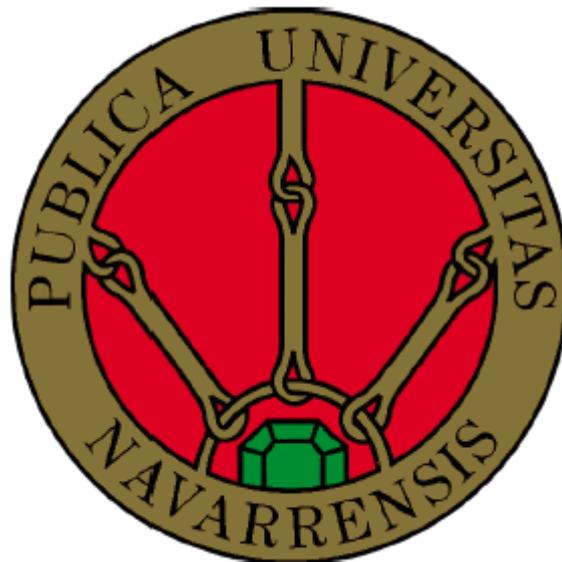


“Programa de Prevención para Disminuir la Mortalidad Materna en zonas rurales de Cajamarca y Amazonas - Perú”

Arashelly Huamantica Oroz

Trabajo de Fin de Máster para Optar el Título de Máster Universitario en Salud Pública

**Profesora Tutora
Inés Aguinaga MD**



**Universidad Pública de Navarra
Facultad de Ciencias de la Salud
2014**

APROBACION DEL TUTOR

El presente trabajo titulado “Programa de Prevención para Disminuir la Tasa de Mortalidad Materna en zonas rurales de Cajamarca y Amazonas – Perú”, presentado por la alumna ARASHELLY HUAMANTICA OROZ para optar el título de Máster Universitario en Salud Pública, ha sido supervisado y aprobado por la profesora tutora Inés Aguinaga MD.

Pamplona, Setiembre 2014

.....
Inés Aguinaga MD

Tutora

INDICE

1. Introducción	
1.1 Antecedentes del problema.....	1
1.2 Diagnóstico de la provincia Cajamarca	22
1.3 Diagnostico de la provincia Amazonas.....	33
2. Objetivos	
2.1 Objetivos generales.....	48
2.2 Objetivos específicos	48
3. Desarrollo y ejecución del proyecto.....	49
3.1 Población de referencia.....	49
3.2 Metodología.....	49
3.3 Desarrollo del programa.....	51
3.4 Cronograma de actuación	54
3.5 Actividades para alcanzar cada objetivo	56
4. Recursos humanos y materiales	66
4.1. Funciones de los recursos humanos	66
4.2. Colaboradores institucionales	68
4.3. Presupuesto	69
5. Resumen	70
6. Bibliografía	71

1. Introducción

La mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencia la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales.

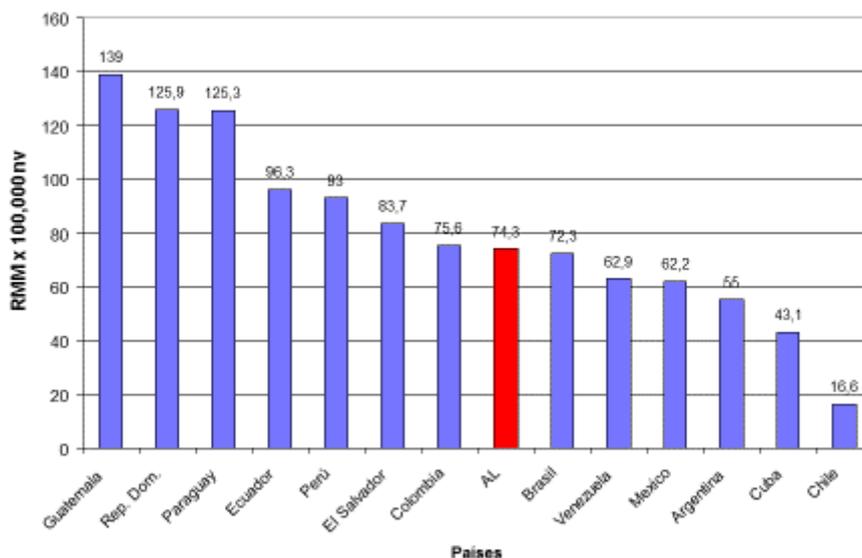
Desde finales de los años ochenta, la mejora de la salud materna y la reducción de la mortalidad materna han sido puntos clave de varias cumbres y conferencias internacionales, y también de la Cumbre del Milenio de 2000 (1). Uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados tras la Cumbre del Milenio consiste en mejorar la salud materna. Dentro del marco de seguimiento de los Objetivos del Milenio, la comunidad internacional se comprometió a reducir la razón de mortalidad materna (RMM) estableciendo como meta una disminución de tres cuartos o en 75% en el periodo comprendido entre 1990 y 2015. Así pues, la RMM constituye un indicador clave para el seguimiento de los progresos hacia la consecución del ODM.

En países como el nuestro, la mortalidad materna es 100 veces más alta que en los países desarrollados (grafico 1). Estos índices de mortalidad demuestran la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres. Asimismo, ponen en evidencia las diferencias existentes entre las zonas rurales y urbanas, ya que la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas (3). Aunque alta en comparaciones internacionales, la tasa de muerte materna se viene reduciendo en el país alrededor de 93/100 000 nacidos vivos en la actualidad. No obstante, se acepta que existe un sub registro hasta de 50% en las áreas rurales debido a fallas en la tipificación de la causa de muerte y a la resistencia de la población a acercarse al sistema de salud. La mitad o más de los partos en zonas rurales siguen produciéndose en las viviendas (2).

La primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial son las complicaciones relacionadas con el embarazo. Estas representan una pérdida equivalente a más del doble de “años de vida ajustados en función a la discapacidad” (AVAD) (7). En el caso de los varones, no existe ninguna causa de muerte que se acerque en magnitud a la de la mortalidad y morbilidad materna (4).

Es evidente que la mortalidad materna no sólo es un problema médico, sino que también está asociada a determinantes sociales, por lo que es necesaria su cuantificación e interpretación en el contexto social y no solo conocer la magnitud, características y circunstancias de su ocurrencia.

MORTALIDAD MATERNA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 2011



Fuente: OPS- Indicadores Básicos 2011

Gráfico N° 1 Fuente: Organización Panamericana de la Salud 2011

1.1.-Antecedentes del tema

• Muerte materna:

Según la OMS define la mortalidad materna como *la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.*

La muerte de una mujer durante el proceso grávido-puerperal puede clasificarse en los siguientes tipos:

Muerte materna directa, indirecta e incidental o accidental (llamada también no materna).

a.- Muerte materna directa:

Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados.

Las muertes maternas directas, a su vez, pueden agruparse de acuerdo a las causas básicas en:

- **Hemorragia Obstétrica:** Es el sangrado que se produce durante la etapa de embarazo, sangrado excesivo en el parto y puerperio, incluye la hemorragia precoz del embarazo (excluyendo al embarazo que termina en aborto) y en ella

se considera a la amenaza de aborto, hemorragias precoces del embarazo; incluye también los trastornos de la placenta, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia ante parto, hemorragia pre parto con defecto de la coagulación, trabajo de parto y parto complicado por hemorragia intra parto.

- **Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio:** incluye las afecciones que lleven a edema y proteinuria gestacionales, pre eclampsia, Síndrome de HELLP, eclampsia o hipertensión materna no especificada.

- **Infección relacionada con el embarazo:** en este grupo se incluye la infección de las vías genitourinarias en el embarazo, sepsis puerperal, otras infecciones puerperales (infección de herida quirúrgica, infección consecutiva al parto), e infección de mama asociadas al parto.

- **Aborto.** La interrupción de la gestación con o sin expulsión o extracción total o parcial del producto de la concepción antes de cumplir 22 semanas de gestación y/o antes de pesar 500 gramos o de medir 25 cm. de la cabeza al talón.

En esta causa básica se agrupan las complicaciones hemorrágicas, la infección o la perforación de órganos en general, las complicaciones derivadas del aborto y su manejo.

- **Parto obstruido.** Es aquel en el que el parto, una vez iniciado, no progresa debido a incompatibilidad pélvico-fetal ya sea por anomalías del producto o por anomalías de los diámetros o arquitectura de la pelvis que condicionan “estrechez pélvica” e incompatibilidad del pasaje del feto por el canal del parto, aún de un feto de tamaño, situación, presentación, posición o variedad de posición normal.

b.- Muerte materna indirecta:

Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una enfermedad pre-existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

No existe una agrupación consensuada para los casos de este tipo de muerte; pero, por la frecuencia de determinadas patologías, podemos agruparlas en:

- Enfermedades infecciosas. Ej. Tuberculosis pulmonar o de otro órgano, neumonía-bronconeumonía, apendicitis aguda, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, meningitis bacteriana o viral, hepatitis viral, rabia, etc.

- Enfermedades metabólicas y endocrinas: Ej. Diabetes mellitus, hipertiroidismo, etc.

- Procesos tumorales: Ej. Cáncer de algún órgano, carcinomatosis generalizada, proceso expansivo cerebral de naturaleza no determinada, sarcoma, otros.

- Otras patologías: Ej. Enfermedad renal crónica, epilepsia, rotura de aneurisma cerebral, púrpura trombocitopénica o de otro tipo, bartonelosis aguda, malaria o paludismo, otros.

Al clasificar las muertes indirectas es aconsejable seguir la CIE 10 o alguna otra clasificación que pueda ser comparable con los reportes de otros países.

Morbilidad.- Complicaciones o enfermedades que se producen durante la gestación parto o puerperio (hasta los 42 días después de terminada la gestación) y pueden ser inmediatas o mediatas.

Primiparidad precoz.- Se refiere al primer parto ocurrido antes de los 19 años.

Primípara añosa.- Cuando la mujer tiene su primer parto después de los 35 años.

Puerperio.- Es definido como el período desde el nacimiento hasta 6 semanas después del parto.

Atención prenatal

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

El modelo de atención prenatal de la OMS clasifica a las mujeres embarazadas en dos grupos:

- Aquellas elegibles para recibir la Atención Prenatal (APN) de rutina, llamado componente básico.
- Aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

Salud sexual y reproductiva

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al

evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de Reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Derechos sexuales y reproductivos

En Perú persisten normas, políticas y prácticas discriminatorias sobre las esferas de la sexualidad y la reproducción que afectan de manera decisiva la vida de las mujeres, exponiéndolas a graves riesgos, daños y desventajas (4). A la persistencia de prejuicios culturales que constriñen el derecho de las mujeres a decidir sobre las esferas de la sexualidad y la reproducción, se suman diversas formas de violencia contra las mujeres tanto en el ámbito público como privado, que constituyen violaciones a sus derechos humanos e impactan sobre su salud sexual y reproductiva. La discriminación y violencia en el ámbito de la salud adquieren expresiones específicas y/o más severas para un grupo mayoritario de mujeres, por causa de su condición económica, edad, raza o condición étnica, entre otras, quedando expuestas a situaciones y abusos inaceptables y con posibilidades muy limitadas de obtener justicia.

El reconocimiento expreso de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el ordenamiento jurídico peruano

La Constitución.

La Constitución peruana no reconoce expresamente a los derechos sexuales, ni a los derechos reproductivos de las personas. Sin embargo, si establece una serie de derechos intrínsecamente relacionados con ellos; nos referimos al derecho a la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, además del derecho a la vida, a la integridad física y mental, a la libertad de conciencia, a la libertad de información, a la intimidad personal, entre otros.

Asimismo, la Constitución señala *“la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud”* (5)

Normas de rango legal

D. Artículo 12 (1 y 2): salud sexual y reproductiva

Leyes y políticas públicas

La Constitución Política vigente incluye el derecho a la salud entre los derechos sociales y económicos y reconoce el derecho de las familias y las personas a decidir en la esfera de la reproducción. Asimismo, la Constitución de 1993 obliga al Estado peruano a defender el interés de los consumidores y usuarios de los servicios públicos, velando particularmente por la salud y la seguridad de la población. La Ley General de Salud declara que “es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública,” reiterando que éste debe proveer servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad. La misma Ley reconoce el derecho de las personas usuarias a que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las

características de los servicios de salud, sobre las condiciones económicas de la prestación y todos los términos y condiciones del servicio. En el requerimiento de dicha información no están obligadas a explicar las causas. Principalmente, reconoce el derecho a exigir servicios de atención a la salud que cumplan con niveles de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas profesionales. Además, establece el derecho de las personas a recibir atención médica quirúrgica de emergencia en cualquier establecimiento de salud (5), cuando la necesite y cuando esté en riesgo su vida o su salud. Uno de los objetivos de dicho programa es incrementar la cobertura, calidad y calidez de la atención materna y perinatal, priorizando la atención y referencia oportuna de las complicaciones

Costo del embarazo, parto y posparto

Leyes y políticas públicas

En 1981, el Ministerio de Salud creó un sistema escalonado de atención de salud y de costos, en función del tipo de servicios y de la situación de determinados grupos vulnerables de la población, especialmente los rurales y urbano marginales. En esa norma se estableció la gratuidad de diversos servicios básicos, medicamentos y exámenes; entre éstos, la atención de los casos de embarazo, parto y puerperio. Asimismo, se estableció la gratuidad de los servicios y medicamentos en hospitales que brindan atención especializada para los casos de personas indigentes. En 1985, la Ley de Población estableció la obligación del Estado de atender las necesidades de salud de la población “con tendencia a la gratuidad”, y ratificó la “atención integral a la salud materno infantil” como una prioridad entre los servicios gratuitos de salud.

Sin derogar tales normas, en 1990, los establecimientos del Ministerio de Salud comenzaron a cobrar tarifas y ofrecer una modalidad de atención pagada denominada “clínica”, aplicable a personas con recursos económicos. Los ingresos generados por el hospital gracias a esta modalidad sufragarían parcialmente el costo de atención de pacientes indigentes.

La Ley General de Salud de 1997 tampoco deroga expresa ni tácitamente la norma de 1981136 y se limita a señalar que los establecimientos de salud y el personal de los servicios médicos están obligados a informar a los pacientes y a sus familiares sobre las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio. La Ley no establece los criterios para determinar tales condiciones económicas.

La Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres – Ley 28983- del 16 de marzo del 2007, es la única norma con rango de ley que reconoce expresamente la existencia de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En ella se señala que es obligación del Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y locales de adoptar políticas, planes y programas para garantizar el derecho a la salud, “*con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales*

y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura.”

La norma también establece que éstos tienen la obligación de *“Garantizar que los programas de salud den cobertura integral a la población en situación de extrema pobreza y pobreza, en los riesgos de enfermedad y maternidad, sin discriminación alguna, de acuerdo a ley.”*

Pese a este avance, la norma ha sido cuestionada, pues en su proceso de aprobación, se decidió excluir el derecho de las mujeres a no ser discriminadas por su orientación sexual e identidad de género, invisibilizando los derechos y las necesidades de la comunidad de mujeres no heterosexuales.

Norma Técnica del Ministerio de Salud para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (02-08-2005)

Mediante Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA, se aprobaron las guías de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva de la Atención Obstétrica que hace explícito las atenciones básicas para la atención del parto, que la posición que debe adoptar la gestante es la que más le acomode a ella, excepto casos en que existan condiciones médicas que requieran lo contrario.

Que siendo Perú un país pluriétnico y multicultural se ha elaborado la **“Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural”** con el objetivo de brindar una atención efectiva, de calidad y respetuosa de la cultura de las mujeres en particular andinas y amazónicas, la misma que se complementa con las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobadas en resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA (6).

Finalidad: Mejorar el acceso de la población andina y alto amazónica a los servicios de salud para la atención de calidad del parto vertical con adecuación intercultural. (4)

Objetivo: Establecer el marco normativo para la atención del parto vertical con adecuación intercultural en los diferentes niveles de atención de la red prestadora de servicios de salud.

Parto Vertical:

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto (6).

Interculturalidad:

La Organización Panamericana de la Salud señala “Interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir que ningún que se pone arriba o debajo de la otra persona. En esta relación intercultural se quiere favorecer que las personas de

culturas diferentes se puedan entender mutuamente comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de esta manera se facilitara apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo (6).

Plan de Parto:

Es una herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y el recién nacido. El plan debe consignar la información precisa que permita organizar el proceso de atención de la gestante, relevando los aspectos del parto y la referencia de ser necesaria (6).

LA MORTALIDAD MATERNA EN PERÚ

El número de defunciones maternas en una población es esencialmente producto de dos factores: el riesgo de mortalidad asociada a un único embarazo o a un único nacido vivo, y el número de embarazos o partos que experimentan las mujeres en edad fecunda.

La Razón de Mortalidad Materna, se define como el número de defunciones maternas en una población dividida por el número de nacidos vivos; así pues, representa el riesgo de defunción materna en relación con el número de nacidos vivos (3).

En cambio, la tasa de mortalidad materna (TMM) se define como el número de defunciones maternas en una población dividido por el número de mujeres en edad fecunda; de esta forma, refleja no sólo el riesgo de defunción materna por embarazo o por alumbramiento (nacido vivo o mortinato), sino también el grado de fertilidad en la población. Además de la Razón de Mortalidad Materna y la Tasa Mortalidad Materna, se puede calcular el riesgo de mortalidad materna durante la vida adulta de las mujeres en la población (3).

La calidad de vida y de salud de las mujeres están, en gran medida, influenciadas por muchos factores, entre ellos, los culturales, socioeconómicos, educativos, y por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva. La salud de la mujer es un derecho humano fundamental y como tal debe promoverse, pues constituye un determinante importante del desarrollo social y económico. La articulación de los derechos sexuales y reproductivos y la mortalidad materna nos permite reconocer que la falla en la reducción efectiva de la muerte materna representa una de las grandes injusticias sociales de nuestros tiempos (7).

En el contexto internacional se describe que las intervenciones para reducir o prevenir las muertes maternas, podrían darse a tres niveles: (8)

a) Reducción de las posibilidades de embarazo, es decir disminuir los embarazos no deseados o no programados y garantizar una maternidad voluntaria.

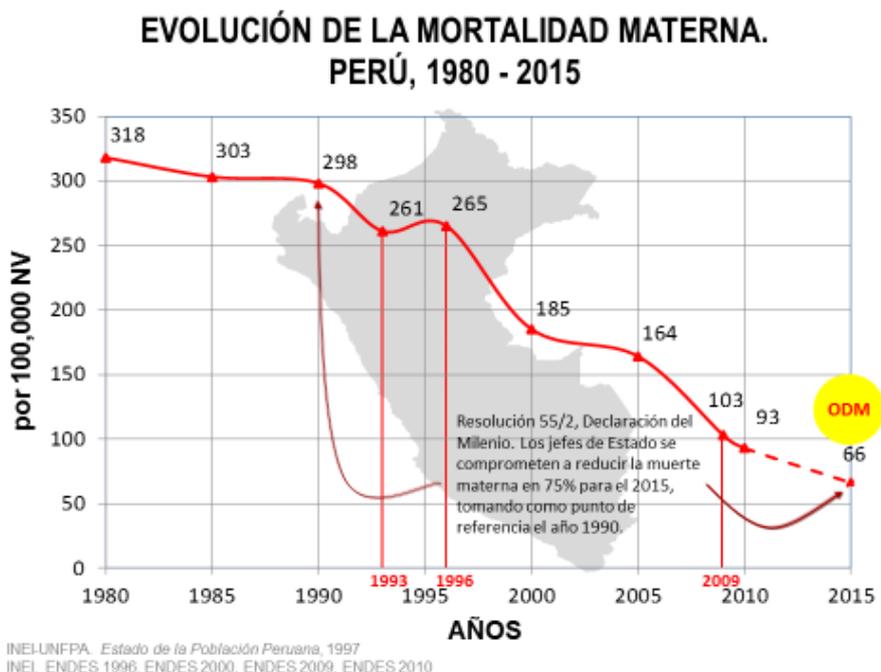
b) Reducción de las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, ello incluye la identificación de las gestantes de mayor riesgo y con signos de alarma, a pesar de que la mayoría de las complicaciones y muertes ocurren de manera inesperada y en gestantes que, aparentemente, no tienen estos factores; el valor predictivo podría alcanzar a tan solo el 30% de los casos; por otra parte se debe difundir el parto institucional, como acción preventiva de las complicaciones intraparto y posparto, con el manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia posparto y la sepsis puerperal.

c) Reducción de las posibilidades de muerte entre mujeres que experimentan complicaciones. Con el enfoque de los cuidados obstétricos de emergencia. Si a estas intervenciones se agrega la educación para que la mujer conozca sus derechos y se empodere para ejercerlos, se podría lograr un mayor descenso de la mortalidad materna.

