



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

Ministerio de Salud
Municipios de Quilalí,
Villanueva y Corinto

Diálogo Intercultural para la Atención del Parto, entre la Comunidad y el Personal de Salud

Experiencias de los Centros de Salud:

- “Bello Amanecer” Quilalí
- “Carolina Osejo” Villanueva
- Hospital Primario “José Schendell” Corinto

Managua, Nicaragua, Marzo de 2009



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD



únete por la niñez

Dirección Técnica:

Dra. Ana Marisol Meléndez	Directora Centro de Salud “Bello Amanecer” de Quilalí
Dra. Alma Rosa Cadenas	Directora Centro de Salud “Carolina Osejo” de Villanueva
Dr. William Martínez	Exdirector Hospital Primario “José Schendell” de Corinto

Asistencia Técnica- Metodológica:

Dr. Oscar Núñez	Director Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud USAID/HCI
Dra. Claudia Granja	Consultora UNICEF
Dr. César Rodríguez	Asesor USAID/HCI
Lic. Margarita Sandino	Consultora

Esta sistematización de mejores prácticas de humanización y adecuación cultural del parto, en las unidades de salud de los municipios de Quilalí, Villanueva y Corinto, de los SILAIS de Nueva Segovia y Chinandega, es posible por el apoyo del Pueblo Norteamericano a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional USAID, y su Proyecto de Mejoramiento de Atención en Salud. El Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud de USAID es manejado por URC bajo el contrato número GHN-I-00-07-00003.

Lo descrito en la presente publicación no expresa el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID ni del Gobierno de los Estados Unidos.

Introducción **4**

I. Preparando las condiciones para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto **6**

La unidad de salud municipal toma la decisión y se dispone **6**

El diálogo para la negociación entre mujeres de la comunidad y el personal de salud **7**

II. Las mejores prácticas al implementar los cambios **10**

III. El reto de la humanización y adecuación cultural de la atención del parto es para todas las unidades de salud del MINSA **15**

Anexos

Listado de participantes en el proceso de sistematización **19**

Toda mujer tiene el derecho a la vida, el derecho a la atención y protección de la salud, por lo tanto, tiene derecho a participar activamente en la toma de decisiones informada en todo lo relacionado con su embarazo y parto, para una maternidad segura.

El Dr. Marlon Mairena, subdirector del Centro de Salud “Bello Amanecer” de Quilalí, al referirse a la humanización y adecuación cultural de la atención del parto, afirma: “...algo fundamental es que el personal tenga ganas, actitud y deseos de implementar esta estrategia”, ya que en Nicaragua, como en otros países de Latinoamérica, la estamos aplicando en el sector de salud pública, en varios municipios, sobre todo para la atención a las mujeres del área rural.



La estrategia se fundamenta en el respeto a las mujeres, reconociendo sus tradiciones culturales, mediante la negociación entre usuarias, líderes y personal de salud, a fin de incluir, entre otras acciones, la modificación o adecuación de las prácticas obstétricas/neonatales y el buen trato durante la atención, sobre la base de su derecho a recibir los cuidados de salud indispensables, durante el embarazo, parto y puerperio inmediato, con calidad y calidez, que les garanticen una maternidad segura.

La modificación de las prácticas obstétricas/neonatales se enfoca hacia la eliminación de barreras culturales existentes en los servicios de salud, durante el parto, tales como: impedir el acompañamiento, permitir sólo la posición ginecológica, prohibir las bebidas de hierbas, imponer el tipo de alimento, no proporcionar información, tratar con

descortesía e irrespeto, etc., las cuales son señaladas por las mujeres, porque les dificultan y, en el peor de los casos, les impiden hacer valer su derecho a recibir la atención en salud.

Por lo tanto, la estrategia es considerada como una vía efectiva para contribuir con el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, suscritos por Nicaragua, específicamente en relación con la reducción de la mortalidad materna y perinatal. De igual forma, se corresponde con las políticas de salud, en tanto favorece la accesibilidad de los servicios y el cumplimiento del derecho a recibir una atención con calidad y calidez. Así mismo, forma parte del conjunto articulado de estrategias comunitarias y del sistema de Cuidados Obstétricos Neonatales (CONE) que el Ministerio de Salud (MINSa) está desarrollando.

Los antecedentes de la implementación de la estrategia, en los años anteriores al 2006, consistieron en actividades de información y sensibilización sobre la misma y de promoción y aprovechamiento de la participación comunitaria, apoyados por organismos de cooperación. A éstas corresponde la pasantía realizada en Perú, por un grupo conformado por personal de salud, del nivel central y local, organizada y financiada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Al ir profundizando sobre la importancia de la estrategia para acercar los servicios a las embarazadas, como efecto de los antecedentes mencionados, es que a finales del 2006, el MINSa, con el apoyo de organismos como UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través de su Proyecto de Garantía de Calidad (QAP), hoy HCI¹, así como CARE, Salud sin Límites y otros, inició, poco a poco, la implementación de la humanización y adecuación cultural de la atención del parto en 13 unidades de salud municipales, pertenecientes a 7 Sistemas Integrados Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), en las cuales existían algunos indicios de que el personal de salud accedía a algunas prácticas culturales a demanda de las parturientas, aunque no necesariamente se las ofrecían.

