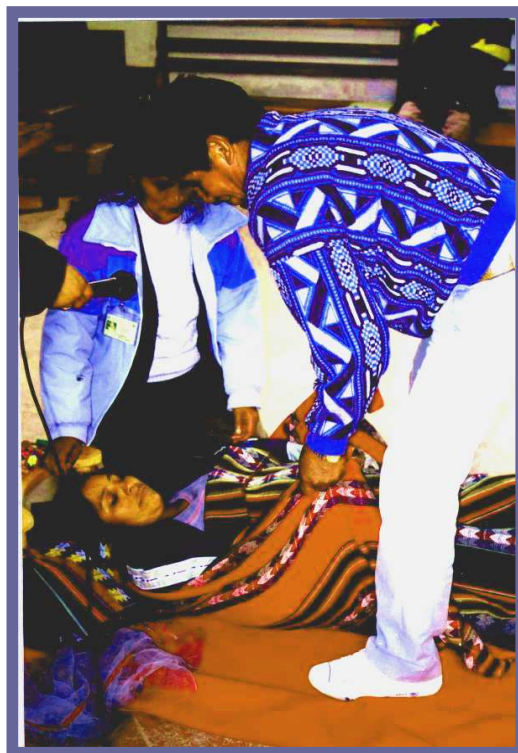
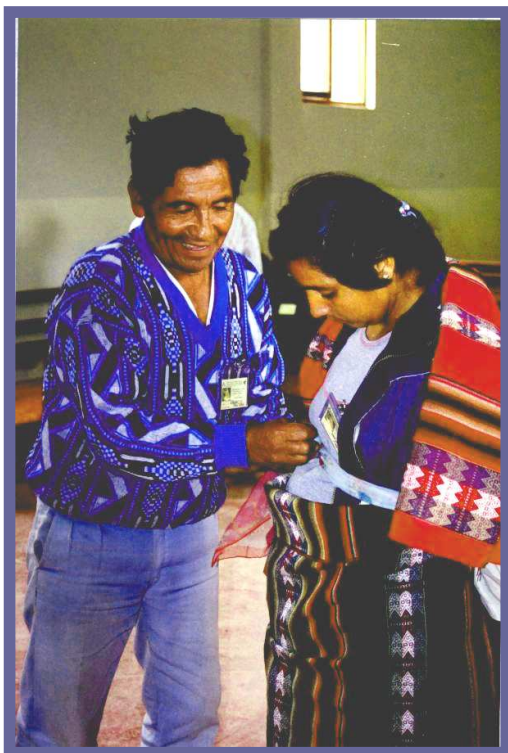




El Señor Valentín Cahuana, partero de la comunidad de Quincemil en una demostración en el Segundo Taller “Nutrición para un parto Natural” realizado en Ocongate; el partero colocando el chumpi a la parturienta, realizando el manto y tomando el pulso para la evaluación del avance del trabajo de parto.



Participantes a los talleres en Tinki, en un momento en donde se funden los más profundos sentimientos de confraternidad.

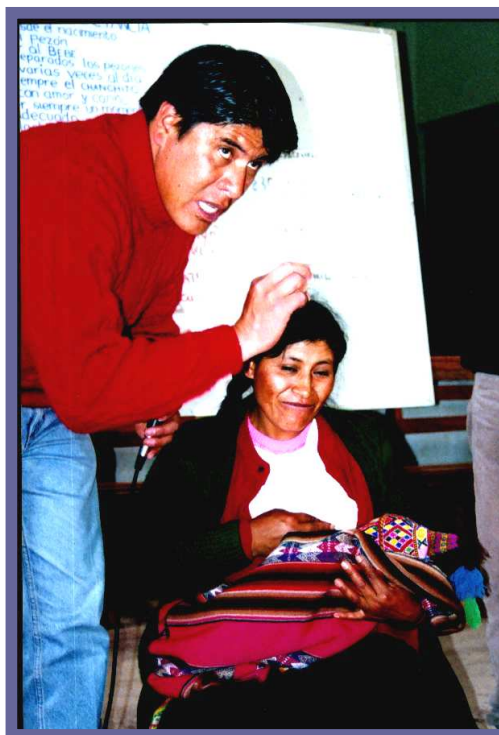


El Señor Valentín Cahuana, partero de la comunidad de Quincemil en una demostración en el Segundo Taller “Nutrición para un parto Natural” realizado en Ocongate; el partero colocando el chumpi a la parturienta, realizando el manto y tomando el pulso para la evaluación del avance del trabajo de parto.