TENDENCIAS DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ

En el Perú, la razón de mortalidad materna ha ido disminuyendo, es así que la ENDES 2000 refiere 185 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, mientras que la ENDES 2010 (9) indica a 93 por cada 100 000 nacidos vivos, lo que representa un importante descenso.

El quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) se relaciona a la salud materna, y para el caso del Perú se debe alcanzar al año 2015 la razón de muerte materna de 66 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos. Según la publicación de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, “Trends in maternal mortality: 1990 to 2010” (10); así mismo, refieren que Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna. (34)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENDES 2010 (9)

Sin embargo, al realizar el análisis de la Información de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSA) (11) se observa que aún tenemos direcciones regionales de salud (DIRESA) y direcciones de salud (DISA) con altas cifras de mortalidad materna tales como: Lima, La Libertad, Puno, Loreto, Piura y Cajamarca. Población de Naciones Unidas, se ha observado que el subregistro ha disminuido al 11%. Así mismo, que la mortalidad materna es mayor en regiones de la sierra y selva, zonas rurales, y en mujeres del nivel socioeconómico más pobre o quintil de pobreza I (Tabla 1).

Tabla 1. Evolución de la razón de mortalidad materna en el Perú según región, zona y quintil de pobreza 2002-2011

	2002-2006	2007-2011
Región		
Costa	59,5	56,4
Sierra	138,7	152,6
Selva	183,0	137,5
Zona		
Urbana	76,9	70,0
Rural	192,1	161,5
Quintil de pobreza		
I	241,7	188,7
II	299,2	169,3
III	284,6	145,5
IV	154,2	104,0
V	17,6	58,5

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN EL PERÚ

Entre los años 2000 y 2011 las causas directas de muertes maternas, registradas por la Dirección General de Epidemiología del MINSA (12), fueron principalmente la hemorragia en 48.8%; la hipertensión inducida por el embarazo (HIE) en 23.3% y el aborto en 10.9%. En comparación, en el año 2012, las principales causas directas registradas fueron hemorragia en 40,2%; HIE en 32%; aborto en 17,5% e infecciones relacionada al embarazo en 4,1%.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA.

PERÚ 2002-2011

GRANDES CATEGORIAS DE CAUSA DE MUERTE	Periodo de análisis					
	2002-2011		2002-2006		2007-2011	
	%	RMM	%	RMM	%	RMM
Hemorragia obstétrica	48.8	46.1	35.2	57.0	42.6	34.9
Trastornos hipertensivos en el embarazo parto y puerperio	23.3	24.6	22.0	27.2	22.7	21.9
Complicaciones no obstétricas	10.0	15.1	18.7	11.7	14.0	18.6
Embarazo que termina en aborto	10.9	10.7	8.8	12.7	9.8	8.5
Afecciones contribuyentes	2.9	4.2	5.2	3.4	3.9	5.1
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el puerperio	2.0	2.8	2.9	2.3	2.4	2.9
Complicaciones de manejo no previstas	1.5	1.7	1.6	1.8	1.6	1.6
Desconocido / indeterminado	0.0	1.3	2.7	0.1	1.2	2.6
Infección relacionado con el embarazo	0.6	1.1	1.6	0.7	1.1	1.6
Otras complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo	0.1	0.8	1.6	0.1	0.8	1.6

Las principales causas de muerte directa según regiones naturales entre los años 2002-2011 fueron: la hemorragia, que ocupa el primer lugar en la sierra y en la selva con el 51,6 y 38,4% respectivamente, y la HIE que es más frecuente en la costa con el 38,4% (Tabla 2).

Tabla 2. Principales causas de muerte materna por regiones naturales, Perú 2002-2011

Región	Hemorragia	HIE	Aborto	Infección
Costa	21,8%	38,4%	11,9%	2,0%
Sierra	51,6%	20,8%	8,2%	0,6%
Selva	38,4%	19,3%	9,9%	0,8%

HIE: hipertensión inducida por el embarazo

Fuente: DGE- MINS- UNFPA

Según causa directa por quintiles de pobreza 2002-2011, en el quintil I o más pobre, la primera causa fue la hemorragia con un 54,6% y en el quintil menos pobre o V fue la HIE con 26,5%. La hemorragia como causa de muerte se relacionó directamente con el parto domiciliario y sus complicaciones como son retención de placenta y atonía uterina.

Principales determinantes sociales de la salud

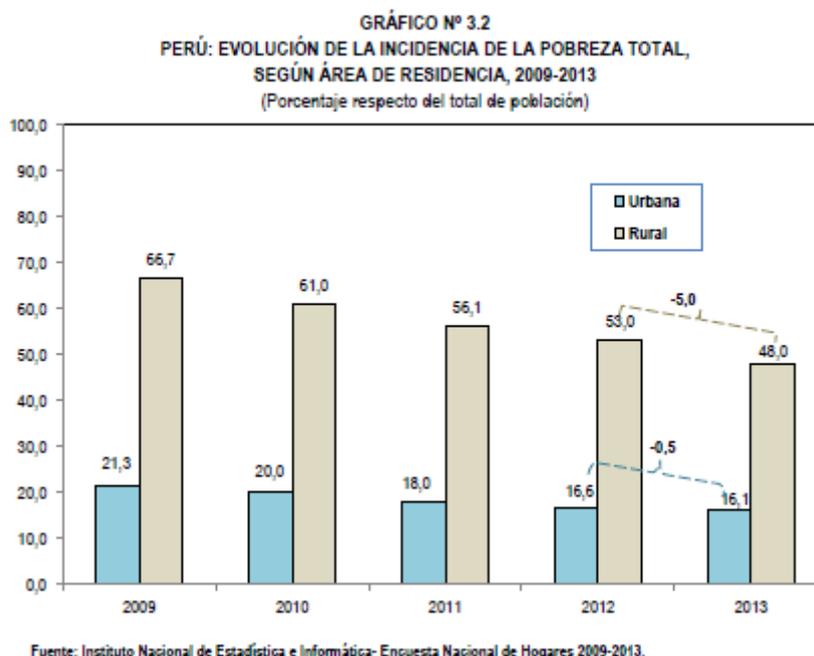
En el Perú persisten las disparidades en relación a los determinantes sociales más importantes, tales como el ingreso, el nivel educativo, el lugar de residencia y el grupo étnico. Asimismo, como en otros países de la región de las Américas, los promedios nacionales, no reflejan la realidad nacional, y las brechas e inequidades persisten también dentro de los países (17). En el Perú, 65 % de las muertes maternas ocurren en once departamentos con menores Índices de Desarrollo Humano y que poseen los mayores porcentajes de desnutrición crónica y de analfabetismo femenino.

Los principales determinantes sociales de la salud del país pueden resumirse en: *altos índices de pobreza y desigualdades, déficit de instrucción (analfabetismo y baja calidad de la educación), insuficiente acceso, cobertura y calidad de los servicios básicos, alto número de viviendas no saludables (agua y saneamiento básico), bajo nivel de financiamiento del sector salud barreras sociales, culturales y de oportunidades para las poblaciones pobres, rurales e indígenas, violencia social y, doméstica, accidentes de tránsito, alta vulnerabilidad a los desastres*

En el año 2013, (18) el 23,9% de la población del país, que equivale en cifras absolutas a 7 millones 284 mil, se encontraban en situación de pobreza, es decir, tenían un nivel de gasto inferior al costo de la canasta básica de consumo compuesto por alimentos y no alimentos. Comparado con el nivel obtenido en el

año 2012, la incidencia de la pobreza disminuyó en 1,9 puntos porcentuales, es decir 491 mil personas dejaron de ser pobres en el año 2013.

Al analizar la incidencia de la pobreza por área de residencia, se observa que ésta afecta más a los residentes del área rural. Así, mientras que en el área urbana la pobreza incidió en el 16,1% de su población, en el área rural fue en el 48,0%, siendo 3 veces más que en el área urbana. Entre los años 2012 y 2013, la pobreza disminuyó en 5,0 puntos porcentuales en el área rural del país y en 0,5 punto porcentual en el área urbana.



La Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú

La sociedad peruana ha estado marcada históricamente por altos niveles de pobreza y desigualdad; (13) características que se relacionan estrechamente con la exclusión sistemática a la que se ha visto enfrentada la vasta mayoría de la población con antecedentes indígenas. Los mecanismos que han perpetuado esta situación de exclusión y marginación tanto de la población indígena como de la afro-peruana, datan desde los tiempos de la colonia, y posteriormente fueron reforzados durante la República.

Esta situación ha tenido como consecuencia la generación de significativas desventajas para dichas poblaciones en términos de niveles de ingreso, escolaridad, salud, y acceso a servicios formales como el crédito y la seguridad social. A pesar de ello, puede decirse que el análisis del papel de la raza y etnicidad como determinante de las desigualdades sociales en el país no ha recibido suficiente atención en la literatura académica.

En el año 2007 se aprobó La ley N° 28736, Ley de protección de los Pueblos Indígenas u Originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto

inicial, y su reglamento (D.S. 008-2007-MIMDES) establecen el régimen especial transectorial de protección de los derechos de los Pueblos Indígenas, garantizando en particular sus derechos a la vida y a la salud salvaguardando su existencia e integridad (15).

El **presupuesto público asignado a salud**, en relación al PBI, es uno de los más bajos de la Región de las Américas. En los últimos años, ha mejorado el acceso a los servicios de salud, por intervenciones como el Seguro Integral de Salud (SIS) y la Estrategia “Crecer”, pero aún persisten problemas en la calidad de los servicios prestados por los establecimiento de salud del sector, así como en los niveles de resolución de los establecimientos de salud ubicados en las zonas rurales y peri urbanas.

En el año 2013 de acuerdo a los datos del INEI (16) **el aseguramiento en salud**, alcanzó al 69.5% de la población. Esto es a considerando que el Seguro Integral de Salud (SIS), representó el 38.8% del total de asegurados; mientras que la Seguridad Social (EsSalud) sólo representó el 23.2%. Debemos señalar que estos dos tipos de aseguramiento tienen grandes diferencias en cuanto a financiamiento y tipo de prestaciones que brindan, así como infraestructura, cantidad y calidad del recurso humano disponible. Mientras que el SIS es un programa de subsidio con un conjunto de prestaciones básicas de salud, EsSalud tiene un plan de atención, que incluye personal e instalaciones para brindar prestaciones de alta complejidad.

PROYECCIÓN PORCENTUAL DE POBLACIÓN AFILIADA POR TIPOS DE SEGURO DE SALUD. AL CUARTO TRIMESTRE DE 2013

Seguro	Perú	Perú Urbano	Perú Rural
Únicamente Seguro Integral de Salud (SIS)	38.8	27.4	69.0
Únicamente EsSalud	23.2	29.6	6.2
Otros seguros*	5.5	7.4	0.6
Sin Seguro	32.5	35.6	24.2

* Comprende otros tipos de seguros y personas con más de un seguro.

Fuente: INEI – Boletín 'Condiciones de Vida en el Perú', Número 1 – Marzo 2014

Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a los establecimientos de salud, se observa en el gráfico que en el área rural hace uso de remedio caseros como primera opción con 35.3%, en segundo lugar porque no tiene seguro/falta de tiempo o maltrato por el personal con un 29.8%, seguido por la falta de confianza, demora en atender o queda lejos el establecimiento con un 23.2%. (16) *Ver gráfico.*

RAZONES POR LAS CUALES LA POBLACIÓN NO ACUDE A REALIZAR CONSULTAS A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, SEGÚN ÁMBITO GEOGRÁFICO - CUARTO TRIMESTRE DE 2013

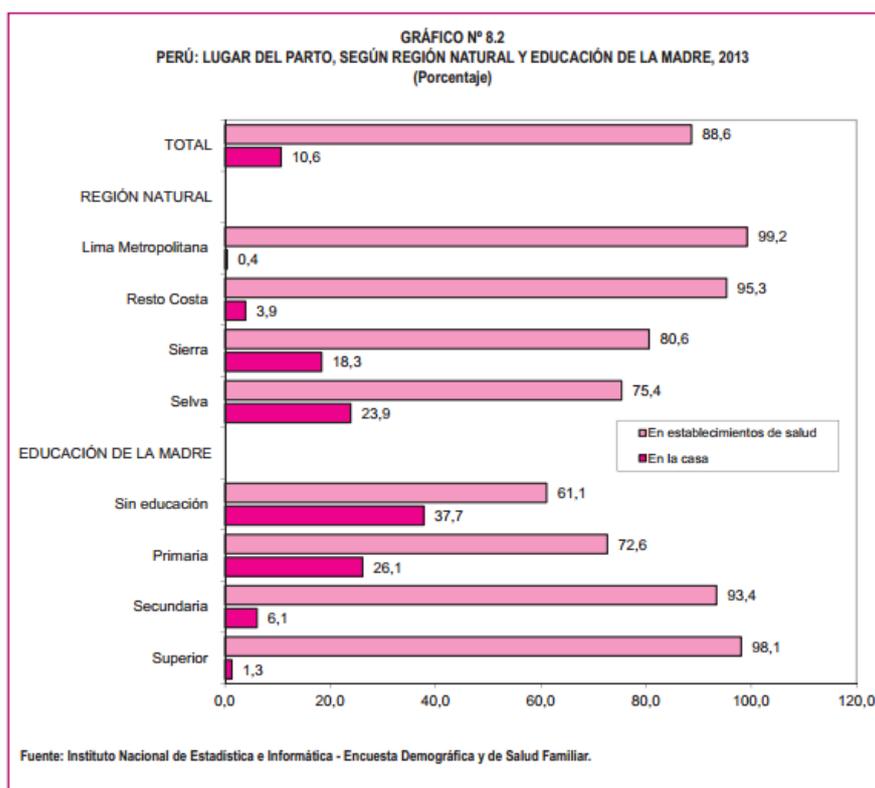
Razones	Perú	Perú Urbano	Perú Rural
No fue necesario	43,4	46,6	35,2
Uso de remedios caseros / Se auto-recetó	30,1	28,0	35,3
No tiene Seguro / Falta de tiempo / maltrato de personal	25,8	24,3	29,8
Establecimiento queda lejos / Falta de confianza / Demora en atender	16,3	13,6	23,2
Falta de Dinero	10,2	9,6	11,6

Nota: Respuesta Múltiple.

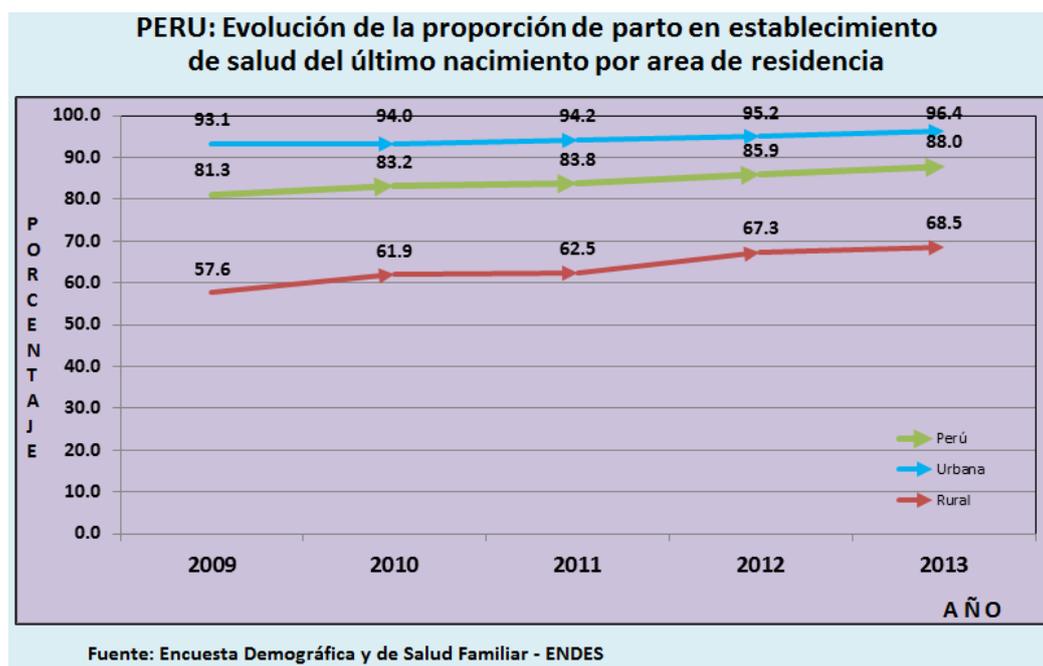
Fuente: INEI – Boletín 'Condiciones de Vida en el Perú', Número 1 – Marzo 2014

Cobertura del parto institucional en Perú

La cobertura de parto institucional según reporte del INEI en el año 2013 ha ido en aumento en esta última década pero a pesar de ello sigue presentando menor cobertura en zonas provincias de la sierra y la selva peruana, y tiene como determinante que a menor grado educación mayor tasa de partos en domicilio. (Ver gráfico) (19)



Según datos del Ministerio de Salud tiene menor cobertura en zonas rurales (ver gráfico) (18)



Las investigaciones demuestran que en las zonas altoandinas y amazónicas presentan mayores tasas de partos domiciliarios

Costumbres y cultura de nuestras comunidades altoandinas

La revisión Cochrane por Hatem M. 2008. (14) Atención por parteras versus otros modelos de atención para mujeres en edad fértil cuyo objetivo fue comparar la atención por parteras con otros modelos de atención incluyen 11 estudios clínicos con 12 276 mujeres, tuvo como resultados menor probabilidad de tener episiotomías (RR: 0,82; IC 95%: 0,77 a 0,88), parto instrumentado (RR: 0,86; IC 95%: 0,78 a 0,96), y tuvieron más probabilidades de no tener analgesia/anestesia intraparto (RR: 1,16; IC 95%: 1,05 a 1,29), parto vaginal espontáneo (RR: 1,04; IC 95%: 1,02 a 1,06), sensación de control durante el parto (RR: 1,74, IC 95%: 1,32 a 2,30), atención en el parto de una partera conocida (RR: 7,84; IC 95%: 4,15 a 14,81) e iniciar la lactancia materna (RR: 1,35; IC 95%: 1,03 a 1,76). Esta revisión concluye que a la mayoría de las mujeres se deben ofrecer **los modelos de atención por parteras y se las debe alentar a solicitar esta opción**, aunque siempre se debe tener precaución al aplicar este consejo en mujeres con complicaciones médicas u obstétricas importantes.