Las unidades de salud municipales, según la situación cultural local y nacional, fueron construyendo una metodología muy sencilla y fácil, a través del diálogo y con gran contenido humano, surgida de la práctica misma con la participación de

¹ Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (USAID/HCI).

mujeres, parteras y otros miembros de la red comunitaria, así como del personal de salud. El proceso inicia con la identificación de las barreras culturales hasta llegar a la negociación para la selección e implementación de soluciones conjuntas. En estas primeras experiencias se contó con la asistencia técnica de un antropólogo, proporcionado por el UNICEF.

Los avances en la implementación de la estrategia son diversos, sin embargo, ya es posible mostrar el proceso completo y resultados del mismo; por lo que para sistematizar la experiencia, se ha escogido a tres unidades de salud municipales: Centro de Salud "Bello Amanecer" de Quilalí, Centro de Salud "Carolina Osejo" de Villanueva y Hospital Primario "José Schendell" de Corinto, quienes ya han alcanzado madurez y resultados alentadores, coherentes con la situación cultural propia de cada municipio, referidos, principalmente, a la satisfacción de las mujeres atendidas.

En general, en estas tres unidades de salud, el personal ha dispuesto su capacidad y comprensión, para brindar atención con calidad y calidez, haciendo todo lo posible para que las mujeres se sientan satisfechas y con la libertad de expresar sus expectativas o sus requerimientos, incluyendo lo referido a las barreras culturales; los detalles de esta experiencia son presentados en este documento, con base en las reflexiones

de algunos protagonistas. Esta sistematización fue elaborada mediante investigación documental, entrevistas y grupos focales, para propiciar la reflexión de mujeres atendidas, familiares, parteras y personal de salud, a fin de reunir la información requerida.

Se espera que este documento de sistematización permita lograr, entre otros, los siguientes propósitos:

- Sistematizar la experiencia en tres unidades de salud municipales, de manera que les permita reflexionar e interpretar grandes aprendizajes y aportes en la implementación de la estrategia.
- Destacar la voluntad, el trabajo y la creatividad de mujeres, hombres, parteras, brigadistas, promotores y colaboradores voluntarios de las comunidades y del personal de salud involucrados en la estrategia.
- Divulgar las mejores prácticas, a fin de interesar a otras personas y unidades de salud, para que implementen la estrategia en sus respectivos municipios.

Así mismo, que contribuya con el proceso de elaboración de la Guía Metodológica para la Humanización y Adecuación Cultural de la Atención del Parto en las Unidades de Salud, que está en marcha.



I. Preparando las condiciones para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto

El embarazo, el parto y el puerperio, siguen siendo procesos altamente riesgosos para las mujeres indígenas, las mujeres más pobres, con menos años de escolarización y que residen en el área rural.

La unidad de salud municipal toma la decisión y se dispone

El interés por alcanzar y/o mantener en cero la mortalidad materna y perinatal en los municipios, ha abierto las puertas para impulsar la humanización y adecuación cultural de la atención del parto. La Dra. Alma Rosa Cadenas, directora del Centro de Salud “Carolina Osejo” de Villanueva, señala que ellos decidieron poner todo su empeño porque vieron la oportunidad de atraer a las embarazadas al Centro y Puestos de Salud, a fin de reducir el nivel de riesgo y, por tanto, aumentar la posibilidad de su sobrevivencia. “Es un derecho que les estamos cumpliendo a las mujeres”, afirmó.

De igual forma sucedió en el Centro de Salud “Bello Amanecer” de Quilalí y en el Hospital Primario “José Schendell” de Corinto, quienes también decidieron enrumbarse hacia la implementación paulatina de esta estrategia, contando para ello, con la cooperación técnica de UNICEF y QAP/USAID (actual USAID/HCI).

Estas tres unidades de salud, al momento de iniciar la estrategia, tenían en común, los siguientes factores impulsores: el entusiasmo y la determinación del personal para contribuir a cambiar la situación de muertes maternas en su municipio, la capacidad de gestión de las autoridades, el liderazgo de algunos miembros del personal, una red comunitaria activa y efectiva, el respaldo de las autoridades del SILAIS y la buena coordinación con los hospitales departamentales correspondientes.

Entre los primeros pasos dados, cabe mencionar las conversaciones formales entre funcionarios de los SILAIS de Chinandega y de Nueva Segovia con las autoridades de las unidades de salud de Villanueva, Corinto y Quilalí, para la organización de talleres sobre el tema y la conformación del equipo de humanización y adecuación cultural de la atención

del parto en las mismas, integrado por personal médico y de enfermería.

Aún con esta voluntad manifiesta de parte de las autoridades, también fueron apareciendo las expresiones naturales y normales de resistencia, sobre todo, porque se tiene poco o ningún conocimiento o experiencia sobre el tema.