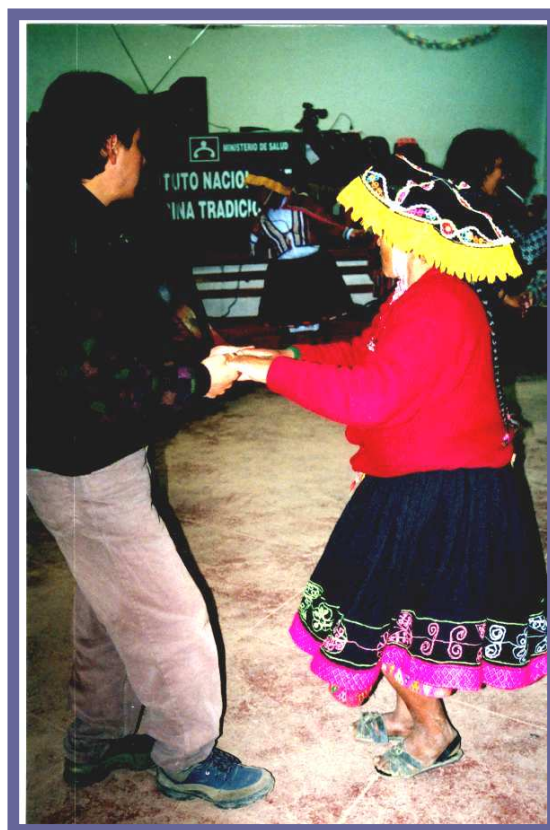


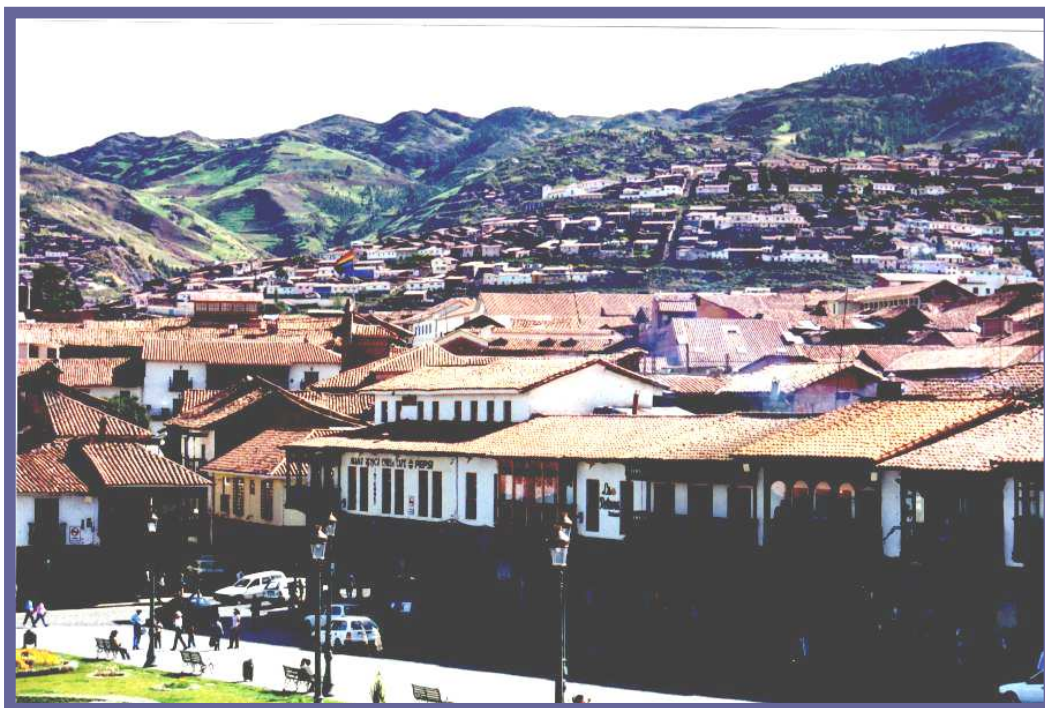
La partera de la comunidad de Marcapata en el segundo taller “Nutrición para un parto natural” realizado en la ciudad de Ocongate; el Doctor Atilio Paravecino del Centro de Salud Carhuayo explicando las técnicas de Lactancia Materna.





Música y baile, a la finalización del taller, momentos de alegría y distracción con el acompañamiento de un grupo musical.