En el Perú, tradicionalmente el parto se realizaba en forma vertical, conducido únicamente por lo fisiológico. Esto se evidencia a través de las cerámicas dejados por nuestros antepasados, donde se representaban a las mujeres momentos antes del parto; así como a las encargadas de los cuidados maternos, antes y después del alumbramiento, quienes no eran las mismas mujeres que ejercían las funciones curanderas. El parto se efectuaba por gravedad, lo que acusa un perfecto conocimiento clínico en su forma más fácil y normal (13).



Cerámica - Cultura Moche-Perú (Cultura Pre-Colombina) representando el proceso del parto en posición vertical

En la figura presentada vemos al marido que sujeta a la esposa por los flancos del vientre, sin duda para hacerle masajes y ayudarla para el alumbramiento, y a la partera dedicada con vigilante atención a la evacuación del nuevo ser, algunas regiones han conservado su costumbre ancestral que hoy tal vez sea bueno estudiar y difundir; tratando de que el Parto Vertical recupere la capacidad y la confianza en la propia naturaleza, sin renunciar a la tecnología, sino reservándola para las complicaciones y los casos de riesgo.

Los únicos estudios de Benavides y Valdivia (2004) abordan el tema de las brechas étnicas en el Perú y su relación con los avances alcanzados en relación a las metas del milenio (MDM), encontrando que aunque se dieron avances importantes en salud materno-infantil durante la década pasada, e incluso en muchos casos con un claro sesgo pro-pobre, **los mismos no redujeron la brecha étnica en variables** como mortalidad infantil, desnutrición crónica,

atención profesional durante el parto, la misma que afecta dramáticamente a la población que reporta como lengua materna al quechua o aymara.

Es difícil separar la importancia del factor étnico del de la pobreza y especialmente de la ruralidad, como determinantes de las desigualdades en salud materno-infantil en el Perú, en tanto prácticamente todas las mujeres que reportan al quechua o aymara como lengua materna residen en áreas rurales, donde las tasas de pobreza son también las más altas del país.

Ciertamente, la identificación de una lengua materna quechua o aymara está muchas veces relacionada con el sostenimiento de ciertas prácticas y creencias por parte de la población, más allá del hecho que estos mismos individuos estén interesados en identificarse a partir de su pertenencia a un determinado grupo étnico.

Según Torres el propio sistema de salud no instala establecimientos de salud en áreas rurales (donde reside la mayor parte de la población indígena) lo que establece una barrera geográfica importante para el acceso a los servicios de salud. De otro lado, se tiene la llamada barrera cultural, la misma que parte de una diferente cosmovisión de la salud que comparten dichos grupos, lo que en parte explica la sostenida afinidad de las poblaciones indígenas con sus sabedores antes que con los doctores profesionales.(20)

El lenguaje en las zonas rurales de Perú

La nueva información que recoge la ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar) permite pues identificar al grupo intermedio, llamado de habla castellana reciente. Este grupo es muy importante en la medida en que identifica a las mujeres que, de acuerdo a sus antecedentes lingüísticos, tienen antecedentes étnicos quechua/aymara, pero que ya han asimilado el habla castellana, en muchos casos por la migración hacia las ciudades. Sin embargo, es posible que este grupo mantenga ciertas prácticas y creencias en relación a la concepción de la salud y a su cuidado.

Hay que anotar que este tipo de información lingüística ya fue recogida de manera experimental en la ronda 2001 de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). Donde el único estudio presentado por Valdivia (2007) muestra que hay mucha más gente con antecedentes indígenas, especialmente en las zonas urbanas. El porcentaje de la población con antecedentes lingüísticos quechua o aymara puede llegar hasta el 48% cuando consideramos la lengua materna de sus ancestros, residiendo el 43% de ellos en espacios urbanos.

En la **tabla 2** el grupo de habla quechua/aymara es el que tiene un menor acceso a partos institucionales, sólo el 42% de las mujeres tuvo acceso a un parto institucional, mientras que ese porcentaje llega hasta 77% en el caso de las mujeres de habla castellana antigua. En general, estas diferencias en contra de los grupos de origen étnico quechua o aymara confirman las tendencias encontradas en estudios previos. En tal sentido, un aspecto importante es que

no se observan diferencias entre ninguno de los tres grupos en lo que respecta al acceso a controles prenatales durante el último embarazo. La tasa de embarazos con al menos cuatro controles prenatales se mueve entre 86% y 88% entre los tres grupos identificados en este estudio, no siendo significativa ninguna de las diferencias.

TABLA 2. SALUD MATERNO-INFANTIL Y ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS (%)

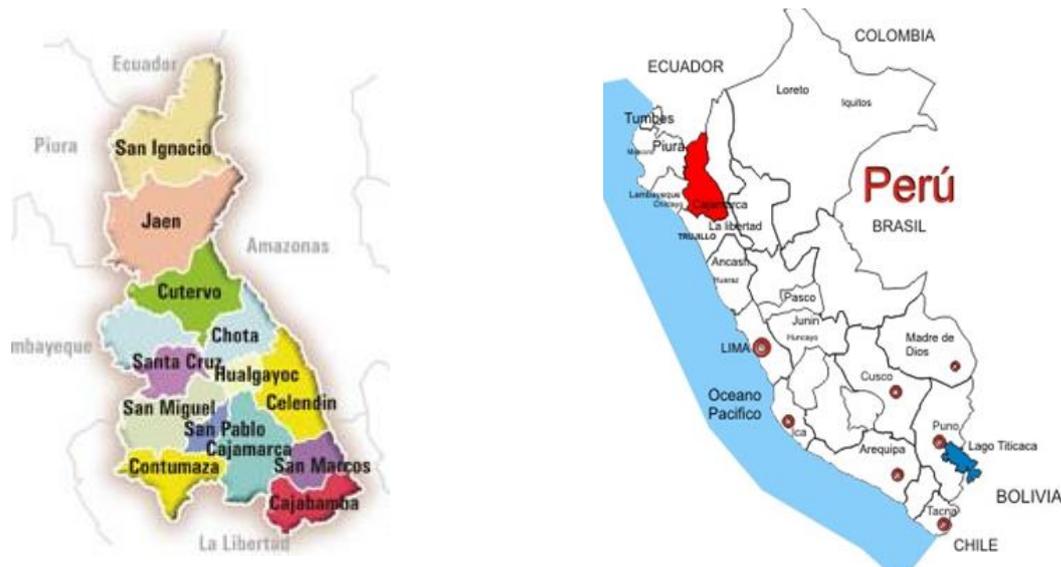
Salud materno-infantil	Global	Castellano		Quechua-aymara
		Antiguo	Reciente	
Atención durante el parto				
Parto institucional	72.4	76.8	77.4	42.3
Atendida por profesional de la salud	72.7	76.6	78.9	46.6
Controles prenatales				
Al menos un control	95.0	94.7	95.4	95.3
Al menos cuatro controles	87.8	88.3	87.6	85.7
Afiliación al SIS				
Madre afiliada	61.1	55.7	61.4	85.1
Hijo afiliado	50.5	44.9	48.1	81.0
Fecundidad y planificación familiar				
Nº de hijos	2.0	1.7	2.0	3.5
Embarazo adolescente	28.0	25.1	30.4	41.0
Métodos modernos – Uso actual	32.7	34.7	31.7	21.9
Métodos tradicionales – Uso actual	18.6	16.2	20.8	29.0

1.2.-DIAGNOSTICO del DEPARTAMENTO CAJAMARCA

Localización geográfica:

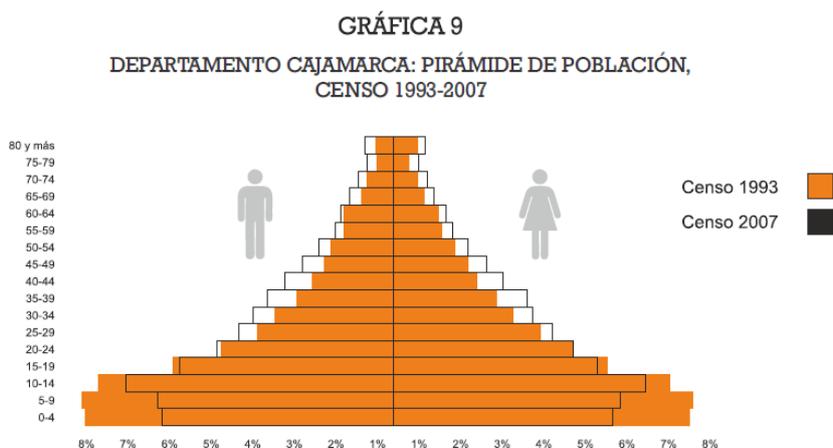
El Departamento de Cajamarca se localiza en el norte del país, presenta una superficie aproximada de 33,317.5 Km²

Limita por el Norte, con la república de Ecuador; por el Este, con el Departamento de Amazonas; por el Sur, con el Departamento de La Libertad y por el Oeste, con los departamentos de Piura y Lambayeque. Su capital es la ciudad de Cajamarca



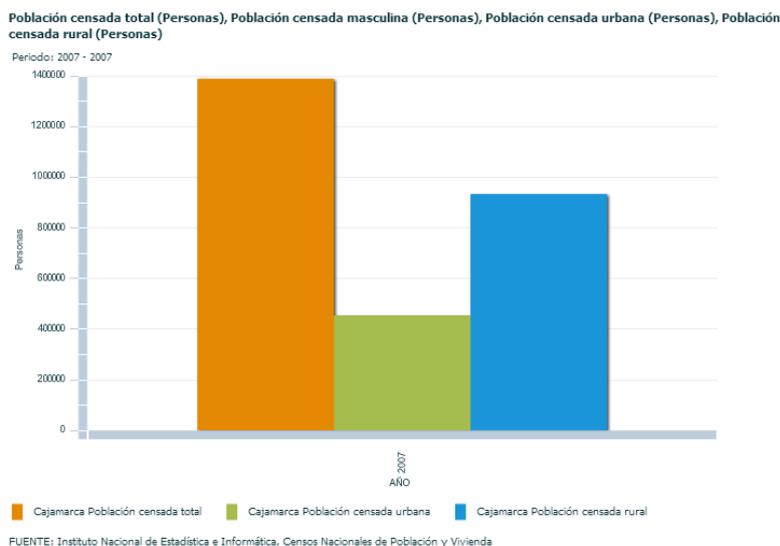
Población

El Censo de Población 2007 (21), registró para el departamento de Cajamarca una población total de 1 387 809 Personas, de los cuales la población masculina son 693 195, y la población femenina 694 614. Del total de la población según el Censo 2007 hay 453 977 población urbana, y 933 832 de población rural.



Fuente: INEI - Censos Nacionales de Población y Vivienda, 1993- 2007

En Cajamarca para el año 2007, la población rural supera a la población urbana en casi el doble de la población.



Tasa Bruta de Natalidad

Durante el año 2013(22), se produjo 31702 nacimientos, tasa bruta de natalidad en el año 2013 fue de 20.9 por 1000 habitantes

Indicadores	Unidad de medida	Fuente	Período (años)	PERÚ	Cajamarca
Tasa bruta de natalidad	x 1,000 hab.	3	2010-2015	19.43	21.20
Nacimientos anuales	nacimientos	3	2010-2015	588,806	32,116

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú

Tasa Bruta de Mortalidad

En el año 2013 las diez primeras causas de mortalidad del departamento de Cajamarca(23) fueron: Tumores malignos, seguida por Influenza, Neumonía, ocupó el cuarto lugar las enfermedades relacionadas al corazón, seguidas de la Enfermedades Hipertensivas, Enfermedades Isquémicas, Enfermedades del Sistema Respiratorio, Enfermedades Bacterianas, Accidentes de Tráfico, y Enfermedades Cerebrovasculares.

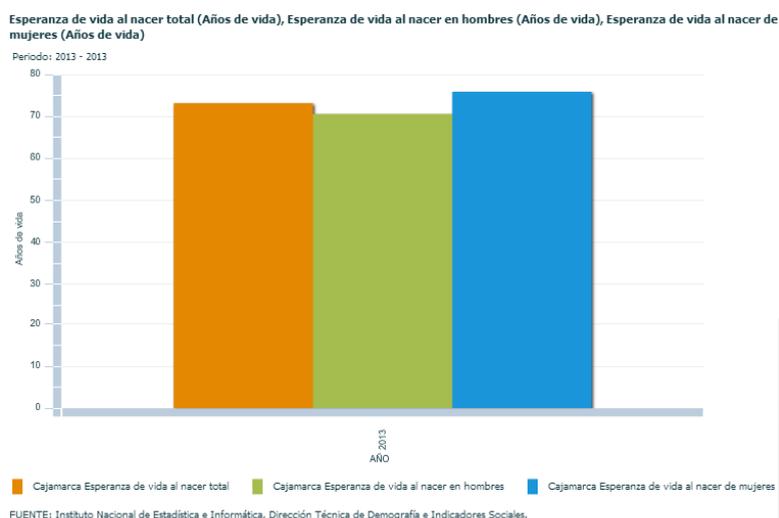
Durante el año 2013 fallecieron 8146 personas, cuya tasa bruta de mortalidad fue 5.36 por 1000 habitantes.

Indicadores	Unidad de medida	Fuente	Período (años)	PERÚ	Cajamarca
Tasa bruta de mortalidad	x 1,000 hab.	3	2010-2015	5.52	5.39
Defunciones anuales	muerres	3	2010-2015	167,289	8,164

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú

Esperanza de vida al nacer

Para el año 2013 (22) la esperanza de vida fue de 73.15 años, siendo las mujeres las que tienen mayor esperanza de vida con 75.84 y los varones con 70.19 años.

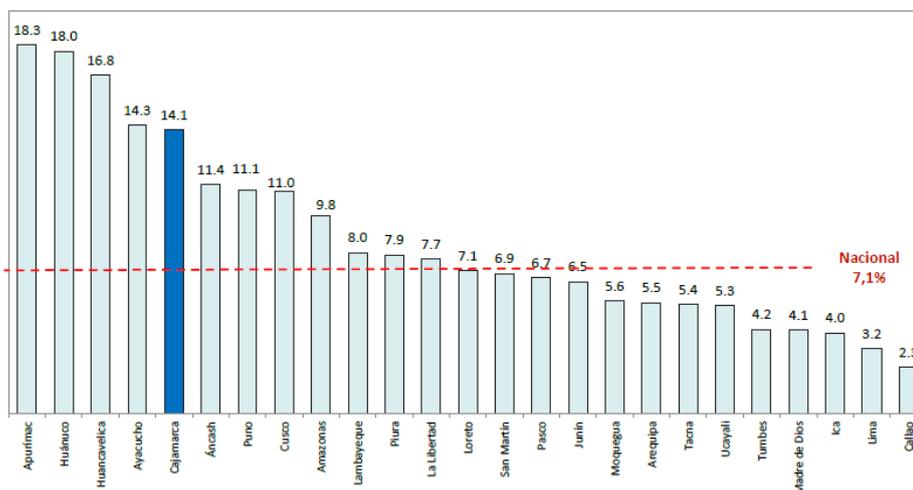


Educación

Cajamarca reporto una tasa de analfabetismo de 14.1 por cada 100 personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir, siendo uno de los departamentos que mayor tasa presenta a nivel de todo el país. (22)

Analfabetismo en Cajamarca es dos veces el promedio nacional.

Tasa de Analfabetismo según departamento, 2011
(Porcentaje respecto del total de población de 15 y más años de edad)

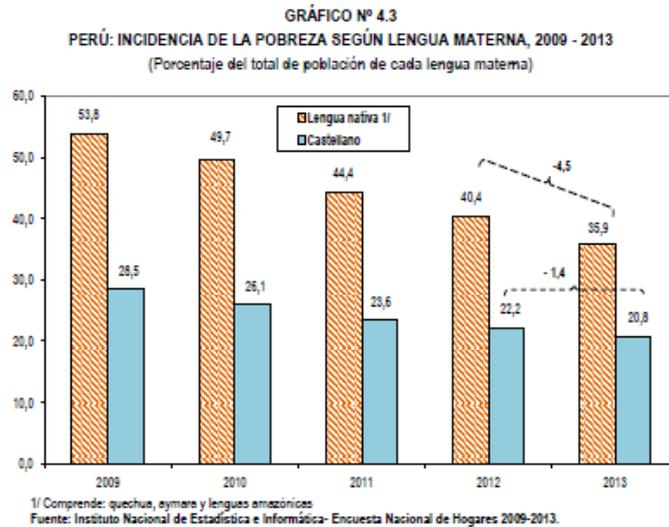


Fuente: INEI-Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), 2011.

15

Lengua

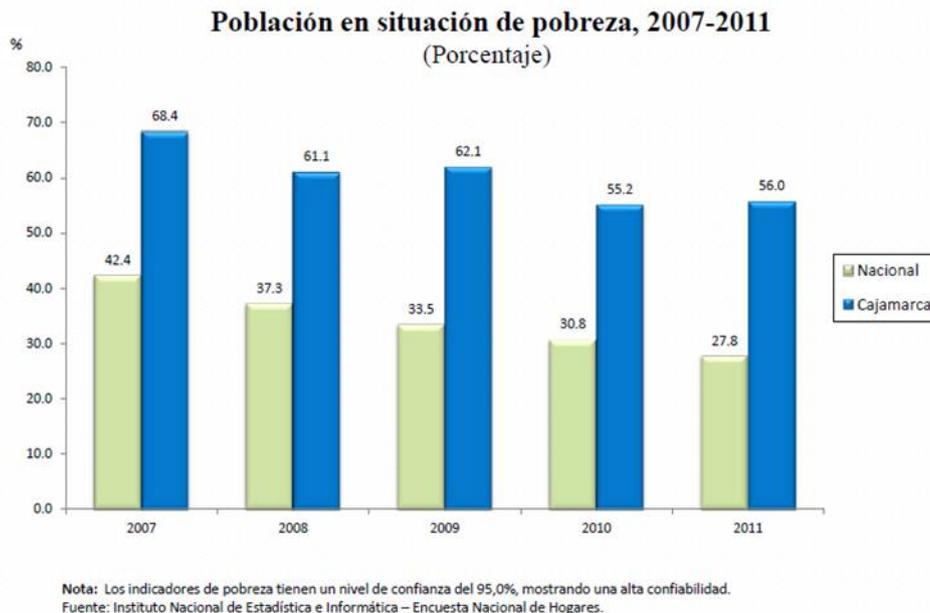
Castellano, Quechua y Awajun



Pobreza

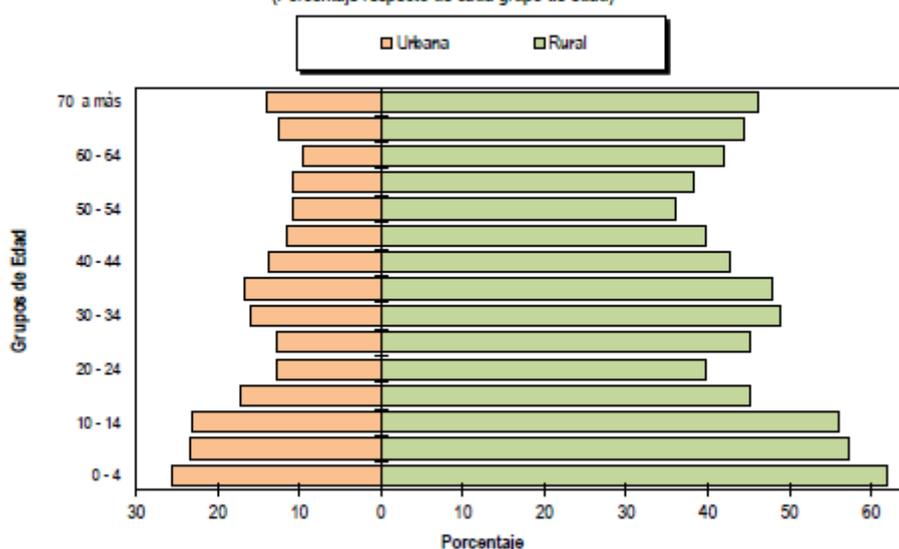
Cajamarca es uno de los departamentos que presenta una situación crítica en cuanto a sus indicadores sociales, como se aprecia en el Cuadro. El 56% de la población de Cajamarca vive en situación de pobreza, superando al promedio nacional (34.8%) y siendo el noveno departamento con la mayor incidencia, puesto que comparte con Loreto. (24)

La pobreza en Cajamarca aumentó en el último año, mientras que a nivel nacional disminuyó.