El momento inicial del proceso es considerado, por el personal de estas unidades de salud, como el “inicio del cambio de paradigmas en el ejercicio de la profesión, en relación con la estrategia.”

Algunas expresiones de resistencia, fueron referirse a la estrategia como:

- “...es un retroceso; en vez de avanzar, vamos para atrás.”
- “...eso es locura. Nos vamos a meter en problemas con el MINSA y con las usuarias.”
- “...y qué pasa con lo que aprendimos en la Universidad.”
- “Vamos a tener más conflictos con los familiares de las usuarias.”

Sin embargo, es en ese momento inicial en que surgieron, entre el personal de enfermería y médicos de estas unidades de salud, los y las agentes de cambio a nivel institucional, quienes asumieron el compromiso para el aseguramiento de las diferentes actividades iniciales, entre éstas, la sensibilización a otros miembros y el contacto con los actores comunitarios.

En el Centro de Salud “Bello Amanecer” de Quilalí, la Lic. Auxiliadora Rodríguez, Jefa de Enfermería, quien se integró plenamente a la estrategia, recomienda que en el momento inicial:

- “...primero hay que estar claro uno mismo, para poder convencer a otros”.



El liderazgo que fue desarrollando este personal de salud, le ha llevado a reconocer que al inicio se piensa negativamente, pero luego se fueron dando cuenta que las cosas resultan mejor cuando se hace todo lo posible por cambiar, sobre todo, para entender y ayudar a las embarazadas en el momento del parto. De esa manera, expresan ellos, sienten haber ido ganando la comprensión, el respeto y el cariño de la población.

El diálogo para la negociación entre mujeres de la comunidad y personal de salud

“La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan... se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado... o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades.” (Organización Panamericana de la Salud - OPS).

De ahí que, al contar con una red comunitaria activa y comprometida, rápidamente fue conformado un grupo de trabajo, integrado por mujeres de la comunidad y algunos miembros de la red, a quienes se les brindó, mediante conversaciones, información preliminar, para que luego participaran en los talleres y de esa forma iniciar el diálogo cultural en un marco de respeto mutuo e igualdad.

La participación de la red comunitaria, desde el inicio de la estrategia, significó un reconocimiento a su excelente trabajo y creó, en estas personas, un alto nivel de motivación y compromiso. Actualmente, son ellas las que contribuyen a mantener el diálogo, pues están en contacto permanente con los otros miembros de la comunidad y, entre ellas, establecen relaciones de afecto y solidaridad.

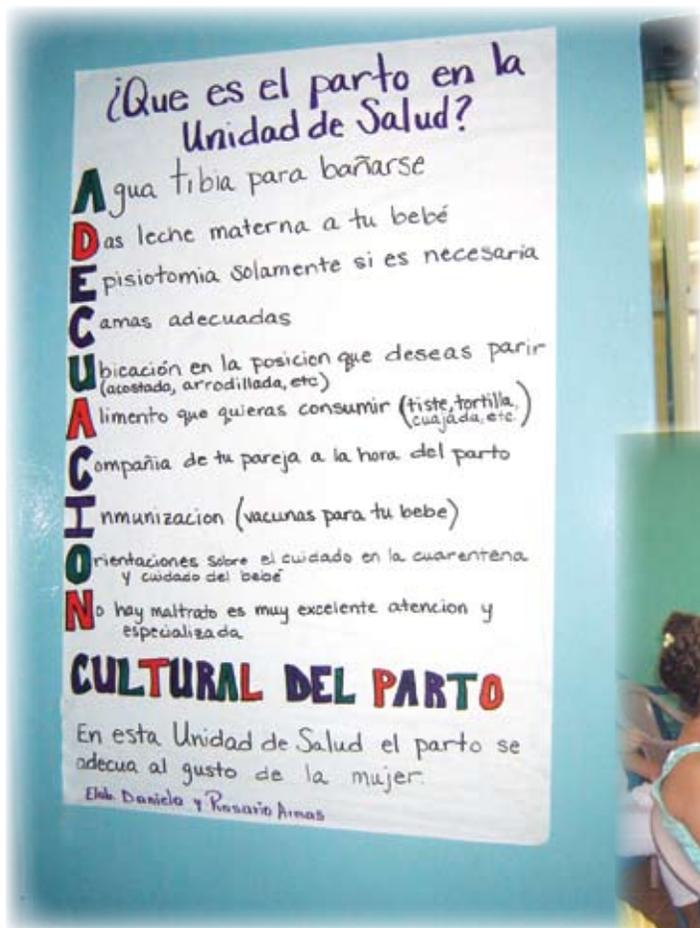
Mediante los talleres realizados, el personal de las unidades de salud conoció los grandes temores que sienten las mujeres hacia el establecimiento, ya sea porque han tenido esa experiencia o porque se los han contado. Entre éstos, señalaron los siguientes:

- Sienten vergüenza porque son atendidas por médicos varones, el personal “entra y sale y todo les miran”, la bata es abierta por detrás.
- En la posición que las ponen en la unidad de salud, algunas mujeres sienten que no tienen fuerza para pujar.
- Tienen miedo a la cesárea o al “pique” (episiotomía), porque luego tienen molestias y quedan “doliosas”.
- Se sienten abandonadas, porque “las dejan solas” y no les permiten la compañía de la persona que ella desea.
- Sienten desconfianza hacia el personal por el trato irrespetuoso a las usuarias, ya que las regañan y usan palabras inapropiadas, levantan la voz, etc.