Una vista de la Ciudad del Cuzco desde la Plaza de Armas



Parteros y personal de salud intercambiando conocimientos, experiencias y tratando de encontrar soluciones a los problemas en conjunto



Visita a las instalaciones del Hospital Regional del Cuzco, llevado a cabo en el Tercer taller, los parteros orientados por un personal de salud quien le hace conocer las instalaciones.





Demostración de un parto atendido en el Hospital Regional del Cuzco, en el que participaron; la parturienta, el esposo de la parturienta y la obstetriz.



ANEXO D: RESOLUCIONES INTERNACIONALES QUE INVOLUCRAN A LA MEDICINA INDIGENA

- Convención de Patzcuaro. México, 29 de Noviembre de 1940 (suscrito por el Perú)
- Tratado de Cooperación Amazónica – TCA. 3 de Julio de 1978 (suscrito por el Perú)
- Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, 06 de Diciembre de 1978
- Convenio 169-OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. 27 de Junio de 1989 (suscrito por el Perú)
- Convenio sobre Diversidad Biológica (suscrito por el Perú)
- Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y del Caribe – Fondo Indígena. 01 de Octubre de 1992 (suscrito por el Perú)
- Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo
 - Resolución 48/163. Octava Sesión Plenaria de la Asamblea General de la ONU. 21 de Diciembre de 1993
 - Resolución 49/214. 94° Período de Sesiones de la Asamblea General de la ONU. 23 de Diciembre de 1994
- Resolución WHA 30.49. 30° Asamblea Mundial de la Salud, Mayo de 1977
- Resolución WHA 31.33. 31° Asamblea Mundial de la Salud, Mayo de 1978
- Resolución WHA 40.33. 40° Asamblea Mundial de la Salud, Mayo de 1987
- Resolución WHA 41.19. 41° Asamblea Mundial de la Salud, Mayo de 1988
- Resolución WHA 42.43. 42° Asamblea Mundial de la Salud, Mayo de 1989
- Resolución WHA 44.34. 44° Asamblea Mundial de la Salud, Mayo de 1991

ANEXO E: TÉRMINOS DE REFERENCIA

- 1) Preparar un estudio de caso: Análisis de la situación actual de la articulación de la medicina indígena con el sistema de salud institucional del área (del gobierno, ONGs, otros servicios) en una comunidad indígena específica. Ver anexo con posibles esquemas para el documento.
- 2) Revisar los documentos estudios de casos de las diferentes comunidades de la Región, identificando los aspectos relevantes particulares y comunes en relación a tres de los siguientes puntos:
 - La cosmovisión indígena en materia de salud
 - Agentes de medicina indígena y su rol en la comunidad y su utilización
 - Servicios de salud disponibles en la comunidad y su utilización
 - Políticas nacionales sobre medicina tradicional y sus agentes
 - Articulación entre los dos sistemas, lecciones aprendidas
 - Otros aspectos importantes en la promoción de la medicina indígena en la atención primaria de la salud
- 3) Discutir su análisis durante el Taller sobre Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud

ESQUEMA PARA LOS ESTUDIOS DE CASO EN PUEBLOS INDÍGENAS SELECCIONADOS

- 1) Introducción
 - Antecedentes históricos
 - Selección de las comunidades
 - Descripción de la comunidad
- 2) Marco Conceptual
- 3) Condiciones de Vida y Salud
 - Aspectos sociales, culturales, y económicos: Perspectiva histórica
 - Principales problemas de salud
- 4) Sistemas y servicios de salud en la comunidad
 - Sistema de referencia: Nivel primario, secundario, terciario
 - Recursos humanos
 - Población indígena y acceso a los servicios de salud institucionales
 - Factores socioculturales relacionados con la demanda de los servicios de salud por parte de la población indígena
 - Información, educación, y comunicación para la salud
 - Elementos para la evaluación de la provisión de servicios de salud en áreas indígenas: calidad, acceso, participación social, equidad