El mayor porcentaje de pobreza se encuentra en el área rural (ver gráfico)

GRÁFICO Nº 4.2
PERÚ: INCIDENCIA DE LA POBREZA POR GRUPOS DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA, 2013
(Porcentaje respecto de cada grupo de edad)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares 2013.

Agua potable, Luz y Saneamiento en Cajamarca

Cajamarca tiene un 64.6% de abastecimiento de agua, siendo menor que el promedio a nivel nacional, el saneamiento está cubierto en un 89.3% y tiene acceso a luz eléctrica un poco más de la mitad de la población con un 54.2%, a nivel rural las cifras varían mucho. (22)

Indicadores		Unidad de Medida	Fuente	Período (años)	PERÚ	Cajamarca
Población con acceso a servicios básicos	Agua	%	7	2010	72.3	64.6
	Agua segura	%	7	2010	23.6	2.7
	Saneamiento	%	7	2010	86.3	89.3
	Luz eléctrica	%	7	2010	84.8	54.2

Indicadores de Recursos, acceso y cobertura

A nivel de Cajamarca cuenta con 16 Hospitales, 130 Centros de salud, 726 puestos de salud. (22)

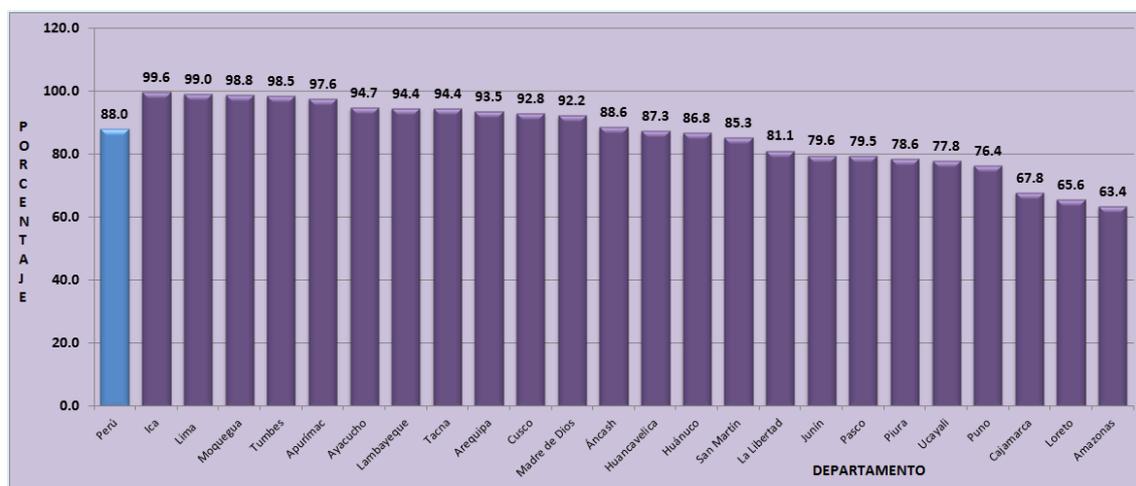
Indicadores		Unidad de Medida	Fuente	Período (años)	PERÚ	Cajamarca
Recursos humanos de la salud	Médicos	No.	16, 17, 18	2010	25,580	523
	Enfermeros	No.	16, 17, 18	2010	28,223	969
	Obstetras	No.	16, 17, 18	2010	9,811	497
	Odontólogos	No.	16, 17, 18	2010	3,234	97
Establecimientos de salud	Hospitales	No.	15	2010	527	16
	Centros	No.	15	2010	2,377	130
	Puestos	No.	15	2010	6,655	726
Población asegurada por el SIS	Asegurados (ii)	No.	13	2010	12,386,986	1,022,494
	Atenciones	No.	13	2010	30,994,797	2,944,352

La cobertura del parto institucional a nivel de Cajamarca está en 67.8%, estando por debajo de la media a nivel nacional.

Indicadores		Unidad de Medida	Fuente	Período (años)	PERÚ	Cajamarca
Salud sexual y reproductiva	Atención prenatal por profesional de salud (++)	%	4	2010	88.2	69.4
	Atención del parto por profesional de salud (++)	%	4	2010	81.0	53.9
	Parto en EE.SS. público o privado	%	4	2010	84.4	61.3
	Recepción de suplem. de Fe en atención prenatal	%	4	2010	84.4	88.5

Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología - 2011

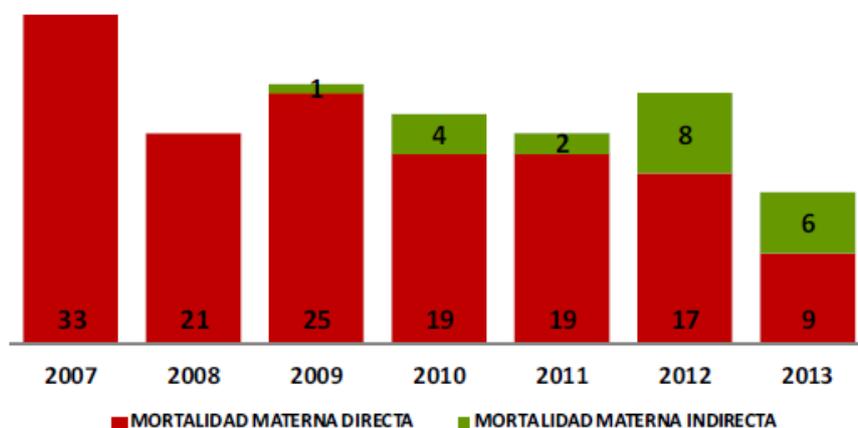
Perú 2013: Proporción de parto en establecimiento de salud por departamentos



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES

Mortalidad Materna a nivel de la Región Cajamarca

MORTALIDAD MATERNA DIRECTA E INDIRECTA POR AÑO
REGIÓN CAJAMARCA AÑOS 2007-2013 Comparativo hasta SE 29



Fuente: Boletín Epidemiología Semana 29- 2013 Gobierno Regional de Salud Cajamarca (25)

El parto visto desde la Antropología

Se encuentran vigentes prácticas tradicionales para el cuidado de las mujeres embarazadas, la preparación y atención del parto, así como para el cuidado de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades del recién nacido. Estas prácticas tradicionales son expresión de la diversidad cultural del Perú y revelan aspectos más amplios de la historia, la cultura y organización social

Concepciones y prácticas comunitarias relacionadas con el embarazo y parto en las comunidades quechuas

Contexto social y cultural

Las actividades productivas giran en torno a la agricultura, ganadería, artesanía y minería artesanal. El principal cultivo es la papa nativa, y están vigentes formas ancestrales de trabajo colectivo y solidario, como el *ayni*. La producción agropecuaria es principalmente de autoconsumo.

Cosmovisión y conceptos de salud en las zonas alto andinas

Aunque muchas veces ocultos para los ojos de los servicios de salud oficial, el sistema médico tradicional andino y sus especialistas, como la partera, siguen vigentes en las comunidades quechuas estudiadas. (26)

En el sistema médico andino, las parteras son las especialistas a las que se acude para pedir consejos y ayuda relacionadas con la salud reproductiva de la mujer y la salud materno-infantil. Ellas son quienes manejan conocimientos y técnicas tradicionales sobre el cuidado y atención de la mujer y el niño durante el parto, y los procesos reproductivos de la mujer en general. Las parteras se inician de diferentes maneras, sea por mandatos sobrenaturales (comunicados mediante sueños o la presencia de un rayo), como comunales/familiares o por emergencia o necesidad. En cualquiera de los casos, las parteras tienen una formación que se basa en la experiencia y la observación, incluyendo el conocimiento de las plantas. Además de ser depositarias de conocimientos ancestrales, varias de ellas han seguido incorporando otros conocimientos cuando han sido convocadas por los establecimientos de salud del sistema médico oficial. (26)

Ritos previos al parto

Uno de estos ritos es la lectura de la coca. Las madres consultan con un *qhawaq*, *watuq* o la partera, que mediante la lectura de la coca pronostica sobre la fecha probable del parto, la situación y suerte del embarazo. También, se indaga respecto a la suerte de la *wawita* (bebé) cómo va a nacer, y cuál puede ser su suerte en el futuro:

“Para cuando nace una wawita siempre hacemos mirar la coquita para saber cuál va a ser el destino de la wawa y cómo va a ser el parto, bien nomás o va a

haber complicaciones, eso es lo que más nos preocupa”. (Entrevista, partera, Vilcabamba).



Gráfico

La partera o Watuq leyendo en las hojas de coca el pronóstico del parto y el recién nacido.

Distrito Vilcabamba –Apurímac (Perú)

Aunque el parto institucional se ha acrecentado en las comunidades indígenas, la medicina tradicional está vigente en las expectativas, concepciones y prácticas de salud de la población. Las mujeres de mayor edad que ya han tenido varios partos han experimentado directamente las diferencias entre los dos sistemas de atención de parto: el que representa la partera y el del centro de salud. Ellas expresan una añoranza por la atención del parto por una partera tradicional, porque hay más “confianza”, hay más “familiaridad”: *Partera es confianza... todo le puedes decir..., mientras que a la señorita enfermera no se le puede decir nada...* (Entrevista, madre, Chuquibambilla).

Se acude a las parteras mayormente para atender a las primerizas o cuando ocurre alguna complicación. Sin embargo, aunque no todos los miembros de la comunidad poseen un saber especializado como las parteras, los familiares de la parturienta (el esposo, la madre de la mujer u otro familiar) que suelen atender el parto, comparten similares concepciones y prácticas.

Un extracto del informe “Mujeres de Negro” Las parturientas mismas tenían mucho miedo frente a la posibilidad de ser llevadas a los establecimientos de salud por lo que “inyectan”, “cortan” y “amarran”. (27)

“Los del puesto de salud no es posible que lleguen a tu lugar, así siempre vivimos, a veces ellos curan, pero otras veces también no, por eso cuando las hermanas están embarazadas muchas veces mueren por eso, porque no están cerca” (Puno, hombre adulto. Grupo focal). (27)



Preparación de la parturienta

La partera prepara a la madre para dar a luz, lo que implica una preparación psico-física y del ambiente donde ocurrirá el parto. La preparación psico-física se inicia con masajes para relajar a la parturienta (existiendo también masajes para aliviar dolores). Mientras se realizan los masajes, la partera sopla sobre la cabeza de la parturienta para darle aliento, reza e invoca a santos y dioses para que protejan el parto. También en este momento la partera cuenta historias felices de sus experiencias anteriores para inculcar confianza a la mamá.

En cuanto al ambiente físico, se humea la habitación para brindar calidez y como parte de un ritual para agilizar el parto. El sahumado se realiza con elementos considerados cálidos, como lana negra de oveja o lana de vicuña, paja, cuernos de chivo o cabra, incienso, azúcar y hierbas, entre otros. Existe un elemento simbólico particularmente valorado que es la lana y feto de la vicuña (*sullu*), pues la vicuña nace en menos de un minuto de trabajo e inmediatamente sale a correr por la puna, con su uso, se espera que por analogía suceda un parto rápido y sin complicaciones.

En el trabajo de parto, la partera permite toda la libertad de movimiento que la madre desee realizar, lo importante es que le permitan mantener el cuerpo caliente. Al parecer, no existe en el lenguaje de las parteras el término “pujar”, pues las parteras piensan que las madres saben reconocer por sí mismas la necesidad de empujar en la fase expulsiva, además consideran que es una dispersión de fuerzas y un riesgo por la posibilidad de expulsar algún órgano. Las parteras no intervienen en romper la fuente (bolsa amniótica).

Respecto a las posiciones para dar a luz, algunas veces se aconseja estar sentada o de cuclillas, en otros casos, sosteniéndose de una sogá que cuelga

de la viga de la casa o un palo plantado en la misma habitación, en muchas de las posiciones el marido ocupa un rol importante de sostén y colaboración. (Ver gráfico).



Fuente: Ministerio de Salud (Perú)

La partera respeta la posición de la mujer y trabaja de rodillas esperando al bebe con sus manos bajo la falda, sólo por tacto externo. **Es importante destacar que durante todo el proceso de parto las mujeres se encuentran vestidas.** La partera nunca ve la vagina ni la palpa en el momento de la expulsión de la *wawa* (bebé). El parto completo se hace con las faldas puestas, evitando toda posibilidad de observación, en cambio, se podría decir que han desarrollado una suerte de visión a través de sus manos, a través del tacto superficial. (Ver gráfico)



Atención del recién nacido y tratamiento del cordón umbilical

Apenas nace el bebé se procede a secarlo, cortar el cordón umbilical, sacarle la flema de la boca con el dedo y envolverlo para mantenerlo bien caliente. Luego, se le coloca a un costado de la madre, para seguir atendiendo a la mujer. Para realizar el corte del cordón umbilical se espera a que esté “blanquito” y deje de latir. Se mide el cordón antes de cortarlo, esta medida está en función del sexo del bebé. Así, algunas parteras miden 4-5 dedos desde la *wawa* si es varón, porque tiene pene, y si es mujer, de 2-3 dedos. Después, se amarra el cordón con una pita de lana de oveja, alpaca o llama, o hilo. El cordón se corta con teja, un pedazo de olla o *hik'iña* (tostadora) rota pasada por el fogón y, en algunas oportunidades, con tijera. El material con el que se corta el cordón umbilical se asocia con la personalidad del futuro miembro de la comunidad, así por ejemplo, se corta el cordón umbilical con un pedazo de teja o tiesto de arcilla para evitar que sea una persona destructora y poco cuidadosa de sus bienes y especialmente de su ropa..... (Entrevista, partera, *Alquchimpá*). (26)

Tratamiento de la placenta

La parte del cordón que queda conectado con la placenta o *paris* es amarrada al dedo pulgar del pie de la madre. Esta es una medida contra la retención placentaria. La partera manifiesta que si no realiza el amarre, la placenta podría subirse, hinchando a la parturienta y haciendo peligrar su vida. Las parteras esperan que la placenta se expulse sola, en caso de haber una demora de más de 3 o 4 horas, intentan inducir su salida introduciendo el mango de un cucharón en la boca de la parturienta a fin de que tenga “arcadas” a fin de contraer los músculos abdominales.

Una vez que esta se expulsa, se envuelve con un trapo, se rocía con alcohol y se coloca al fogón para quemarla. Se piensa que quemar inmediatamente la placenta es absolutamente indispensable, no debe enfriarse, porque la puerpera como el recién nacido pueden enfermarse. Si la placenta se enfría, puede provocar mal de viento en la mamá o el bebé. En el caso de la puerpera, este mal puede ocasionar un endurecimiento del vientre, asfixia y peligro de muerte. En el caso del recién nacido, las consecuencias son las enfermedades respiratorias. La placenta es vista como un abrigo para el niño durante 9 meses. Su función fue anidarlo, abrigarlo, fue su *qisa* (nido), por lo que el recién nacido también se vería afectado si la placenta se enfría, se piensa que le dará tos y diversas alteraciones respiratorias.

Una vez que se ha terminado de atender a la puerpera, la partera o familiares fijan su atención en la *wawa*. Si se trata de una familia muy pobre, se limpia solo con agüita y se le viste: primero se envuelve en un pañal, luego con lanita y un gorro. Luego del parto la mujer debe recuperarse, por lo que se recomienda que no camine mucho ni toque agua fría. Así la madre suele permanecer en casa junto a su bebé, lo que favorecería el contacto físico y la lactancia.

1.3.-DIAGNOSTICO del DEPARTAMENTO AMAZONAS

Localización geográfica

Loreto se ubica en la zona nororiental de Perú. Comprende una vasta zona de la llanura amazónica, surcada por numerosos ríos de gran caudal. Su territorio ocupa una superficie de 368.851 km².

Limita con el Ecuador al noroeste, con Colombia al noreste, con el estado de Amazonas (Brasil) al sureste, con el departamento del Ucayali al sur y con los departamentos de Amazonas y San Martín al oeste.



Población

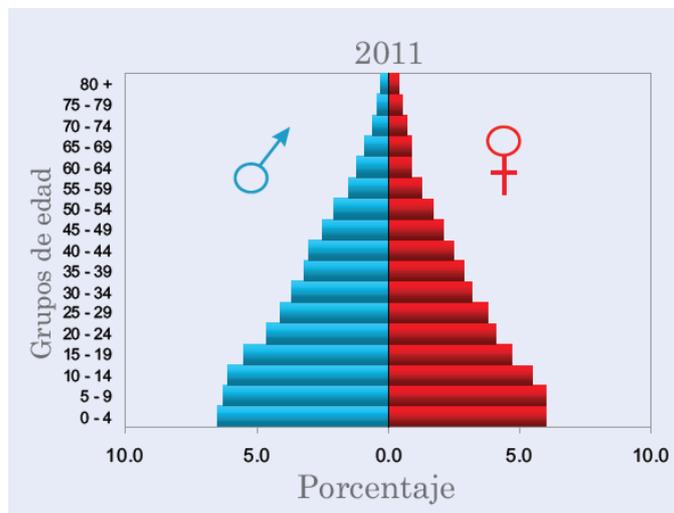
Según el último Censo Nacional de Población realizado en 2007 (28), la población de Amazonas registró un total de 375.993 Personas, de los cuales la población masculina son 192.940, y la población femenina 183.053.

Del total de la población según el Censo 2007 hay 166.003 población urbana, y 209.990 de población rural

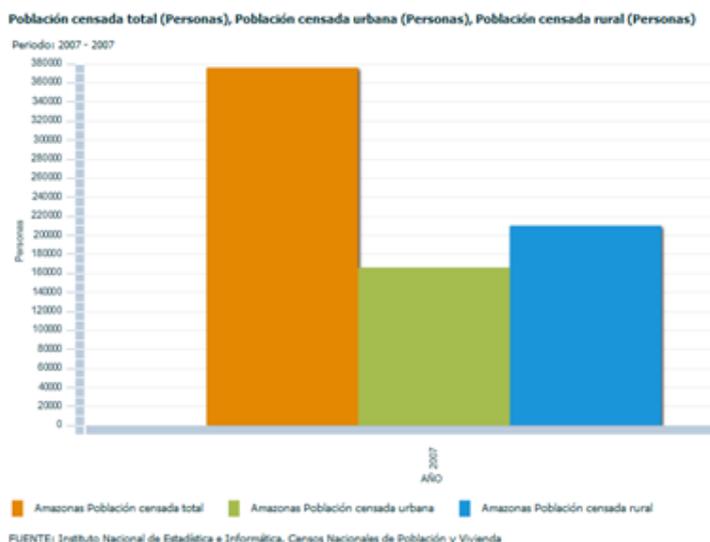
Según del ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología

En el año 2010, la población de la Región Amazonas fue de 413,314 habitantes, que representa el 1.4% del total nacional; siendo su densidad poblacional es la mitad del valor nacional. La población de Amazonas es eminentemente rural (61.5%). La proporción de menores de 15 años es mayor que el valor nacional, mientras que el porcentaje de mayores de 64 años es menor. Amazonas ocupa el cuarto lugar con mayor razón de dependencia económica en el Perú, asimismo su Tasa Bruta de Natalidad, ocupa el tercer lugar a nivel nacional; la mortalidad ocupa el décimo lugar. En cuanto al crecimiento demográfico éste ocupa el

octavo lugar y la tasa global de fecundidad (promedio de número de hijos por mujer), más que la cifra nacional. Las esperanzas de vida al nacer tanto Total como por Género son dos años más que la cifra nacional.