- No les explican los procedimientos que les realizan o les hablan en términos médicos.
- En las unidades de salud les dan comidas “dañosas”: arroz, fresco, leche, huevo, etc.
- Deben bañarse con agua fría y de inmediato.

Finalmente, escucharon cuáles deben ser los aspectos de la atención al parto, que debía modificar la unidad de salud, en los debían incluir las prácticas culturales; entre éstos los siguientes:

- Aceptar la posición, que la mujer acostumbra en su casa, que puede ser: de rodillas, en el suelo, ayudadas por un familiar o por la partera. El personal de salud debe estar preparado para estas posiciones.
- Permitir la presencia de las parteras, ya que le tienen confianza porque las tratan con cariño y les dan valor.
- Quieren que el personal de salud sea amable, paciente y que las respeten. Que no haga comentarios con terceras personas del caso de ellas.
- Quisieran que les expliquen cómo va todo. Que le digan la verdad y que les informen a los familiares.
- Que se logre acoplar lo que saben las parteras y el personal de salud, para evitar que se muera la mujer. Que tomen en cuenta la opinión de la mujer.
- Que les permitan entrar al parto al marido, hermana, madre, partera o alguien que las esté acompañando en ese momento.
- Que no las rasuren ni que les pongan enema, además que les expliquen lo que les hacen. Que no le hagan tantos tactos.



- En primer lugar que le digan el sexo del bebé, y que se lo entreguen en cuanto nace.
- Que les permitan caminar un rato y luego descansar, dependiendo cómo se sientan mejor.
- Les gustaría usar su propio camisón.
- Permitir que la alimentación después del parto, incluya bebidas preparadas con hierbas, especiales para ese momento. Comer tortilla tostada, pinol cocido y queso seco. No obligar a comer, entre otros, el huevo y los frijoles.
- Permitir que se bañen con agua tibia.
- Que tengan luz en los cuartos, que haya agua, que haya un abanico porque hace mucho calor.
- Después del parto que les hablen sobre métodos de planificación familiar, les expliquen sobre la higiene y los cuidados después del parto. Que si el niño queda hospitalizado que les expliquen por qué.
- Si el familiar desea que le entreguen la placenta que se la den, si no que las entierren ellos, pero que le pregunten.
- Dependiendo de donde venga si es del área urbana quisiera le den de alta en 8 horas, pero si es del campo quisieran descansar por 24 horas.
- Que según cómo se sienta, la valore un médico y después vean si la mandan a su casa.

Cada comunidad expresó diferentes hábitos y costumbre culturales, que se traducen en barreras para la llegada a los servicios de salud. Por ello, el diálogo fue el que determinó lo que debía hacer cada una de las tres unidades de salud. Cada municipio priorizó sus intervenciones, dentro de una gama de situaciones que debía modificar. Con lo cual se demuestra que no se trató de modificaciones momentáneas superficiales, solamente para atraer a la población.



II. Las mejores prácticas al implementar los cambios

A partir de los aportes brindados durante los talleres, por parte de mujeres y miembros de la red comunitaria, el personal de salud creó las condiciones para la implementación de los cambios, cuya aplicación con regularidad les ha permitido lograr el equilibrio deseado entre la práctica médico-científica y el respeto, la tolerancia y la sensibilidad hacia las mujeres que deben recibir servicios de salud durante el parto y puerperio.

En general, los principales cambios que están implementando con regularidad, son los siguientes:

- Atención al parto, según la posición que decida la mujer. (Villanueva y Quilalí)

En el Centro de Salud de Quilalí cuentan con un formulario de encuesta que les permite conocer las preferencias de las parturientas. Al finalizar su estadía se vuelve a llenar para conocer el nivel de satisfacción y cumplimiento de expectativas. Este formulario se incluye en el expediente.

Sin embargo, no en todos los centros de salud la posición para dar a luz ha sido considerada como una brecha cultural, por lo tanto, no han solicitado este cambio; por ejemplo en Corinto.

La identificación de la práctica cultural de dar a luz en posición vertical y asida de un mecate para lograr estabilidad, motivó a que, en Quilalí y Villanueva, acondicionaran de esta manera la sala de partos y, además, colocaran una colchoneta en el suelo para poder cumplir con las expectativas de las usuarias, de tener su parto en la posición de su preferencia, esto no significa cambio de infraestructura sino más bien disponer de algunos insumos para adecuar culturalmente la atención del parto.

Algunas mujeres, antes de la estrategia, expresaban que ellas preferían el parto domiciliario porque era más rápido, ya que la posición que ellas acostumbran en su casa, se los facilita.