- 5) Diferencias en la interpretación de la salud y de la enfermedad en las culturas indígenas y en la medicina institucional
- 6) Sistemas de salud indígenas
 - Concepto de salud y enfermedad
 - Orígenes de la enfermedad de acuerdo a la medicina indígena
 - Curación, prevención, promoción, rehabilitación: Perspectiva indígena
 - Procesos de diagnóstico y tratamiento de la medicina indígena para las enfermedades más comunes
 - Procesos de curación
 - Terapeutas tradicionales: Roles y tipos
 - Tipos de terapias tradicionales usadas en la medicina indígena
 - Espíritus principales y secundarios
 - Influencia Afro-Caribeña en la medicina indígena
 - Posición del Ministerio de Salud con respecto a la medicina indígena
 - Marco legal para la medicina indígena en el país
- 7) Resoluciones internacionales que involucran a la medicina indígena, intercambios a nivel internacional
- 8) Implicaciones para un nuevo modelo de salud en las comunidades indígenas
 - Justificación y fundamentos
 - Principios
 - Objetivos
 - Desarrollo de estrategias
 - Modelos de sistema de referencia
 - Primer Nivel
 - Segundo Nivel
 - Tercer Nivel
 - Sistema de financiamiento
 - Implementación del modelo
 - Población indígena y proveedores de salud: Una interacción hacia el bienestar de la población
 - Sensibilización: una aproximación entre las dos prácticas médicas
 - Promoción de la participación comunitaria
 - Introducción de las perspectivas culturales y de género
 - Capacitación
 - Características de los participantes
 - Dinámica en el desarrollo de los programas o actividades de capacitación
 - Contenido temático
 - Fase de fortalecimiento
 - Indicadores de proceso e impacto
 - Seguimiento y evaluación
- 9) Consideraciones finales
- 10) Anexos

11) Referencias bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud, Programa Materno Perinatal. Información del Sub-Programa de Salud Materno Perinatal para el Plan Estratégico del Programa Mujer-Niño.
2. Burgos, Ofelia. Saber ancestral en los andes, salud, parteras e identidad cultural indígena.
3. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica. Amazonía Peruana, Mujer Amazónica. Revista semestral, tomo XII, junio 1994.
4. Equipo socio-sanitario de Chuquibambilla. La Partería andina en las comunidades de Graú. Separata, Cuzco, 1984.
5. Frisancho Pineda, David. ¿Qué es medicina folklórica? Ediciones Jampicamayoc S.A., Lima, 1999.
6. Gúezmes, Ana; Vargas, Lita. Un acto común para construir, calidad de atención en los servicios de salud reproductiva. Edic. Flora Tristán, Lima Perú, 1998.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Comportamiento reproductivo de las mujeres en las comunidades indígenas de la amazonía peruana. Lima, Perú, 1993.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Perú. Salud reproductiva, pobreza y condiciones de vida en el Perú. Lima, Perú, 1998.
9. Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000. El parto de la vida en los andes y la amazonía del Perú. Lima, Perú, 1999.
10. Ministerio de Salud del Perú, Proyecto 2000. La muerte materna en las zonas rurales del Perú. Lima, Perú, 1999.
11. Ministerio de Salud del Perú, Oficina de Financiamiento, Inversiones y de Cooperación Externa. La heterogeneidad etnolingüística del Perú, situación socio-económica y de salud de la población indígena. Lima, Perú, 1999.
12. Ministerio de Salud del Perú, Proyecto Nippon Foundation. Aspectos socioculturales y necesidades de salud reproductiva en comunidades nativas. Lima, Perú, junio 2000.
13. Ministerio de Salud, Programa Materno Perinatal. Información del Sub-Programa de Salud Materno Perinatal, para el Plan Estratégico del Programa Mujer-Niño. Lima, Perú, 2000.
14. Nacarato, Paola; Vargas, Rosana. Para que ese dolor calme. Edic. Flora Tristán, Lima, Perú, 1993.
15. Rotta, Haneke; Menéndez, Elizabeth. Percepciones y perspectivas de la calidad de atención en salud reproductiva. Separata del CADEP José María Arguedas. Cuzco, Perú, setiembre, 1998.
16. Sub-Programa Materno Perinatal del MINSA, Perú. Información para el Plan Estratégico del Programa Mujer-Niño. Lima, Perú, octubre, 2000.

17. Vargas, Lita; Nacarato, Paola; Zani, Giulia y Vargas, Rosana. Algo nuevo (y antiguo) sobre la gestación y el parto. Edic. Flora Tristán, Lima, Perú, 1996.
18. Vargas, Rosana; Nacarato, Paola. Allá, las antiguas abuelas eran parteras. Edic. Flora Tristán, ONG Berra Nuova, Lima, Perú, 1995.
19. Zanzar, Alonso. Nacer es un ritual: compadrazgo, cuvada y padrinazgo indígena. Revista semestral Amazonía Peruana, pag. 65-86, N° 11, Vol. VI, Lima, Perú, febrero, 1985.