En Amazonas para el año 2007, la población rural supone el 44,15% del total y la población urbana el 55,85%.



Tasa Bruta de Natalidad

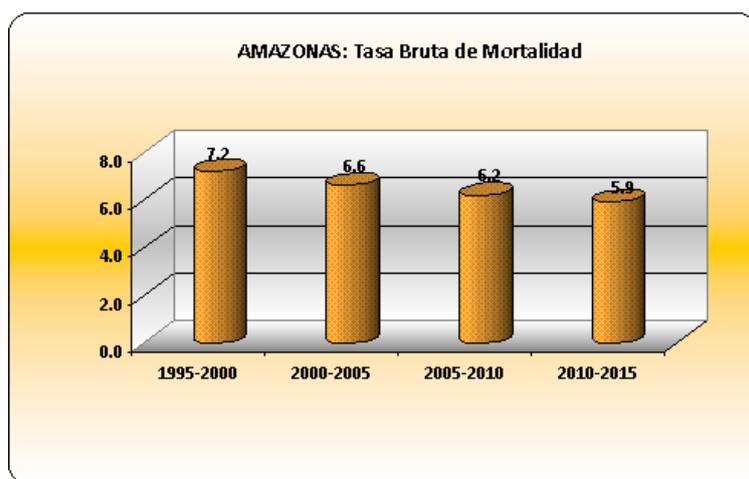
La tasa bruta de natalidad en el año 2013 fue de 59,3 por 1000 habitantes (29).

Indicadores	Unidad de medida	Fuente	Período (años)	PERÚ	Amazonas
Tasa bruta de natalidad	x 1,000 hab.	3	2010-2015	19.43	22.41
Nacimientos anuales	nacimientos	3	2010-2015	588,806	9,367

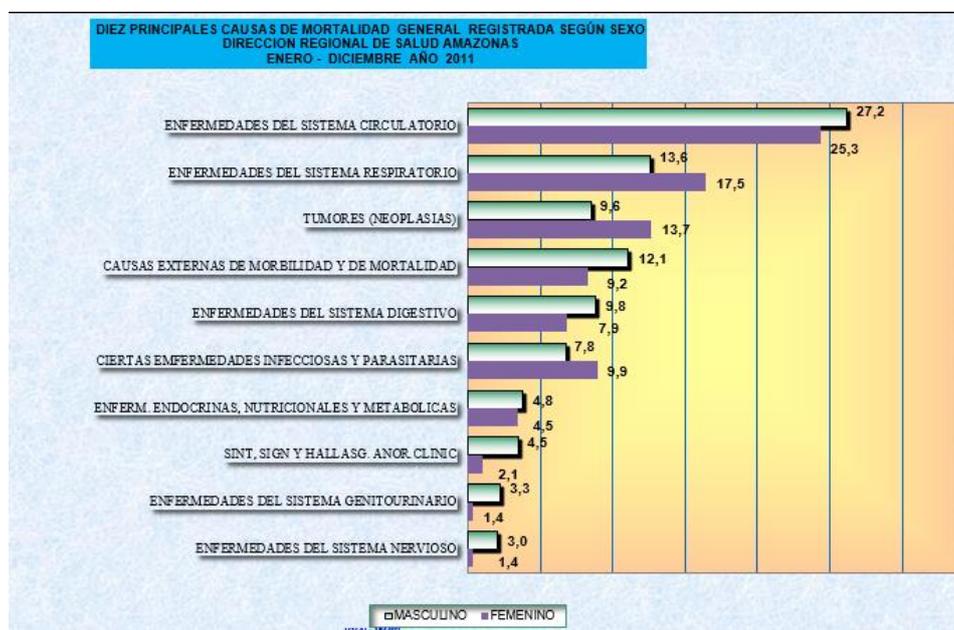
Tasa bruta de Mortalidad

En el año 2011 las diez primeras causas de mortalidad de Amazonas (29) fueron: Tumores malignos, seguida por Enfermedades Isquémicas del corazón, Influenza y Neumonía, Otras enfermedades Bacterianas, Otras formas de enfermedad del corazón, Otras causas externas de traumatismos accidentales, Enfermedades Hipertensivas, Enfermedades Cerebrovasculares, Otras enfermedades del Sistema Respiratorio y Enfermedades del Hígado.

Durante el año 2010 al 2013 apenas sufre variación la tasa bruta de mortalidad, 6.05 por 1000 habitantes para los años 2012 y 2013.



Fuente: Ministerio de Salud - Perú



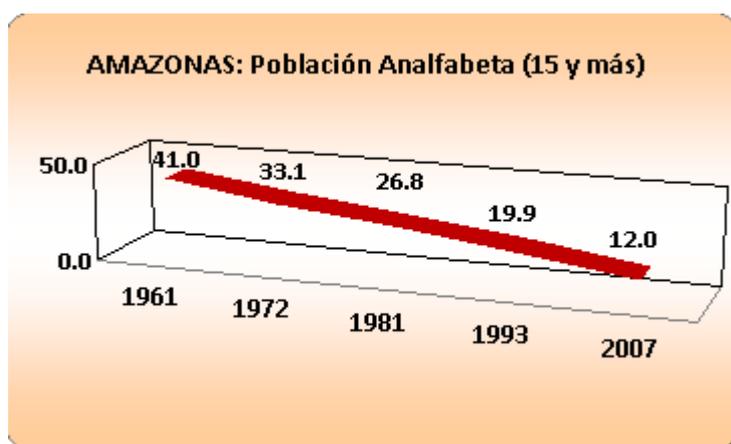
Fuente: Dirección Regional de Salud – Amazonas Enero a Diciembre 2011

Esperanza de Vida al Nacer:

Para el año 2013 la esperanza de vida fue de 70.6 años, siendo las mujeres las que tienen mayor esperanza de vida con 72.9 y los varones con 68.3 años. (29)

Educación

En el último censo realizado el 2007, Amazonas reporto una tasa de analfabetismo de 12 por cada 100 personas mayores de 15 años que no saben leer ni escribir. (30)



Siendo uno de los departamentos que mayor tasa presenta a nivel de todo el país. Ver cuadro N° 23

Cuadro N° 23
POBLACIÓN CENSADA DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD ANALFABETA Y TASA DE ANALFABETISMO, POR PROVINCIA, 1993-2007

Provincia	Censo 1993		Censo 2007		Variación Inter censal	
	Población analfabeta	Tasa de Analfabetismo	Población Analfabeta	Tasa de Analfabetismo	Absoluto	%
TOTAL	36977	19,9	27965	12	-9012	-24,4
Chachapoyas	3816	14,2	2699	8	-1117	-29,3
Bagua	7363	19,3	5097	11,6	-2266	-30,8
Bongará	1413	12,3	1608	8,9	195	13,8
Condorcanqui	4925	34,1	4021	19	-904	-18,4
Luya	5899	22,3	4335	14,3	-1564	-26,5
R. de Mendoza	1618	12,9	1394	7,8	-224	-13,8
Utcubamba	11943	21,5	8811	12,8	-3132	-26,2

Fuente: INEI-Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda, 1993-2007

Dentro de la tasa de analfabetismo según sexo, las mujeres presentan mayor tasa de analfabetismo con un 17.8 por cada 100 mujeres y los hombres un 6.4 por cada 100 varones. Siendo casi 3 veces más, la tasa de analfabetismo en las mujeres que los hombres. (30) Ver cuadro N° 24

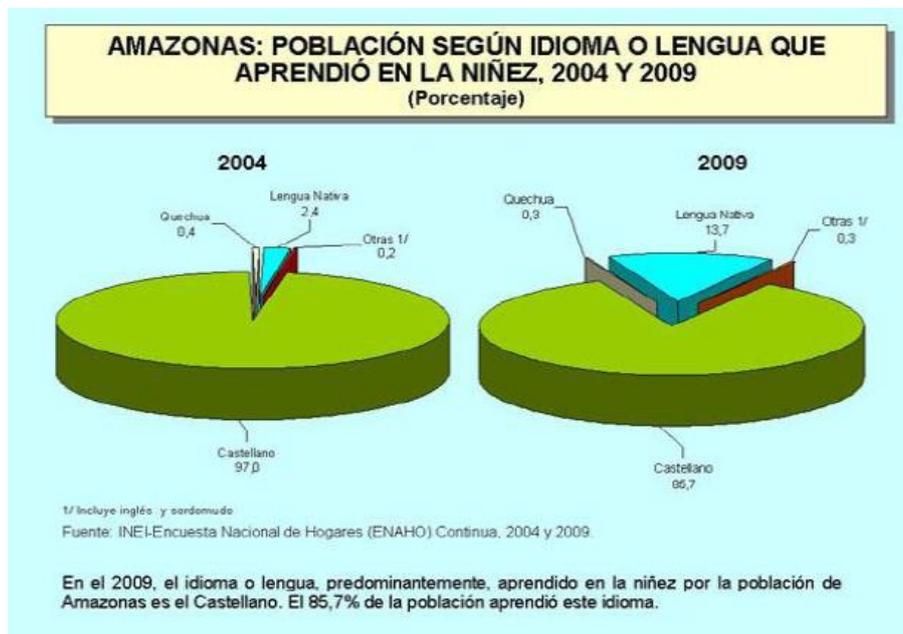
Cuadro N° 24
POBLACIÓN CENSADA DE 15 Y MÁS AÑOS DE EDAD ANALFABETA Y TASA DE ANALFABETISMO, SEGÚN SEXO 1993-2007

Provincia	Censo 1993		Censo 2007	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
TOTAL	11,0	29,4	6,4	17,8
Chachapoyas	7,0	20,7	4,3	11,5
Bagua	10,7	29,0	6,1	17,4
Bongará	6,0	18,5	4,5	13,6
Conсорcanqui	17,8	50,3	8,6	29,6
Luya	12,6	32,1	8,3	20,8
R. de Mendoza	7,5	18,5	5,0	11,1
Utcubamba	12,2	32,4	7,1	19,3

Fuente: INEI-Censos Nacionales XI de Población y VI de Vivienda, 1993-2007

Lengua

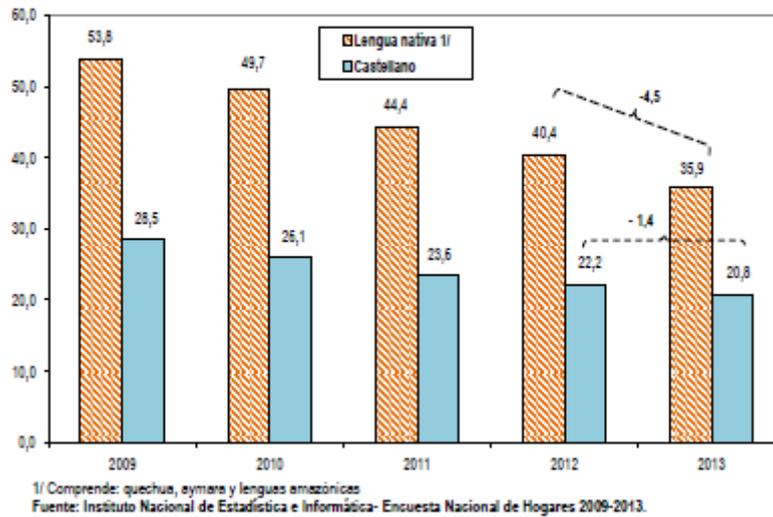
Castellano, Awajun, y lenguas amazónicas (28).



Pobreza

Comparando la lengua materna de las personas, se observa que existe una mayor incidencia de pobreza sobre aquellos que tienen una lengua nativa (quechua, aymara o lenguas amazónicas). En el 2011, el 45.7% de las personas con lengua materna nativa se vieron afectados por la pobreza, siendo casi el doble en comparación con aquellos que tuvieron el castellano como lengua materna, 24.1%. (29) (31)

GRÁFICO Nº 4.3
 PERÚ: INCIDENCIA DE LA POBREZA SEGÚN LENGUA MATERNA, 2009 - 2013
 (Porcentaje del total de población de cada lengua materna)



Según los indicadores socioeconómicos realizados en el año 2009, Amazonas presenta un alto porcentaje de población en pobreza extrema (Ver gráfico 5) (29)

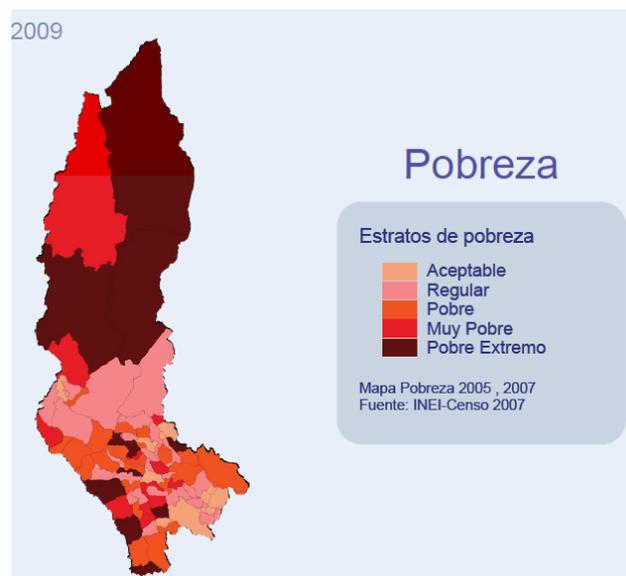


Gráfico Nº 5 Representación de la pobreza Departamento Amazonas 2009

De acuerdo con las estadísticas proporcionadas por el INEI del año 2010, un 26.4% de la población en el Perú tenía por lo menos una necesidad básica insatisfecha en tanto que la población amazónica alcanzaba niveles del 55.9% referente al porcentaje de población con las NBI. (Cuadro 04). Más aún, si se llega al detalle de cuantificar las NBI de las familias peruanas, el 6.5% de la población nacional por lo menos tiene dos NBI, mientras que para la Amazonía peruana se llega al 13.0% en el área urbana y 27% para la selva rural.

CUADRO 04: COMPARACIÓN DE POBLACIÓN A NIVEL NACIONAL Y DE AMAZONÍA POR NÚMERO DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS, AL 2010

POBLACIÓN (%)	Al menos una NBI	Con 2 a más NBI
Nacional	26.4	6.5
Amazonía		
Selva urbana	42.1	13.4
Selva rural	67.4	27

Fuente: INEI. Perú, Perfil de la pobreza por departamentos 2001-2010.

Fuente: INEI Instituto Nacional de Estadística e Informática 2010

De acuerdo a las estadísticas proporcionadas por el INEI, **En la figura 03** se ilustra a nivel de departamentos, para el año 2007, el porcentaje de las poblaciones con al menos una NBI. Este resultado arroja un rango bastante alto, aproximadamente entre el 50 y 70%, en tanto que hogares con 2 NBI, varía entre 20% y 30%, preocupante de igual manera dentro de los que se encuentra el departamento de Amazonas. (32)

FIGURA 03: Porcentaje de hogares en departamentos amazónicos con una o dos NBI al 2007



Agua

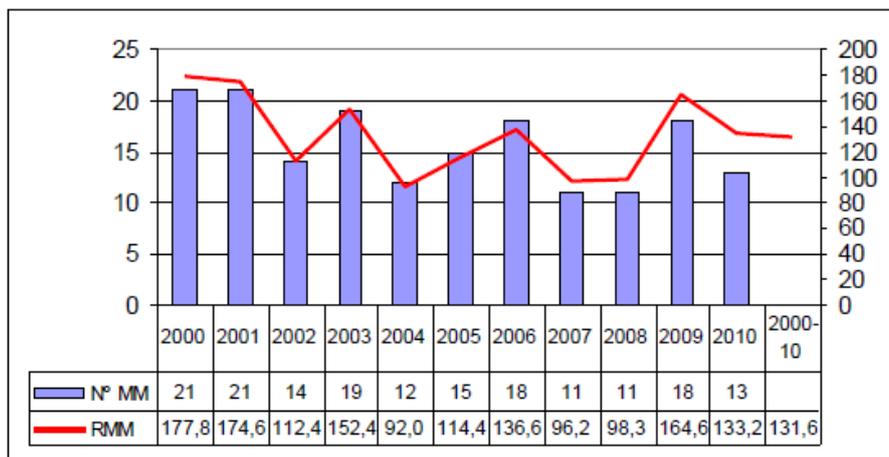
El departamento de Amazonas tiene acceso a agua el 31.6% de la población y un 3.3% de agua segura. Según la Dirección Nacional de Epidemiología en el año 2010 (ver cuadro) (29)

Indicadores		Unidad de Medida	Fuente	Período (años)	PERÚ	Amazonas
Población con acceso a servicios básicos	Agua	%	7	2010	72.3	31.6
	Agua segura	%	7	2010	23.6	3.3
	Saneamiento	%	7	2010	86.3	80.0
	Luz eléctrica	%	7	2010	84.8	55.4

Mortalidad Materna en Amazonas

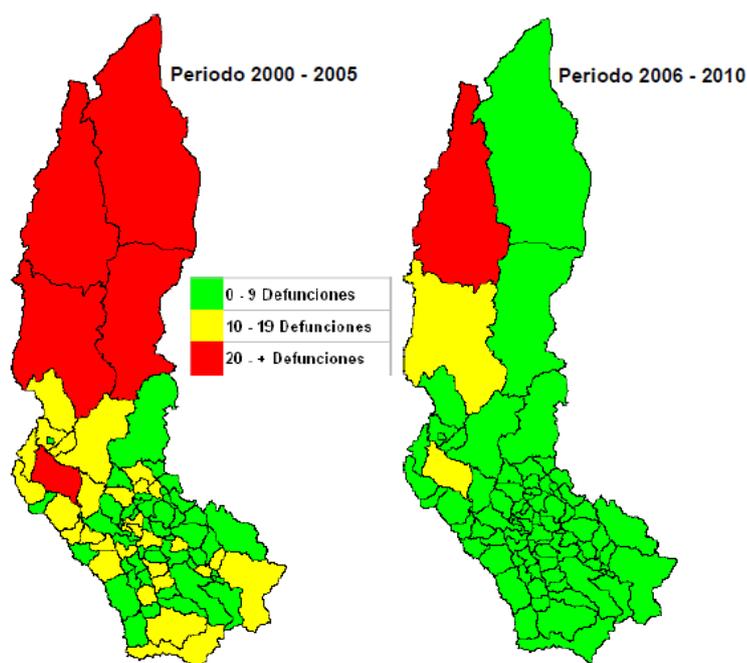
Los cambios observados en la Razón de Mortalidad Materna entre el quinquenio 2000- 2005 (102 defunciones maternas) y 2006-2010 (71 muertes maternas), la curva de incidencia muestra una tendencia estacionaria, fluctuando alrededor de un valor promedio de 130 x 105 NV. (28)

Razón de Mortalidad Materna, periodo 2000 – 2010, DIRESA Amazonas

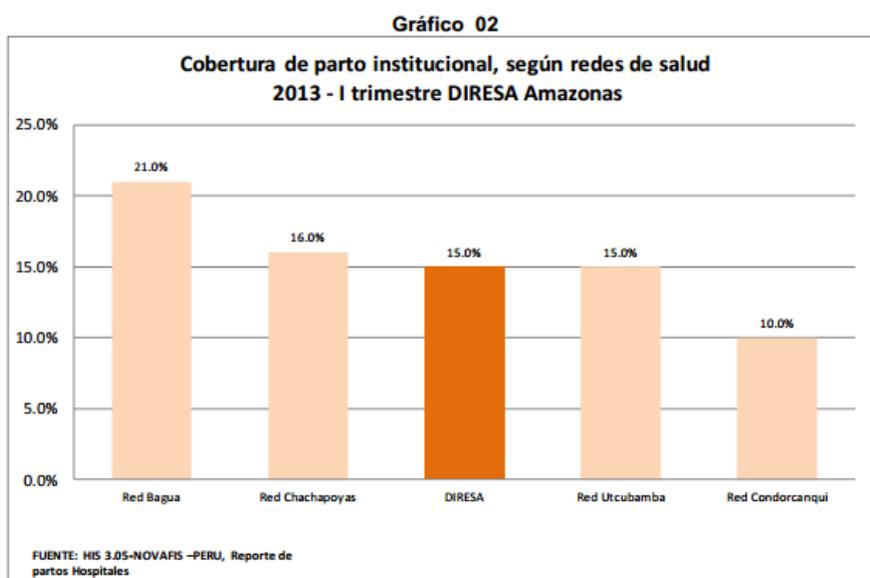


Entre las intervenciones para reducir este problema sanitario están el mejoramiento de las coberturas de parto institucional, sistema de referencia y contra referencia, disponibilidad de medicamentos, capacitación de recursos humanos, promover los cuidados de la gestante en la familia y la comunidad, vigilancia epidemiológica de riesgos maternos, investigación clínica epidemiológica de las defunciones maternas con la finalidad de adoptar estrategias para la reducción del riesgo de mortalidad maternas. (28)

Estratificación de Distritos por número de casos de muertes maternas según periodos 2000-2005 y 2006-2010.