- Privacidad en la sala durante el parto. Esta es una condición que solicitan las parturientas en todos los centros de salud, porque a ellas les incomoda que, al momento del parto, ingrese alguien que es desconocido para ellas. (Villanueva, Quilalí, Corinto)

Algunos médicos han expresado sus dudas en cuanto a que el parto acompañado puede afectar la privacidad; sin embargo, en Corinto, el personal de salud piensa que se resuelve colocando mamparas o cortinas.

- Eliminación de la episiotomía, el rasurado del vello púbico y la aplicación de enema. (Villanueva, Quilalí, Corinto)

Estas prácticas constituían fuertes razones para que las gestantes no quisieran asistir a los centros de salud de los municipios en mención. Las multigestas que habían sido atendidas, les decían a las primigestas que no fueran, porque les harían “groserías”, refiriéndose a esas prácticas.

- Acompañamiento durante el parto, por la persona que desee la gestante (el marido, la madre, la partera u otra persona) y comunicación constante durante el mismo. Para

ello se les pregunta desde su ingreso a la unidad de salud si desea que alguna persona la acompañe. (Villanueva, Quilalí, Corinto)

El rol de las parteras ha cambiado, ya no atienden parto domiciliar; pero se ha ampliado en otras tareas, tal como lo expresan ellas mismas. (Quilalí, Villanueva y Corinto)



“Nos permiten entrar al momento del parto. Nosotros valemos en este hospital. A cualquier hora que me digan debo estar lista, a veces pasamos dos días con alguna mujer que necesita apoyo. Si las dejo en el hospital, estoy pendiente de cómo están mis panzonas”.

Virginia Gómez – Quilalí

Aunque al inicio se dudó de la conveniencia del acompañamiento durante el parto, ahora se considera como una oportunidad de que observen que se les atiende bien. Además, con ello se trata de sensibilizar al marido acerca de los riesgos del embarazo.

Una mujer, que anteriormente había tenido cinco partos atendidos por el marido en su casa, relata que en la unidad de salud de Quilalí, permitieron la entrada de él a la sala de parto y, además, que le ayudara utilizando la posición acostumbrada. El personal de salud estuvo presente para asegurar la atención médica requerida. Ella y su marido expresan que se sienten satisfechos por la atención recibida y que ya no tienen el temor de que en la unidad de salud les “hagan groserías a las mujeres”, tal como escucharon decir, hace algún tiempo, en la comunidad.

En Corinto, la Dra. Luz Marina Santeliz, explica su experiencia atendiendo partos con acompañantes en la sala:



“Cuando una embarazada entra con un familiar, se siente apoyada, en confianza, porque no está solamente con personas extrañas, ya que al momento del parto la atiende un personal diferente al que ha encontrado en los controles prenatales. Yo como médico me siento tranquila porque al acompañante le puedo decir: explícale y apoyala. Si hay un problema yo voy explicando para que la tranquilicen. Generalmente, la paciente escucha más y coopera con más valor. Si atendemos 6 partos en un mes, la mayoría quiere acompañante durante el parto. Las madres que acompañan a sus hijas muy jóvenes, constituyen un apoyo importante.”



Uno de los maridos, expresó que ahora sí se condeule de una mujer, de cómo tiene un hijo, del dolor que siente una madre y les platica a sus hijos que él creía que la mamá de ellos ya no iba a vivir. El personal de salud de Quilalí insiste en que lo más importante es la comunicación durante la atención. Con ello

sucedan menos conflictos, porque se les explica, tanto a las mujeres como a sus acompañantes, cada paso que se va dando.

“...eso hace que la gente se sienta bien con el personal y ha ayudado bastante”

Lic. Graciela Rivera

Según explicó la Lic. Esther Martínez, en Corinto, es aprovechado el espacio radial sobre salud, en una emisora local, para divulgar los cambios en la atención que están implementando en el Hospital. Igualmente, lo informan en los clubes de embarazadas. En Quilalí, el Dr. Marlon Mairena, explicó que entre las actividades de promoción, elaboran cuñas radiales en las que divulgan los cambios que van implementando en la atención del parto.

- Aceptación de bebidas especiales, tal como la mistela (preparado de canela, clavo de olor, hierbas, licor y miel), que toman las mujeres antes o después del parto. Éstas son preparadas por las usuarias, las parteras o sus familiares. (Villanueva, Quilalí, Corinto)

En el centro de salud, el personal encargado, escucha a las mujeres y trata, en la medida de lo posible, que ellas reciban lo que desean. Las mujeres se están acostumbrando a preguntar con confianza, ya que el personal es respetuoso de sus costumbres y, además, procura no hacer comentarios ni gestos que descalifiquen sus tradiciones.

En Villanueva, una mujer preguntó que si podía llevar sus “aguas” para tomar después del parto. Siempre que la práctica tradicional no sea dañina para las usuarias, el personal trata de ser respetuoso y flexible.