Cobertura de Parto Institucional en Departamento de Amazonas año 2013



Se observa en el Gráfico N° 2, que la cobertura del parto institucional está muy por debajo de la cobertura esperada, siendo la Red de Condorcanqui la que menor cobertura presenta con un 10% y la Red Bagua tiene un 21% siendo la que mayor cobertura presenta, sin embargo se observa que a nivel de todas las redes de Amazonas tienen muy poca cobertura de partos institucionalizados.

Según la Dirección Regional de Salud (DIRESA), el número de Profesionales de Salud en el en el año 2011, por cada provincias dentro del departamento de Amazonas. (28)

PROFESIONALES DE SALUD A NIVEL DE PROVINCIA AÑO 2011

Profesionales/Provincias	Chachapoyas	Bagua	Bongará	Condorcanqui	Luya	Rodriguez de Mendoza	Utcubamba	Total
Asistente Social	5	1	0	0	0	0	1	7
Biólogo/s	6	16	1	11	1	1	9	45
Enfermero/s	91	81	8	37	31	12	75	335
Médicos	53	49	10	21	26	18	55	232
Médico Veterinario	2	2	0	1	0	0	0	5
Nutricionistas	6	2	1	0	1	1	0	11
Obstetras	55	49	16	38	23	20	55	256
Odontólogos	11	12	4	5	5	4	7	48
Psicólogo/s	10	4	1	1	1	1	3	21
Químico Farmacéutico	9	4	0	1	0	0	2	16
Técnico/a en Enfermería	195	146	59	113	129	64	162	868
Técnico/a en Farmacia	0	0	0	2	0	0	0	2
Técnico/a en Laboratorio	16	8	4	6	8	7	20	69
Técnico/a en Nutrición	5	0	0	0	0	0	0	5
Tecnólogo Médico	3	2	0	1	0	1	4	11
Otros	222	139	15	36	8	18	99	537
Total	689	515	119	273	233	147	492	2468

Extracto en todo el departamento de Amazonas por categorías profesionales de salud, año 2011 según la Dirección Regional de Salud de Amazonas

PROFESIONALES DE SALUD A NIVEL DE REGIÓN AÑO 2011

Médicos	Enfermeras	Odontólogos	Obstetras	Psicólogos	Nutricionistas	Quím.	Otros Prof. salud	Técnicos y auxiliares.	Otros	Total
						Farm				
232	335	48	256	21	11	16	57	955	537	2,468

FUENTE: DIRESA-Amazonas 2011.

Componente Antropológico de los Partos en Amazonas

UNICEF (2010), realizado un estudio cualitativo sobre las concepciones, conocimientos y prácticas relacionadas con la salud y cuidado del recién nacido en comunidades Awajún y Wampis de la provincia de Condorcanqui (Amazonas)

Se realizaron entrevistas en profundidad con madres y padres de familia, abuelas y ancianas con un importante papel en la transmisión del conocimiento, parteras, autoridades comunales y promotores de salud. Complementariamente, también se entrevistó a personal de salud y registradores civiles. Así mismo, se realizó observación etnográfica de madres con niños y niñas recién nacidos. En Condorcanqui, se hicieron, además, grupos focales con madres y padres de familia, y personal de salud. (26)

Concepciones y prácticas comunitarias relacionadas con el embarazo y el parto en los pueblos Awajun y Wampis (Amazonas)

Los Awajún y Wampis, también denominados Aguarunas y Huambisas, pertenecen a la familia etnolingüística de los Jíbaro. Paulatinamente, se han unido en un solo grupo, habitan en espacios geográficos contiguos, tienen las mismas raíces culturales y comparten similares costumbres. Con una población calculada en aproximadamente 60 mil habitantes, son los grupos étnicos de la Amazonía peruana con mayor volumen poblacional después de los Asháninka. En el departamento de Amazonas son los grupos indígenas más numerosos. Se concentran en la provincia de Condorcanqui. (26)

El 85.09% de la población de Condorcanqui es rural y el 91% tiene como lengua materna una lengua nativa diferente al castellano (INEI, Censo 2007). La provincia de Condorcanqui es la de mayor nivel de exclusión social dentro del departamento de Amazonas y la de más difícil acceso. Sus tres distritos se encuentran en pobreza extrema (Foncodes, 2006). Las vías de acceso a las comunidades Awajún y Wampis de los distritos mencionados, son muy escasas. La carretera llega hasta Nieva, capital del distrito de Santa María de Nieva. Desde esta capital solo se puede acceder a los pueblos por vía fluvial. Los medios de transporte más rápido (chalupas y deslizadores) que prestan servicios de traslado de pasajeros pero la población indígena no acceden fácilmente a este tipo de transporte por su alto costo.

En un estudio de Casos que se realizó por el Ministerio de Salud se comenta reiteradamente la dificultad en el medio de transporte, la simple existencia de un medio de transporte en la localidad no es garantía que estará disponible en un caso de emergencia obstétrica, como se sugiere en un comentario sobre la conducta de los dueños de botes en la zona de Aguaytía: *“La gran mayoría, como ahora están en (la cosecha de) el plátano, llegan cargados con el plátano y no hay un espacio para que te pueden traer. Por seguridad, porque a veces cuando viene muy cargado el bote puede voltear. Por seguridad ya no te recogen. (Hay que) esperar otro bote que venga, por suerte ¿no? Si es que viene otro bote es suerte”.* (27)

Las actividades productivas de la población Awajún y Wampis en Condorcanqui, están constituidas principalmente por la caza, la pesca, la recolección y la agricultura de subsistencia. La caza y la pesca son actividades socialmente asignadas a los varones. Mientras tanto, la cosecha diaria de la yuca y su recolección, además del cuidado de los hijos y la preparación de alimentos, son asignadas a las mujeres. Además de las actividades asignadas por género, hay otras en las que participa toda la familia de manera complementaria o coordinadamente.

En términos de la organización política de los pueblos Awajún y Wampis, en 1974 se promulgó la Ley Nacional de Comunidades Nativas, estas obtuvieron títulos de sus tierras y se organizaron bajo el nuevo sistema nacional de comunidades nativas. En concordancia con este sistema, actualmente en cada comunidad existe un Apu o máxima autoridad político administrativa elegida en democracia y con la participación de la población. Sus funciones son velar por la tranquilidad de la comunidad y tener la capacidad de dirimir los conflictos. El Apu surge como resultado del contacto cultural con la sociedad nacional y en los últimos tiempos es un cargo ejercido por jóvenes que tienen estudios secundarios y manejan mejor el idioma castellano.

Las prácticas de cuidado durante el embarazo y la atención del parto, así como los primeros cuidados brindados al recién nacido por los Awajún y Wampis, tienen relación con distintos mitos que provienen de sus ancestros. Algunos de los mitos que se relacionan con las prácticas actuales pueden haberse perdido en el tránsito de generación en generación. Sin embargo, las prácticas vinculadas con estos mitos aún se mantienen y su cumplimiento es considerado de gran importancia, describiéndose como costumbres que aprendieron de sus ancestros. Así, por ejemplo, los Awajún y Wampis buscan el apoyo de los espíritus para el cuidado del recién nacido, como son: la tierra (Nugkui), el agua (Tsugki) y los espíritus de plantas como el toé (asociado al mito de Bikut).

Si bien se vienen dando procesos de cambio cultural entre los Awajún y Wampis del departamento de Amazonas, las concepciones y prácticas tradicionales son fundamentales en los cuidados que se siguen durante el embarazo, parto, puerperio y cuidado del recién nacido. Usualmente, se usan principalmente plantas medicinales locales, dietas y rituales.

Tradicionalmente las mujeres, y especialmente las de mayor edad, son las mayores conocedoras del uso de plantas medicinales (remedios vegetales) y los cuidados durante el embarazo, parto, puerperio. Sólo en última instancia se busca ayuda en los servicios de salud que practican la medicina occidental.

Cuidados en el embarazo

El primer indicador del embarazo para las mujeres Awajún y Wampis es la ausencia de la menstruación, a lo que denominan “no haber visto la luna” o “no haber visto el lucero”. Se usa las fases de la luna como criterio para calcular el tiempo de embarazo y las fechas probables de parto. (26)

Cuando faltan pocas semanas para el parto se prohíbe comer carne de monte (sachavaca, venado) por el temor al cutipado. Se piensa que el espíritu de los animales cazados en el monte (por el esposo) puede tomar por revancha el espíritu del hijo del cazador, causándole múltiples dolencias en el cuerpo, e incluso la muerte.

Se busca controlar el tamaño del niño al nacer mediante la regulación de la cantidad de alimentos que ingiere la gestante, así como la restricción de ciertos alimentos que engordan, como los dulces. Esto se debe a que los Awajún y Wampis prefieren que los niños tengan un tamaño de regular a pequeño para garantizar un “buen parto”, ya que los niños de gran tamaño se perciben como un riesgo para la madre y el hijo/a. Ello está condicionado por la preferencia de tener un parto domiciliario y la falta de capacidad de los servicios de salud para atender exitosamente situaciones de incompatibilidad entre el tamaño del niño y la cadera de la madre.

Rechazan el **sulfato ferroso**, por los efectos secundarios que produce como el estreñimiento y el olor.

“Esas pastillas nunca me cayeron bien, y por eso yo siempre les he preguntado si hay otro medicamento que sea mejor, pero dicen que no porque eso nomás manda el Estado y si quiero otras debo comprarlo en la farmacia... El sulfato ferroso nos dan en el centro de salud, pero nosotros no lo tomamos. Acá tenemos muchos alimentos en el monte tenemos todo tipo de verdura, pescados, animales”. (Entrevista, madre, Huampami).

También, y especialmente en los días previos al parto, se hace uso de “vegetales” o plantas medicinales (ajengibre o piripiri) a fin de reducir los dolores del parto y la posibilidad de hemorragias.

“Las mujeres en los días previos al parto empiezan a tomar unas plantitas, ajengibre o piripiri, así para que le pueda calmar el dolor... Hay una planta para que no te duela el dolor, son una hojitas que las mujeres lo conocen”. (Entrevista, madre, Hector Pehas)

El parto en estas comunidades

El parto institucional en la provincia de Condorcanqui se reporta en 29.8% (2007), lo que contrasta con el 83.9% de mujeres que tuvieron algún control durante su embarazo (Bardales et. al., 2009). En las comunidades nativas Awajún y Wampis de esta provincia que se visitaron, la mayoría de los partos se dan en el domicilio y se consideran un evento familiar y privado.



El escaso uso de los servicios de salud para dar a luz se debe, además de las preferencias culturales de los Awajún y Wampis, a que **los establecimientos de salud de la zona no ofrecen la adecuación necesaria para cubrir las expectativas de las mujeres y su familia**. Esto último, pese a que el Ministerio de Salud del Perú contempla entre sus normas el parto vertical con adecuación intercultural donde sea requerido. A las distancias culturales, se suma la poca confianza en los servicios de salud, las grandes distancias geográficas a mismos y los costos del transporte (101).

Se busca un ambiente apropiado para el parto dentro de la casa o en la chacra. Allí, el marido construye un tambo (choza elaborada con palos y techo de yarina o palmera). También, se ubican las maderas o postes donde se puede sujetar la madre y presionar el vientre para la expulsión del niño.



Espacio preparado para el parto, en el cual se aprecian los postes o estacas de madera de los cuales la mujer se sostiene y con los que se presiona el vientre para que salga el niño. En el suelo se observa el plástico en el cual caerá el niño al momento de nacer. También se observa una madera inclinada en la cual la madre se acuesta por momentos durante el parto a fin de descansar para luego volver a pujar. Finalmente, la cama elevada para la madre después del parto.

Otro de los preparativos más importantes es reunir las plantas medicinales que se utilizarán para facilitar el parto, reducir el dolor, o calmar las hemorragias. Entre estos vegetales tenemos: ajengibre, piripiri (*Eleutherine bulbosa*) y toé (*Brugmansia sanguínea*). Algunos de ellos son cultivados por las mismas madres a fin de tenerlos a la mano en la fecha de parto; otras veces, son las otras mujeres de la familia (mamá de la gestante o sus hermanas) quienes les llevan estas plantas y sus preparados.



Madre Awajún mostrando el tallo de la planta piripiri, para controlar la hemorragia.

El parto ocurre usualmente en el domicilio o chacra. Se asume como un evento natural en el que la mujer madre tiene un rol activo y protagónico, pudiendo ser ayudada por el esposo y parientes femeninos. En algunos casos también intervienen mujeres con experiencia en la atención del parto o parteras. Muchas veces, la mujer busca iniciar este proceso estando sola por la vergüenza de que le vean sus genitales, así como también de que los demás escuchen sus gritos debido a las contracciones durante el parto.



Figura 3. Mujer en proceso de parto haciendo uso de la madera.

La mujer suele dar a luz arrodillada sosteniéndose con los brazos de la madera especialmente acondicionada para ello una vez expulsado el recién nacido, la madre pide ayuda a otros miembros de la familia, quienes en primer lugar, brindan atención al niño, para luego cortar el cordón umbilical y ayudar en la expulsión de la placenta.

El corte del cordón umbilical se realiza de manera tardía y obedece a una serie de indicadores que son parte de los conocimientos de las madres Awajún y Wampis, una vez cortado el cordón umbilical, éste es amarrado (en el niño) con fibras de una palmera llamada chambira o, más recientemente, con hilo. Luego, se espera unos días que se caiga para ser enterrado mediante un rito dirigido a garantizar una vida prolongada para el recién nacido y evitar complicaciones post parto en la madre. La placenta es enterrada dentro de la casa para garantizar la salud de la madre puerpera y asegurar el fuerte vínculo entre el recién nacido y su comunidad. Se le trata como un hijo más, por lo que no puede ser botada ni quemada. Al igual que en el caso del cordón umbilical, esta práctica se basa en ritos ancestrales que dan una tranquilidad emocional a la madre y la familia (100).

“La placenta se entierra para que el niño no sea vago y no se vaya de la casa sino más bien para que esté siempre en la familia y ese lugar es como una cuna donde para siempre, además es una forma de demostrar que la placenta es un ser humano y no se le puede botar ni en el agua, ni quemar, ni dejar en otro lado. Por eso es que los huambisa o los aguaruna nos casamos con los de nuestra comunidad pues porque es como un secreto que une la placenta con la comunidad”. (Grupo focal, madres, Alto Kanampa).



Madre Awajún haciendo uso del tarashi.

Mujer Awajún mostrando un manto de kamush

Créditos: Bardales Alejandro 2010

2. OBJETIVOS: Los objetivos que se plantean se basan en los determinantes de salud:

2.1 OBJETIVO GENERAL

Creación del programa para la atención integral del embarazo, parto y post parto con adecuación cultural como estrategia para disminuir la tasa de mortalidad materna en zonas rurales de Cajamarca y Amazonas - Perú.

2.2 Objetivos específicos

- 1.-Instaurar el programa de atención integral en el embarazo, parto y post parto en las zonas rurales de Cajamarca y Amazonas de Perú.
- 2.-Difundir el programa de atención integral en embarazo, parto y post partos a los Ministerios de Salud, Educación, Agricultura, Mujer, Economía, Gobierno regional de Cajamarca y Amazonas junto con los Ayuntamientos para formar alianzas estratégicas.
- 3.- Coordinar con los ayuntamientos el sustento de agua potable y locales comunales.
- 4.- Captar, capacitar a todas las parteras de las zonas rurales como Agentes de Salud y puesta en marcha del programa.
- 5.-Difundir y fomentar el programa a toda la población en general.
- 6.- Instaurar un sistema de vigilancia del estado nutricional de las mujeres embarazadas, en coordinación con los programas de complementación nutricional (Ministerio de Desarrollo, Ministerio de Agricultura).
- 7.- Coordinar con el ministerio de agricultura la formación y capacitación para la comercialización de sus productos con vista a aumentar el ingreso familiar
- 8.- Promover el empoderamiento de la mujer y la igualdad entre los sexos a través del Ministerio de la Mujer.
- 9.- Disminuir la tasa de mortalidad materno perinatal

3. DESARROLLO Y EJECUCION DEL PROYECTO

3.1 POBLACION DE REFERENCIA

El presente Plan es de aplicación a todas las mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, que residan en zonas rurales de los Departamentos de Amazonas y Cajamarca en coordinación con las Direcciones Regionales de Salud, y sus respectivos Establecimientos de Salud, así como en los Hospitales de las respectivas provincias que corresponda.

Dicho Plan puede servir de referencia a otros subsectores que se comprometan en el trabajo coordinado por la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

3.2 METODOLOGIA

A nivel Institucional

Se coordinará con los diferentes Ministerios (Salud, Mujer, Educación, Agricultura etc.), los Gobiernos Regionales de Cajamarca, Amazonas y los Ayuntamientos de las zonas a intervenir reuniones en los que se acuerde poner en marcha el programa.

El objetivo de dichas reuniones será lograr un presupuesto y formar alianzas de coordinación.