- Aceptación de la alimentación que desee la mujer después del parto, tal como pinol y tortilla tostada con queso, así como otro tipo de alimento, en casos en que ella no desea la comida que ofrece la unidad de salud. (Villanueva, Quilalí, Corinto)

El Dr. Marlon Mairena, en Quilalí, relata que a veces algunas mujeres rechazan los alimentos antes del parto, pero que en ese momento el personal de la unidad de salud les explica con paciencia las consecuencias negativas de su ayuno prolongado, tanto para ella como para el bebé y, con la ayuda de los familiares, ellas finalmente comprenden la situación y, en la mayoría de los casos, se logra convencerlas de que deben alimentarse por su salud y la del bebé.

En el Hospital Primario “José Schendell” de Corinto el personal expresa que desearían tener suficientes fondos para poder ofrecer alimentos a las mujeres atendidas, porque lo que ellas desean comer no les perjudica en nada.

- Baño con agua tibia después del parto (Villanueva, Quilalí, Corinto)

Este cambio tiene mucha importancia para las mujeres, porque ellas aseguran que en sus casas ponen a cocer el agua con varios tipos de hojas y luego se bañan. Por lo que algunas unidades de salud como Quilalí han instalado duchas de agua caliente en los baños.

La Lic. Esther Martínez, Docente del Hospital de Corinto, expresa lo siguiente:

“Nosotros no tenemos que quitarle su cultura a las personas, debemos mantenérsela para que tengan confianza en uno y vengan al Hospital de Corinto. Antes no querían venir porque decían que las bañaban después del parto. Ahora se les permite que usen hojas para agregar al agua para bañarse. Que se coman su tortilla y su tibio. Hay que respetar. Queremos que asistan al hospital porque se les está respetando. Algunas mujeres traen una imagen de San Ramón y le prenden una candela desde que comienzan los dolores. Eso también se respeta.”





La interculturalidad propia de la estrategia, en estos tres municipios, es un proceso de convivencia, que es cambiante y, así como tiene armonía, pueden también surgir conflictos. Sin embargo, María Antonia Osorio, quien es responsable de la casa materna de Villanueva lo interpreta de esta manera:

“... el Centro de Salud no está solo, sino unido con la comunidad, con ella identificamos lo que debíamos cambiar y, continuamente, nos están diciendo lo que les gusta y lo que no, para que podamos mantener una atención humanizada.”

Durante el año 2008 se tuvo un caso de maltrato en una de las unidades de salud. Ante eso, la Directora y varios miembros del personal, fueron a la comunidad y pidieron disculpa a la paciente. Ella los recibió y le explicaron que de debió a un momento de tensión, pero que no es la forma en que se atiende siempre. El personal piensa que aunque la mujer cuente su mala experiencia, también contará que el personal reconoció su error y está dispuesto a pedir disculpas.

III. El reto de la humanización y adecuación cultural del parto es para todas las unidades de salud del MINSA

Transcurridos dos años (2007 – 2008), durante los cuales las unidades de salud municipales de Corinto, Villanueva y Quilalí con la participación comunitaria, han implementado la estrategia, las mujeres entrevistadas expresaron su satisfacción, sobre todo de parte de las mujeres que fueron atendidas durante el embarazo, parto y puerperio. Ellas enuncian con mucha claridad cómo ha cambiado la atención y, sobre todo, hablan muy bien del trato recibido por parte del personal de salud.

Juana María Martínez – Las Pilas – Villanueva - relata que otras mujeres de la comunidad le decían:

Vieras cómo te molestan en el Centro (de Salud). No hay como estar en su casa uno.”

Pero luego ella misma afirma:

“En mi casa fue rápido pero no tuve la misma atención que tuve en el Centro. La Enfermera a cada rato está llegando a verte, te toma la presión; a cada ratito entran mirando a la criatura. Yo tenía mi temorcito, pero la partera me decía vamos, si son mentiras. Entonces le dije, vamos pues, tal vez no nos azarean, pero en realidad fue todo lo contrario de lo que la gente decía.”

Un miembro de la comunidad de Rancho Pando, municipio de Villanueva, expresó:

“En los primeros partos no me permitieron estar al lado de ella, pero ahora sí se permite. Se puede ver la diferencia.”

Pude ver la gran oportunidad de las mujeres de sentirse satisfechas cuando les cumplen sus deseos. Todo el personal de salud que estaba ahí la atendía muy bien. Es diferente, porque en la comunidad los hombres en ese momento nos apartamos. Para mi fue grandioso estar. En ese momento hice el trabajo de engancharme en la camilla, en una posición en que uno le ayuda a ella.”

Por su parte, su esposa afirmó:

“Me sentí apoyada, me daba más valor. Es duro sentirse solita. Me sentía satisfecha porque él estaba conmigo. Es lo ideal que el marido esté en ese momento. La doctora y las enfermeras me atendieron bien.”