Con el Ministerio de Salud se coordinará:

- La provisión de medicinas, equipamientos básicos para la atención en el control prenatal y parto.
- El uso de ambulancias para la referencia y contra referencia en las emergencias obstétricas perinatales.
- La coordinación con el personal de salud de los Hospitales/Centros de Salud la derivación de mujeres embarazadas y/o partos de Alto Riesgo Obstétrico.
- Así también la referencia y contra referencia en Emergencias Obstétricas y Neonatales
- Se solicitará apoyo de personal de salud (psicólogos, nutricionistas y otros profesionales) según se requiera.

Con el Ministerio de la Mujer para la capacitación de las Agentes de Salud (parteras) en temas de violencia de género y empoderamiento de la mujer para la igualdad de sexos.

Con el Ministerio de Educación:

- Se coordinará la puesta en marcha del programa de Alfabetización a todas las mujeres que no tengan estudios o tengan estudios inconclusos.
- Con la Dirección Regional de Educación de Cajamarca y Amazonas para poner en conocimiento a todos los colegios de la zona “El programa de Alfabetización en zonas desfavorecidas”.

- Con los Directores de los Colegios/Escuelas de la zona, el uso de espacios, aulas y el programa curricular para dar inicio al programa en el mes de Abril mes de inicio del año escolar.

Con los Alcaldes de los Ayuntamientos

- Solicitaremos a los ayuntamientos de las zonas rurales de Cajamarca y Amazonas locales para adaptar a “Casas de Espera”
- La provisión de depósitos de agua potable y sistema de alcantarillado en las zonas que no cuentan con estas.
- Equipos para la implementación de las Casas de Espera, como sillas, mesas, y resto de mobiliario.

Con el ministerio de Agricultura se coordinara la provisión de alimentos nutritivos a la población y se impulsará la comercialización de sus productos agrícolas.

La implementación de este paso se alinea con el eje conceptual, “Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención”. Es un paso clave para el resto de las actividades de implementación del modelo.

Se coordinará una reunión con los encargados de las entidades respectivas para plantear nuestro programa y la puesta en marcha del mismo.

A nivel de la población

Se organizará a las comunidades junto con el apoyo de los dirigentes comunales la vigilancia activa en el cuidado materno perinatal.

Se capacitará a Agentes de Salud (varones y mujeres) en temas de salud sexual y reproductiva para brindar charlas en dichas zonas a los jefes de familia y las mujeres de cada comunidad respectivamente.

A nivel individual

Estrategias de Intervención

a) Las casas de espera:

Se potenciará el número de las casas de espera, en puntos estratégicos donde presentan mayores tasas de mortalidad materno perinatal, con el fin de garantizar una atención por personal cualificado y/o profesional de salud según se requiera.

b) Agentes comunitarios de salud

- Tendrán un rol activo y coordinado que es este caso serán los (las) parteras de la zona con los líderes comunitarios y la población en general.
- Formarán parte del Equipo de trabajo del Programa para ejercer desde la promoción del programa, hasta lograr los cambios de estilos de vida saludables.

Sistema de vigilancia de la comunidad

- Instaurar un radar de gestantes que se tiene a nivel de todas las zonas.
- Crear un comité de evacuación comunitaria de emergencias por cada zona.

Responsabilidad social

Promover el voluntariado social en las acciones de la salud sexual y reproductiva con apoyo de los líderes comunitarios y de las etnias amazónicas.

Comunicación social

- Diseñar y producir material informativo y educativo de las prestaciones que se realizan en las casas de espera y las enseñanzas por parte de los agentes de salud, y todas las actividades que se pondrán en marcha con el inicio del programa.
- Desarrollar acciones de difusión mediante la radio, megafonía, así como medios interpersonales y comunitarios, de forma permanente.
- Involucrar personajes públicos de la zona, para sensibilizar a toda la población.

3.3 DESARROLLO DEL PROGRAMA

El programa se dará inicio en el mes de Enero coincidiendo con los meses de vacaciones de los niños, donde la población contará con mayor tiempo.

Primera y segunda semana de Enero se realizara reunión con los encargados de los Ministerios, Gobiernos Regionales y Directores de Hospitales y Centros de Salud de la zona, elevando nuestro programa para una partida presupuestal.

Después se encargará una reunión de compromiso con los Alcaldes de la zona, para dar a conocer el programa, y buscar su apoyo, se solicitará el abastecimiento de agua potable y aprovisionamiento de locales comunales.

La segunda quincena de Enero se realizará la captación de las parteras y Líderes comunitarios en todas las zonas a intervenir por parte del Equipo del Programa.

Reunión con los Líderes Comunitarios para exponerles el programa buscando su aprobación y apoyo.

Febrero y Marzo: Se realizará la capacitación de los (las) parteras como Agentes de Salud será de prioridad puesto que será el nexo estratégico entre el Equipo de Salud y la Población en general, dicha capacitación intensiva será durante los 2 primeros meses mediante la formación de Talleres teóricos y prácticos, luego realizaran una pasantía por un hospital para ver y reconocer riesgos obstétricos perinatales, que estará a cargo por el Equipo del programa y luego continuará su formación 2 días al mes cada 2 meses de forma permanente en otros ámbitos para continuar complementando su formación.

- El objetivo de la formación como Agentes de Salud: Fortalecer el rol de los agentes comunitarios de salud para desarrollar acciones de promoción, prevención y atención de gestantes para contribuir en su salud. Junto a las familias y comunidad en general.

Febrero y Marzo se acondicionará las Casas de Espera, el aprovisionamiento de agua potable en puntos estratégicos.

En el mes de Marzo y Abril se hará el proceso de difusión de forma masiva con el fin de captar el interés de toda la población, mediante la Radio Local que es un medio muy escuchado por toda la población, trípticos, carteles que será atractivos para todas las mujeres de los pueblos a intervenir, los Líderes comunitarios ejercerán de comunicadores en las reuniones que organicen en su comunidad, Las (los) Agentes de Salud irán difundiendo verbalmente de persona a persona y a la comunidad todos los beneficios que tiene el programa, luego se continuará con la difusión por radio que será intermensual o de acuerdo a la demanda de las usuarias.

El programa de Alfabetización se iniciará en Abril en el inicio del año escolar y culminará en Diciembre, el horario será de 2 horas y media (horas académicas) 3 veces a la semana, en el horario mañana, tarde o noche según demanda, se buscará el apoyo de los ayuntamientos para contar con movilidad sobre todo en zonas inaccesibles, al culminar el año escolar, se premiará con becas y subsidios a todas las que asistan de forma constante, además se expedirá certificados de estudios, habrá una Cuna para el cuidado de los niños en las horas de clases. Con miras para la igualdad de sexos y empoderamiento de la mujer se impulsará la culminación de los estudios primarios y secundarios con el objetivo de seguir formándose en carreras técnicas

Los talleres de Nutrición se iniciarán en Abril, 2 veces al mes y se hará todos los meses los 6 primeros meses luego intermensual.

El programa de abastecimiento de alimentos se iniciará en Abril y será permanente durante la permanencia del programa.

A partir del mes de Abril, El Ministerio de Agricultura se encargará de abastecer insumos agrícolas ya sea por subsidio o menor coste para la siembra de productos con el comercio posterior a la Caja Agraria (Ministerio de Agricultura), a fin de contar con ingresos monetarios, este subsidio será de forma permanente mientras dure el programa, para ello es necesario capacitar a las mujeres en ventas de cara para formar microempresas.

El taller de socio dramas se iniciará en Mayo a cargo de la psicóloga del MINSA en un local comunal después de las reuniones comunales y se hará cada 2

meses, cuyo objetivo es sensibilizar a la población. El taller es dinámico e interactivo con teatros y vivencias de la zona.

El taller de autoestima, se realizará durante 2 hrs. se coordinará con los líderes comunales el día y hora previo a cada taller, se iniciará en Junio durante todo el año escolar, previa sensibilización con el taller socio drama.

Cada taller es dinámico e interactivo, acompañado de material audiovisual, teatro, vivencias y actividades que las embarazadas desarrollaran durante el taller.

En Abril se dará inicio al Programa de Atención de partos ya sea en Casas de Espera o Partos domiciliarios donde el grueso de la población ya tendrá conocimiento del mismo.

Una matrona acompañara a la partera en la atención de partos domiciliarios con el objetivo de supervisar y/o apoyar en la atención al parto y recién nacido.

A partir de Abril: se puede hacer uso de las “Casas de Espera” que estarán adaptadas según las costumbres y cultura de la población, abiertas las 24 horas del día durante los 365 días al año, estarán a cargo de las matronas junto con las parteras quienes ayudarán y/o atenderán los partos con adecuación cultural según la población lo requiera. Habrán cuidadoras quienes ayudarán en la preparación de los alimentos y cuidados de las mujeres pre, durante y el post parto.

Por otro lado se buscará erradicar la violencia de maltrato en el hogar y violencia de género dando a conocer a todas las mujeres sus derechos y cómo actuar frente a un caso de violencia y/o maltrato

Al final del programa (1 año) se analizaran los resultados para verificar el logro de los objetivos trazados. Los objetivos a largo plazo se analizaran posteriores a la continuidad del programa en un periodo de 5 años.

Cada mujer embarazada que ingrese a participar al programa lo hará por su propia voluntad sin obligatoriedad o coacción y para ello deberá firmar o poner su huella digital autorizando su participación.

El programa cuenta con objetivos a corto, mediano y largo plazo. El programa está estipulado para un año con posibilidad de continuidad y permanencia.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MESES												3 años	5 años	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Compra de materiales y equipos															
Instalación del equipo multidisciplinar para iniciar el programa															
Para alcanzar el Objetivo 1															
Coordinación con los Alcaldes el inicio del programa															
Para alcanzar el Objetivo 2															
Coordinar con los Ministerios de Salud, Mujer, Agricultura, Educación y Gobierno Regional de Cajamarca y Amazonas.															
Conocimiento a los Directores de los Centros de Salud y Hospitales															
Puesta en marcha la Alfabetización.															
Para alcanzar el Objetivo 3															
Coordinación con los Ayuntamientos el agua y desagüe.															
Coordinación con los Ayuntamientos locales para adaptar “Las casas de Espera”.															
Para alcanzar el Objetivo 4															
Captación de parteras de todas las zonas rurales															
Captación de los Líderes Comunales															
Formación a las parteras de las zonas como Agentes de Salud															
Puesta en marcha del programa con las parteras capacitadas															
Para alcanzar el Objetivo 5															
Difusión masiva del programa (radio, paneles, folletos, agentes)															
Crear un mapa de las embarazadas de todas las zonas rurales.															

Para alcanzar el Objetivo 6													
Instaurar un programa de alimentación-nutrición de abastecimientos de los alimentos.													
Taller demostrativo de preparación de alimentos.													
Para alcanzar el Objetivo 7													
Capacitar a las mujeres de como emprender un negocio.													
Distribuir insumos agrícolas (subsido/menor coste) para su siembra y cultivo.													
El ministerio hará la compra directa de los productos cultivados.													
Para alcanzar el Objetivo 8													
Realizar socio dramas para toda la población en general													
Talleres de autoestima y derechos de las mujeres													
Formación en manualidades y en ventas													
Creación de mercados laborales con participación femenina													
Dar incentivos a empresas que contraten mujeres													
Para alcanzar el Objetivo 9													
Solicitar los datos estadísticos de mortalidad materno perinatal a la Dirección Regional de Salud de Cajamarca y Amazonas y el Ministerio de Salud.													
Coordinar con los Directores de los Centros de Salud las estadísticas de los partos institucionalizados.													
Recogida y evaluación del programa													
Presentación de los resultados obtenidos													
Evaluar la continuidad del programa													

3. 4 Actividades para alcanzar cada objetivo

1.- Instaurar el programa en la población a intervenir				
Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia Medición	Evaluación
1.- Reunión y Coordinación con los Alcaldes y demás autoridades de los Ayuntamientos para dar a conocer la puesta del programa con el fin de plantear la problemática que adolece la población y solicitar acuerdos posteriores que faciliten la marcha del programa.	Alcaldes y autoridades de los Ayuntamientos Equipo de trabajo del programa	Conocimiento y aprobación del programa al 100%.	Al inicio del instaurado el programa.	Acuerdo de compromiso con los Líderes de cada comunidad para el apoyo en el programa.

2.- Difundir el Programa Prevención de Mortalidad Materna Embarazo, parto en zonas rurales a todas las Instituciones Públicas				
Actividades	Recursos	Indicador	Frecuen. Medición	Evaluación
<p>1.- Reunión y Coordinación con los Ministerios de Salud, Mujer, Agricultura, Educación, Economía y Gobierno Regional y Ayuntamientos de Cajamarca y Amazonas para formar alianzas estratégicas con el objetivo de firmar resoluciones para poder desarrollar el programa.</p> <p>2.- Difundir el programa a los Directores de los Centros de Salud y Hospitales de Referencia.</p> <p>3.- Inicio de Alfabetización</p>	<p>Autoridades encargadas de los Ministerios de Salud, Mujer, Agricultura, Educación, Economía y Gobiernos Regionales. Directores de los Colegios de la zona.</p> <p>Directores de los Centros de Salud y Hospitales. Profesionales de la Salud de las Regiones de Cajamarca y Amazonas</p> <p>Profesores de Alfabetización</p>	<p>Aprobación y ejecución del programa al 100%</p> <p>Aprobación al 100% del programa.</p> <p>Tener un mapa 100% de gestantes no controladas en los establecimientos de salud.</p>	<p>Al inicio del programa</p> <p>Al inicio del programa</p>	<p>Resolución aprobatoria del Gobierno Central con una partida presupuestal para su ejecución al inicio del programa.</p> <p>Los datos estadísticos en salud de cada zona a intervenir.</p> <p>Número de alumnas inscritas en el programa</p> <p>Hoja de Asistencia diaria a las escuelas</p> <p>Incremento en el número de escuelas básicas</p>

3.-Coordinar con los ayuntamientos el sustento de agua potable y locales comunales				
Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia Medición	Evaluación
<p>1.- La provisión de depósitos de agua potable en zonas desbastecidas como primera medida de salud pública, así como la puesta de un sistema de alcantarillado.</p> <p>2.-Solicitaremos a los Ayuntamientos de las zonas rurales, locales en lugares estratégicos para adaptar a “Las casas de Espera”.</p>	<p>Alcaldes de los Ayuntamientos.</p> <p>Presidente del Gobierno Regional de Cajamarca y Amazonas</p>	<p>Cobertura al 100% de agua y desagüe</p> <p>Habilitación de los locales al100%</p>	<p>A los 3 meses de la puesta en marcha del programa y a los 6 meses</p> <p>Al inicio del programa, semestral y</p>	<p>Encuesta de opinión y sugerencias de la población.</p> <p>Uso de agua y sistema alcantarillado</p> <p>Funcionamiento de los locales como Casas de Espera</p> <p>Encuesta de grado de satisfacción de la población.</p>

4.- Captar, capacitar y puesta en marcha la atención de partos				
Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia Medición	Evaluación
<p>1.-Captación de parteras de todas las zonas rurales.</p> <p>2.-Formación mediante talleres teórico practico a las parteras de las zonas como Agentes de Salud en temas de parto limpio, cuidados del recién nacido, cuidados en el hogar, salud sexual y reproductiva, fecundidad y embarazo, serán capacitadas en promoción y prevención en salud.</p> <p>3.-Atención de partos domiciliarios y/o en Casas de Espera por personal cualificado</p> <p>4.- Consulta móvil por cada pueblo según fechas programadas</p>	<p>Las personas que ejerzan como parteras en las zonas rurales.</p> <p>Equipo de trabajo del programa</p> <p>Matronas</p>	<p>90% de parteras capacitadas</p> <p>100% en Atención de partos limpio y seguro.</p> <p>Conocimientos en un 100% en cuidados materno perinatal.</p> <p>Aceptación por la población al 100% la instauración y continuidad del programa.</p> <p>Disminuir la tasa de mortalidad materno perinatal a 63/100 000 nacidos vivos en la zona.</p>	<p>Al inicio del programa</p> <p>A los 2 meses de la ejecución del programa junto con el inicio de partos domiciliarios y casas de espera.</p> <p>Al inicio y semestral de la ejecución del programa.</p> <p>Al año de inicio del programa.</p>	<p>Talleres teórico y práctico y evaluación por matronas.</p> <p>Evaluación visual por un profesional de salud en la ejecución correcta de un parto seguro y durante la etapa pre y post natal.</p> <p>Encuesta de opinión de la población.</p> <p>Disminuir el número de muerte maternas</p> <p>Aumentar el número de controles de embarazo y puerperio.</p> <p>Datos estadísticos de los Centros y Hospitales de la zona.</p>

5.- Difundir y fomentar el programa a toda la población en general				
Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia Medición	Evaluación
<p>1.-Difusión del “Programa de Prevención de la Mortalidad Materno Perinatal” en las zonas rurales de Cajamarca y Amazonas a través de la radio, paneles, folletos, agentes de salud.</p> <p>2.-Crear un mapa de las embarazadas de todas las zonas rurales.</p> <p>3.- Realizar el control durante el embarazo</p> <p>4.- Atención de partos en domicilio y/o Casas de Espera.</p> <p>5.- Establecer comités de coordinación en la transferencia de mujeres embarazadas en situaciones de emergencia con participación de la comunidad.</p>	<p>.</p> <p>El consumo por la población de víveres perecibles y no perecibles de todas las zonas a intervenir.</p> <p>Asistencia a los talleres sobre nutrición</p> <p>.</p>	<p>Cobertura de uso en 90% de parto por personas cualificado</p> <p>Cobertura de 80% de control prenatal</p> <p>Atención integral materno perinatal 70%</p> <p>Disminuir la tasa de desnutrición al 50% del valor actual.</p> <p>Disminuir la tasa de morbi-mortalidad materno perinatal</p>	<p>Durante los 6 primeros meses continuos, luego cada 3 meses hasta culminar con el proyecto.</p>	<p>Uso de los servicios del programa.</p> <p>Encuesta de grado de satisfacción de la población sobre la atención de partos según el programa.</p>

Objetivo 6: Instaurar un sistema de vigilancia del estado nutricional de las mujeres embarazadas				
Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia Medición	Evaluación
<p>Instaurar un programa de alimentación-nutrición de abastecimientos de los alimentos básicos a la población vulnerable.</p> <p>Taller demostrativo de preparación de alimentos a cargo de la Nutricionista</p>	<p>Víveres perecibles y no perecibles del Programa de Nutrición del Ministerios de Desarrollo y Agricultura.</p> <p>Programa de nutrición sana a cargo del Ministerio de Desarrollo y Agricultura.</p> <p>Nutricionista.</p>	<p>Disminución de las tasas de desnutrición en un 70% a nivel de la población a intervenir.</p> <p>Participación de la población en un 90%</p>	<p>Los tres primeros meses luego trimestral</p>	<p>Medidas antropométricas (IMC) y laboratorio.</p> <p>Encuestas en los participantes de los talleres.</p> <p>Concursos gastronómicos con productos nutricionales de la región.</p> <p>Asistencia a talleres sobre nutrición</p>

Objetivo 7: .- Coordinar con el ministerio de agricultura la capacitación para la comercialización de sus productos con vista a aumentar el ingreso familiar				
Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia Medición	Evaluación
<p>1.-Capacitar a las mujeres de la zona de como emprender un negocio con los productos alimenticios que producen.</p> <p>2.-El ministerio de agricultura se encargará de distribuir los insumos agrícolas (subsidio/menor coste) para su siembra y cultivo respectivamente.</p> <p>3.-El ministerio de agricultura a través de una Caja Agraria hará la compra directa de los productos cultivados a un precio base.</p>	Presupuesto para la ejecución del programa desde el Ministerio de Agricultura y Gobierno Regional.	<p>Venta al 100% de los productos agrícolas de la zona mediante el Ministerio de Agricultura.</p> <p>Disminuir el índice de pobreza al 30% en Cajamarca (52 al 57% cifra actual 2014)</p> <p>Disminuir el índice de pobreza al 20% en Amazonas (35% al 48% cifra actual)</p>	A partir del 3º mes de inicio del programa	<p>Mayor ingreso per cápita por hogar</p> <p>Mayor gasto per cápita por hogar.</p>

Objetivo 8: Promover el empoderamiento de la mujer y la igualdad entre los sexos a través del Ministerio de la Mujer				
Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia Medición	Evaluación
<p>1.- Promover la culminación de estudios primarios y secundarios entre las mujeres mayores de 15 años.</p> <p>2.- Realizar cursos de formación en manualidades y en ventas</p> <p>3.-Promover la igualdad mediante iniciativas comunitarias</p> <p>4.- Creación de mercados laborales fomentando la participación femenina para la venta de sus productos los días domingos.</p> <p>5.- Dar incentivos a las empresas que contraten mujeres.</p> <p>6.- Talleres de autoestima y derechos de las mujeres</p>	<p>Psicóloga bilingüe (quechua, Awajun etc.)</p> <p>Los Agentes de Salud</p> <p>Incentivos monetarios o víveres.</p> <p>Docentes bilingües de los Colegios de la zona.</p> <p>Formador(a) en manualidades y comercio</p> <p>Movilidad en coordinación con los ayuntamientos de la zona</p> <p>Disminuir los impuestos de las empresas que contraten mujeres.</p> <p>Formadores del Ministerio de la Mujer</p>	<p>Disminuir la tasa de Analfabetismo al 5%</p> <p>Lograr el 90% de la graduación entre todos las que estudian.</p> <p>Las mujeres tienen que tener la misma proporción de trabajo que los varones.</p> <p>Disminución en el 50% de la tasa de pobreza en zonas rurales.</p> <p>Disminuir al 5% la violencia doméstica y de género.</p>	<p>Al inicio del programa, y mensual durante los primeros 6 meses, luego semestral.</p>	<p>Incremento en el número de escuelas para adultos</p> <p>Hoja de Asistencia diaria a las escuelas.</p> <p>Certificados de aprovechamiento escolar.</p> <p>Venta de los productos que ofrecen (manualidades, artesanías etc.).</p> <p>Incremento de las mujeres en la plantilla de las empresas</p> <p>Creación de microempresas</p> <p>Funcionamiento de los mercados laborales</p>

9.- Disminuir la tasa de mortalidad materno perinatal				
Actividades	Recursos	Indicador	Frecuencia Medición	Evaluación
<p>1.-Solicitar los datos estadísticos de mortalidad materno perinatal a la Dirección Regional de Salud de Cajamarca y Amazonas y el Ministerio de Salud.</p> <p>2.-Coordinar con los Directores de los Centros de Salud las estadísticas de los partos institucionalizados.</p>	<p>Datos estadísticos del Centros de Salud</p> <p>Datos estadísticos de los Hospitales de Referencia de Cajamarca y Amazonas</p> <p>Equipo de trabajo del proyecto.</p>	<p>Disminución de la tasa de mortalidad materno perinatal a 63/100 000 nacidos vivos, meta de la OMS.</p> <p>Cobertura de atenciones pre-natales al 95%</p>	<p>A los 3 meses y semestral</p> <p>Anual por Instituto Nacional de Estadística</p>	<p>Número de Atenciones de Parto y Recién Nacido por personal cualificado.</p> <p>Número de Controles de embarazo, por personal cualificado</p> <p>Numero de referencias de embarazos de riesgo y parto distócicos a los hospitales de referencia.</p>

4.-Recursos Humanos y Materiales

4.1.- Funciones de los Recursos Humanos

Recursos Humanos	Funciones
Matrona	Capacitar a las parteras de las zonas rurales en parto limpio y seguro. Formar a las parteras como Agentes de Salud en cuidados integrales de la mujer y el Recién Nacido. Supervisar y/o atención de los partos domiciliarios o en las casas de espera. Controles de embarazo, valorar analíticas, dar suplementos nutricionales, referir los embarazos de alto riesgo obstétrico a sus respectivos centros de salud previa sensibilización por la Agente de Salud (parteras).
Nutricionista	Se encargara de realizar talleres sobre nutrición y preparación de alimentos. Se encargara de valorar el nivel de nutrición de todas las embarazadas
Psicóloga	Se encargará de realizar los talleres de autoestima y seguridad en las mujeres
Docentes	Se encargaran de Alfabetizar
Parteras	Las parteras capacitadas, ejercerán como Agentes de Salud, tienen que tener dotes en saber hablar, preguntar, escuchar, observar: Organizaran a las familias, ejerciendo como comunicadora respecto a las creencias, experiencias de la madre, importancia de las vacunas del recién nacido, cuidados para evitar enfermedades en niños menores de 5 años. Organizaran a las mujeres embarazadas, ejercerá como comunicadora sobre los cambios en el embarazo, signo de alarma, sensibilizara sobre la importancia de la nutrición, proceso de parto. Durante el post parto vigilará a la puérpera en su casa por 7 días seguidos, vigilando la evolución, enseñando la lactancia materna y todos los cuidados inmediatos del Recién Nacido y señales de peligro durante los 2 primeros meses, señales de peligro del post parto, bajo la supervisión de la matrona si es necesario. Se sensibilizará a todas las mujeres sobre el maltrato y violencia de género. Salud sexual y reproductiva A la comunidad ejercerá funciones de comunicadora, sobre los cuidados de las madres, la alimentación en el embarazo y post parto.

Cualidades y Perfil del Equipo de Programa

Matronas:

- Tener capacidad de empatía
- Saber hablar la lengua quechua, awajun o la lengua de la zona
- Ser preferiblemente de la zona porque conoce la problemática de la misma y como estrategia para llegar a la población en general.
- Estar formada en Salud Pública o experiencia en
- Brindar un trato horizontal a toda la población

Agentes de Salud (Parteras)

- Vive en la comunidad.
- Es reconocido (a) por la comunidad.
- Su trabajo es voluntario.
- Tiene vocación de servicio.
- Tiene deseos de aprender, compartir y aplica lo aprendido.
- Enseña con el ejemplo (practica lo que promueve).
- Respeta la cultura y tradiciones de su comunidad.
- De preferencia sabe leer y escribir.
- Mantiene y promueve buenas relaciones interpersonales.

4.2 COLABORACIONES INSTITUCIONALES

Colaboraciones Institucionales:

- Ministerio de Salud.
- Ministerio de Educación
- Gobierno Regional del Cajamarca y Amazonas
- Dirección Regional de Salud de Cajamarca y Amazonas.
- Hospitales y Centros de Salud de Cajamarca y Amazonas
- Ministerio de la Mujer
- Ministerio de Economía
- Ministerio de Agricultura

4.3. Presupuesto por cada distrito de Provincia a Intervenir (Coste en euros)

RECURSOS HUMANOS	Nº de Trabajadores	Coste al Mes	Coste al Año	Coste total anual
Matronas	2	572,00	6.864,00	13.728,00
Parteras	4	250,00	3.000,00	12.000,00
Nutricionista	1	150,00 (Tiempo Parcial)	1.800,00	1.800,00
Limpieza	2	100,00	1.200,00	2.400,00
Cuidadora	1	200,00	2.400,00	2.400,00
Psicologa	1	Financiado por el <u>ministerio</u> de la salud		
RECURSOS MATERIALES				
Mini Furgoneta (En alquiler)	1	130,00	1.560,00	1.560,00
Publicidad (Rádio, Folletos,Banner)	300,00 , y resto subvencionado por los ayuntamientos (Anual)			
Equipos, Materiales y otros				
Equipo completo de atención al parto	10 Equipos	Se solicitará al Ministerio de Salud		
Kit's desechables (Guantes,empapadores, compresas,jabón)	100	5,00	--	500,00
Tensiómetro	3	Se solicitará al Ministerio de Salud		
Equip. de Rean.neonatal	1	Se solicitará al Ministerio de Salud		
Balanza Pediátrica	1	Se solicitará al Ministerio de Salud		
Lámpara cuello ganso	2	Se solicitará al Ministerio de Salud		
Asiento de madera circular de 30x45 cm alt.	10	10,00	100,00	100,00
Dos sillas	Se pedirá donación a los ayuntamientos			
Vitrina para guardar medicinas	Préstamo del Centro de Salud			
Camas	6	Se pedirá donación a los ayuntamientos		
Estufa de leña	1	80,00	80,00	80,00
Ordenador	2	300,00	600,00	600,00
Impresora	1	50,00	50,00	50,00
Banquito pequeño 50 cm de alto	Donación			
Argolla de metal o madera instalada en el techo	Donación			
TOTAL COSTES	35.218,00 euros			

Resumen

La salud sexual y reproductiva es un tema prioritario en Perú. Es imprescindible proveer a la mujer una atención continua, que se inicia con los cuidados en la etapa pre concepcional y prosigue durante el embarazo, el parto y el puerperio incluyendo la atención del recién nacido. Perú aun no muestra un adecuado descenso para lograr la meta del Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio propuesto por la Organización Mundial de Salud, que actualmente tiene una tasa de mortalidad materna de 93/100 000 nacidos vivos, continua siendo un problema de salud pública de alta prioridad especialmente en las zonas rurales.

Según la OMS el 95% de las muertes maternas pueden prevenirse, las estrategias propuestas por el Ministerio de Salud de Perú no están dando resultados, el porcentaje de cobertura de partos institucionalizados en zonas rurales aún es muy bajo por lo que el riesgo de muerte materna es inminente porque aún existen fallos en la calidad de atención, el trato vertical del personal de salud, la falta de adecuación cultural a pesar de que la norma está vigente.

Si bien es cierto que los determinantes socioeconómicos, culturales y ambientales son factores clave que intervienen en la disminución de la morbilidad y mortalidad maternas, en el sector de la salud pueden tomarse ciertas medidas concretas destinadas directamente a su disminución: entre ellas son la organización de los servicios de salud para mejorar los servicios para la mujer en cuestiones de planificación familiar, atención antes del embarazo, en el período prenatal, en el parto y el puerperio respetando su cultura.

La creación del “Programa de Prevención para disminuir la Mortalidad Materna en zonas rurales de Perú”, no pretende promover la atención de partos no institucionalizados, sino que busca como estrategia contribuir a un mejor conocimiento de la diversidades culturales y prácticas comunitarias relativas a la salud materna y del neonato, particularmente en zonas de exclusión social y escaso acceso a los servicios de salud

El propósito final es contribuir a disminuir la mortalidad neonatal mediante la promoción de prácticas comunitarias adecuadas para la atención del parto, y el cuidado de las mujeres embarazadas y los recién nacidos; así como la mejora de la calidad de los servicios de salud materno-infantil y el acceso cultural a los mismos.

6. Bibliografía

- 1.- OMS Mayo 2014 nota de prensa descriptiva disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- 2.- Anderson Jeanine. Mortalidad Materna y derechos humanos en Perú - Vol. XXXVIII, N° 69, segundo semestre 2011: páginas 101-127 / ISSN 0252-1865 Copyright 2011: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- 3.-Estrategias de Cooperación Técnica OPS/OMS Perú 2010-2014 Resumen Ejecutivo Informe del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú – PNUD Lima, 2009 disponible en: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsperuspanish.pdf
- 4.- Leyes y Políticas Públicas de los Derechos Reproductivos - Centro Legal para Derechos Reproductivos – Perú
- 5.- Constitución Política Peruana 1993 vigente actualmente. Capitulo II Artículo 6º y 7º Paternidad y Maternidad responsables, Derecho a la salud. Disponible en <http://www.tc.gob.pe/constitucion.pdf>
- 6.- Norma Técnica para la atención de parto vertical con adecuación vertical Resolución Ministerial N° 598-2005/ MINSA Texto completo disponible: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>
- 7.- *Situación de la Mortalidad Materna en Perú 2000 al 2012*, Lucy del Carpio Ancaya Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. Lima, Perú Médico Recibido: 29-06-2013 ; Aprobado: 04-09-2013 disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/artrevista/pdf/rpmesp2013.v30.n3.a15.pdf>
- 8.- Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015 Ministerio de Salud 2009, Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PlanEstrate09.pdf>
- 9.-Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2010. Lima: INEI; 2011
- 10.-Mortalidad Materna en 2011 Estimaciones elaboradas por OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT>
- 11.- Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. La mortalidad materna en el Perú. Bol Epidemiol (Lima). 2012;21(52):892-6.
- 12.- La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011, Ministerio de Salud – Dirección General de Epidemiología 2013, Consultado el 10/06/2014 Disponible en:

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>

13.- Jorge Calderón, José Bravo. Parto Vertical retornando a una costumbre ancestral. Revista Peruana Ginecol Obstet. 2008; 54:49-57

14.- Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. “Atención por parteras versus otros modelos de atención para mujeres en edad fértil”. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2008, Número 4. Art. n.º: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2

15.- Ley de protección de los Pueblos Indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial. Decreto supremo 008- Año 2007 Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.indepa.gob.pe/PDF/transparencia/Normatividad/INDEPA/REGLAMEN TO%20DE%20LA%20LEY%20PARA%20LA%20PROTECCION%20DE%20PUEBLOS%20INDIGENAS%20U%20ORIGINARIOS%20EN%20SITUACION%20DE%20AISLAMIENTO%20Y%20EN%20SITUACION%20DE%20CONTACTO%20INICIAL.PDF>

16.- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI- Condiciones de vida en el Perú –Boletín Informe técnico N° 2 Junio 2014 Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/condiciones-de-vida-ene-feb-mar-2014.pdf>

17.- Organización Panamericana de la Salud (OPS) Estrategia de Cooperación Técnica OPS/OMS 2010-2014 Lima 2009 Consultado en 10/06/2014 Disponible en: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsperuspanish.pdf

18.- Instituto Nacional de Estadística e Informática Cifras de Pobreza 2013, consultado el 02/07/2014 Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/informetecnico.pdf

19.- Ministerio de Salud Perú Indicador Parto Institucional a nivel nacional, consultado el 16/07/2014 Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=6&lcobj=1&lcper=1&lcfreq=8/9/2014

20.- Torres, C. (2003). *Equity in Health from an Ethnic Perspective*. Washington, D.C.: PAHO, Public Policy and Health Program Division of Health and Human Development.

21.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo Nacional de Población y Vivienda 2007. Disponible en: <http://webinei.inei.gob.pe:8080/SIRTOD/inicio.html#app=8d5c&49c3-selectedIndex=1&93f0-selectedIndex=1>

22.- Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología – Indicadores Básico de Salud Cajamarca 2011 Consultado el 02/08/2014 Disponible en:

http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=369&Itemid=153

23.-Perú, Ministerios de Salud, Principales causas de mortalidad por sexo. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?06>

24.- Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú – Encuesta Nacional de Hogares 2010, Hogares en situación de pobreza.

25.- Boletín de Epidemiología- Semana N° 29 Año 2013 Gobierno de Salud - Cajamarca

26.- Bardales, Alejandro, et. al 2010 “Estudio sobre dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido, en un área rural andina y amazónica de Perú”. Consultoría realizada para la UNICEF y AECID (Agencia Española de Cooperación Internacional para el desarrollo)

27.- Estudio de Caso, La Muerte Materna en zonas rurales de Perú “Mujeres de Negro” Ministerio de salud Proyecto 2000- 1999.

28.- Dirección Regional de Salud de Amazonas-Oficina de Epidemiología Análisis situacional de salud 2010

29.- Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología – Indicadores Básico de Salud Amazonas 2011 Consultado el 05/08/2014 Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=369&Itemid=153

30.- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI, Censo Nacional 2007 XI Población y VI Vivienda Consultado el 10/08/2014 Disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/#>

31.- Instituto Nacional de Estadística e Informática, Informe técnico – Evolución de la Pobreza Monetaria 2009 -2013 - Lima Mayo 2014

32.- Estado de los objetivos de desarrollo del milenio en la Amazonia Peruana, Elaborado por centro para la Sostenibilidad Ambiental de la universidad Peruana Cayetano Heredia Perú 2011 Disponible virtualmente en www.csa-upch.org

33.- Anderson, J. (marzo, 2001). Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. *Movimiento Manuela Ramos-Proyecto Reprosalud*, primera edición, Lima-Perú

34.- Perú, Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología; United Nations Population Fund. La mortalidad materna en el Perú 2002 - 2011. Lima: MINSa; 2013.

ANEXOS

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACION EN EL PROGRAMA (Lengua Quechua/Awajun)

“Programa de Prevención para Disminuir la Mortalidad Materna en Amazonas/Cajamarca”

Fecha: DD MM AA

Documento de Consentimiento Informado para la participación en el programa:

Yo _____ con DNI: _____,

y domicilio en: _____, por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que me ha informado que el trabajo de parto es un proceso natural que dura varias horas y que está caracterizado por contracciones uterinas que acortan y dilatan el cuello del útero y provocan el descenso del bebé hasta conseguir su expulsión y la de la placenta. Además que se me irá informando todo lo que vaya sucediendo en todo el proceso de parto, y en caso que presenté alguna complicación mi persona o mi bebé se hará uso de medicamentos previa información, y de ser necesario el traslado a un Hospital de referencia para mi recuperación.

.....

Firma de Autorización como resultado de la información recibida

Si no sabe leer ni escribir

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella. Doy fe de haber informado al paciente

Divulgación del programa

La divulgación del programa a través de los medios de comunicación local, en el lenguaje que se utilice en la zona, de forma permanente se utilizará la radio local, la difusión masiva tendrá lugar los meses de Marzo y Abril 2015.

Mencionarán el título del programa, población a la que va dirigida, objetivos del programa, y lugares en los que se va a llevar a cabo. Asimismo se mencionarán todas las actividades que se realizan y los diferentes puntos de información e inscripción con los que el programa cuenta. Se hará uso de la radio local en los horarios de mañana y tarde.

Radio Local: Se mencionará diariamente tanto en el informativo de la mañana y en los intermedio del programa de novela durante la tarde

Trípticos: Se impartirán a la población en general, estará escrito en la lengua que se hable en la zona (Quechua, Awajun), y para los que no sepan leer ni escribir, trípticos con imágenes que sean fáciles de interpretar.



Te acompañaremos a
recibir
a tu bebé



Casa de Espera
Materna

Mamawasi



Instituto de Salud Pública de Perú

Visítanos en:

Local Comunal de Condorcanqui
Local Comunal de Luya
Local Comunal de Utcubamba

Programa de Prevención de
Mortalidad Materna y Perinatal
en Andes

Enero 2015

Programa de prevención para disminuir la mortalidad materna en zonas rurales de Perú

Master en salud pública
Arashelly Huamantica Oroz

Cuidaremos
de ti y tu bebé
desde el principio



*¡Siéntete como en casa
al dar a luz a tu hijo
con todo el cariño
y el cuidado
que te mereces!*



Casa de Espera
Materna

Mamawasi

PANELES

MAMAWASI
AMA MAMCHACUSPA
WACHACUNAYKIPAQ

**CHEYLLAN MUNAYWAN
ALLIN QJALI WAWATA
APAMUWAJ' 'ALUN
MAMATAQ KAWAJ'**

LOCAL: WASI CONCORCANQUI