Para conocer el nivel de satisfacción, en Villanueva y en Corinto, han implementado una encuesta que es aplicada por



los miembros de la red comunitaria, en la cual se pregunta sobre el trato recibido, la comunicación y la aplicación de los cambios para la adecuación cultural. Tal como mencionamos anteriormente, en Quilalí, aplican la encuesta de satisfacción cuando la mujer es dada de alta del hospital

Mediante la información reunida, se puede observar que la satisfacción por una buena atención es plenamente compartida en el municipio: el personal de salud, porque ha atendido bien; la mujer porque ha recibido buena atención; los familiares y los miembros de la red comunitaria, porque han sido involucrados en la atención.

El Dr. Marvin Vanegas, en Villanueva, opina lo siguiente:

“Las mujeres son la mejor propaganda de cómo las atendemos. Ellas se sienten muy bien y estimulan a las otras. La estrategia ha ayudado mucho. La paciente se estimula más porque sabe lo que está ocurriendo y cuenta con un o una acompañante durante el parto.”

Por su parte, la Dra. Alma Rosa Cadenas considera que:

“Nos hemos dado cuenta que las cosas son sencillas, que a veces se hace cosas que complican y no son necesarias. Pero con un poco de explicación y de conocimientos se pueden resolver en el centro de salud, se trata de ser más accesibles y flexibles. Es una de las mayores lecciones de implementar la estrategia.”

Los directores de las unidades de salud en mención, expresan que a veces el personal cree que no hay reconocimiento, pero consideran que es halagador saber que la población está percibiendo y reconociendo el trabajo. Así mismo, están practicando el reconocimiento entre los trabajadores ya que, en momentos de tensión, se dicen frases halagadoras para animarse.

En Villanueva y en Corinto, durante el período de implementación de la estrategia, no se ha presentado ningún caso de muerte materna. En Quilalí se presentó un caso en el 2008, debido a que se adelantó el trabajo de parto en el período de intensas lluvias, lo cual dificultó mucho el acceso de la ambulancia hasta la vivienda la parturienta.

Cuando hay algún descenso en el número de partos institucionales, es analizada la situación con todos los sectores involucrados, para superar cualquier factor que lo haya provocado. Estos centros de salud se sienten ejemplo y procuran que otras personas y otras unidades de salud también implementen la estrategia.

En Corinto, en el 2008, se presentó un parto domiciliar por emergencia, ya que a la gestante no la pudieron sacar de su sector, debido a que era muy noche. Una partera la atendió y luego la trasladaron al hospital. Esto les permitió comprender la importancia de tener organizado el transporte de emergencia en el barrio y la necesidad de disponer de una casa materna, la que funcionará en los próximos meses.

Es muy alentador descubrir cómo la implementación de la estrategia, también ha influido en otros programas de salud y viceversa. Los programas de salud dirigidos a fortalecer la atención materno-infantil, en la práctica, se interrelacionan para complementarse. Entre éstos: Planificación Familiar, Plan Parto, Lactancia Materna, Casas Maternas y otras Estrategias Comunitarias. Como ejemplos importantes se puede mencionar los siguientes:

Planificación Familiar: Al principio no se visualizó la conexión con este programa, sin embargo, hay mayor solicitud de los diversos métodos.

Ha ocurrido que si el esposo es la primera vez que acompaña durante el parto, este suceso le impresiona y manifiesta aceptación para que utilicen algún método de planificación familiar. Igualmente ha servido para acercar a las mujeres a la atención ginecológica y a la realización del PAP. Para ello han buscado el apoyo de otras organizaciones en el municipio.

Plan Parto: Se ha aprovechado, y al mismo tiempo fortalecido, las diferentes actividades del Plan Parto, en cuanto a: la actualización continua del censo de embarazadas, la vigilancia de los signos de peligro y del cumplimiento del control prenatal, la organización del transporte comunitario, así como la coordinación con la casa materna en la cabecera municipal. Los hombres que se han involucrado directamente, se han convertido en colaboradores para apoyar en casos de emergencias y en ser promotores del control prenatal y del parto institucional, entre los demás hombres de la comunidad.

Lactancia Materna: Las mujeres, a partir de que asisten a sus controles prenatales, comienzan a recibir la consejería para la práctica de la lactancia materna, y ésta continúa hasta el puerperio inmediato, sobre todo en las primigestas.

Ante los diversos resultados, tanto en los centros de salud de Quilalí y Villanueva, como el hospital de Corinto, el personal que está aplicando exitosamente la estrategia insta a otras unidades a implementarla y, además, insisten en que:

“...no hemos tenido ningún problema, más bien hemos reducido los problemas; los partos de alto riesgo son atendidos en los Hospitales de mayor resolución (Chinandega y Ocotal).”

Así mismo, que:

“...si en otros lugares ocurren experiencias negativas, que las compartan para buscar soluciones en conjunto.”

Dando con ello un carácter de “oportunidad” a los problemas que puedan surgir y, al mismo tiempo, promoviendo el intercambio de experiencias entre las unidades de salud, a fin de avanzar en la reducción de la mortalidad materna y perinatal, garantizando una maternidad segura.

En general, el personal afirma que, para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto, lo que han hecho es, fundamentalmente, cumplir las normas del Ministerio de Salud. Por ejemplo, en Quilalí, los 116 miembros del personal y los líderes comunitarios han estado involucrados en la aplicación de la estrategia.

En Villanueva y en Corinto, están avanzando para involucrar al 100% del personal y continuar fortaleciendo la red comunitaria, integrando a las organizaciones e instituciones que funcionan en la cabecera municipal, a fin de aprovechar su disposición y recursos.



En el SILAIS de Chinandega se está promoviendo la estrategia, sobre todo en los municipios de la parte Norte del departamento, ya que en ellos se han presentado casos de muerte materna y alto índice de parto domiciliario. Igualmente, el personal del Centro de Salud “Carolina Osejo” de Villanueva expuso su experiencia en el Hospital Materno Infantil “Mauricio Abdalah”, de Chinandega, sobre todo porque los casos de complicación son referidos a esa unidad de mayor resolución, lo cual implica que, en ese hospital, debería darse continuidad a la implementación de la estrategia.

Por parte del SILAIS de Nueva Segovia se afirma que se sienten bien y aprecian la aceptación y el reconocimiento de parte de la población, ya que el trabajo se está haciendo tal como se debe. Así mismo, reafirman que el compromiso es con las usuarias. Que seguirán haciendo énfasis en la sensibilización del personal y la humanización de la atención. También afirman que en otros municipios se está implementando la estrategia, pero en es en Quilalí donde ha alcanzado su mayor grado de madurez.

Es importante destacar que previo a la implementación de esta estrategia, las tres unidades de salud habían realizado diversos esfuerzos dirigidos hacia la reducción de la mortalidad materna e incremento del parto institucional, sin embargo, desconocían el motivo por el cual las mujeres no deseaban acudir a la unidad de salud para la atención del parto.

Los resultados son alentadores, mantienen el diálogo entre las mujeres y el personal de salud, así mismo, contribuyen al incremento del parto institucional y a la satisfacción de las mujeres atendidas y del personal que ha atendido con calidad y calidez.

El entusiasmo del personal de salud de estos municipios, ha logrado que la estrategia de humanización y adecuación cultural del parto sea un éxito en la atención de las parturientas, teniendo impacto en el cumplimiento del derecho de la mujer a decidir cómo desea ser atendida para un parto limpio y seguro. La mujer atendida con calidad y calidez en su parto, es una vida salvada.



Anexo

Listado de participantes en el proceso de sistematización

No.	Nombre y apellidos	Cargo
<i>Centro de Salud "Carolina Osejo" de Villanueva – Chinandega</i>		
1.	Alma Rosa Cadenas	Directora Centro de Salud
2.	Margarita Fonseca	Resp. Epidemiología
3.	Ma. Antonia Osorio	Resp. Casa Materna
4.	Ma. de la Cruz Avendaño	Enfermera
5.	Cándida Betanco	Salud Comunitaria
6.	Marvin José Vanegas	Resp. Emergencia
7.	Alejandra Peralta	Partera
8.	Dominga Meneses	Partera
9.	Ma. Magdalena Álvarez	Usuaría
10.	Maximina Mejía	Usuaría
11.	Juana Aydé Osorio	Usuaría
12.	Juana Ma. Martínez	Usuaría
13.	Carlos Javier Aguilar	Usuario/Acompañante
14.	Alfonso Peralta	Usuario/Acompañante
15.	Pedro Pablo Maldonado	Usuario/Acompañante
<i>Hospital Primario "José Schendell" de Corinto - Chinandega</i>		
16.	Luz Marina Santeliz	Resp. Materno Infantil
17.	Esther Martínez	Docente
18.	Cristina Altamirano	Jefa de Enfermería Encamados
19.	Junieth Toval	Enf. Maternidad
20.	Lilliam Juárez	Médico General
21.	Maura Paredes	Enf. Municipal
22.	Angela López	Secretaria AINMA
23.	Envida Cano	Partera
24.	Vicenta Yadira Narváez	Partera
25.	María A. Delgado	Partera
26.	María Méndez	Usuaría
27.	Yanira Liseth Crespín	Usuaría
28.	Ana Rosa Parriles	Usuaría/Acompañante
29.	Leonardo Méndez	Usuario/Acompañante
<i>Centro de Salud (con camas) de Quilalí – Nueva Segovia</i>		
30.	Marlon Mairena	Subdirector – Médico General
31.	María Auxiliadora Rodríguez	Lic. en Enfermería
32.	Graciela Rivera	Enfermera Profesional
33.	Mary Isabel López	Enfermera Profesional
34.	Yorling Isabel Ríos	Enfermera Profesional
35.	Fátima Villareyna	Enfermera
36.	Claudia Téllez	Médico General
37.	Alberto Palma	Médico General
38.	Virginia Gómez	Partera
39.	Teresa Peralta	Partera
40.	Gertrudis Nayra	Partera
41.	Modesta Fuentes	Usuaría
42.	Silvia Fajardo	Usuaría



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD



únete por la niñez