

# Maternidad Segura

## El comienzo de la vida

Cuentan las tradiciones que no tienen comienzo ni final que hace cientos de años el honor de recibir a los niños que llegaban a este mundo solo era una ventaja que podían tener los padres. Si era el primogénito, la abuela paterna se preparaba para recibirlo y enseñarle a su propio hijo cómo debería recibir a los otros niños que procreara. El cordón umbilical se cortaba con un trozo de tiesto porque se tenía la creencia que si se utilizaba algún metal el recién nacido se convertiría en un despilfarrador de adulto y tendría, además, la mala costumbre de envejecer sus ropas.

Pero quizás el cuidado mayor se dirigía a la placenta. Este envoltorio que había protegido al bebé durante el embarazo debía ser quemado y enterrado en un lugar preferencial de la casa. Jamás debía ser tirado a la basura o puesto a merced de los perros pues la venganza se desataría contra la madre, quien luego de hincharse sin remedio se debilitaría hasta morir. Después de haber cumplido con todos estos ritos durante el parto, se debía colocar una tijera en forma de cruz debajo de la almohada del recién nacido para ahuyentar a los malos espíritus, y poner detrás de la puerta de su habitación un cuchillo para ahuyentar a las ánimas. Hecho esto, solo faltaba un detalle más: durante cinco días después del alumbramiento, la madre no podía acarrear agua, mojarse, comer sal ni usar cuchillo.

Así fue hasta que un día las novedades y los adelantos comenzaron a llegar. Dice la historia de la medicina que hasta Hipócrates, Platón y Serófilo, deslumbrados por aquel milagro de la vida, escribieron y dieron consejos sobre partos. Hacia el otro lado del mundo, los árabes diseñaron la extracción de los recién nacidos por medio de lazos, mientras que Trótula, de Salerno, recomendaba sacudidas a la parturienta si el niño demoraba en salir. Pero los tiempos avanzaban y los pensadores reacomodaban sus hipótesis. Y así la naturaleza, que en un inicio acomodó a la madre de cuclillas para parir, fue modificada por la ciencia que recomendó echarla, y fue entonces que para 1610 se inauguró, en el Hotel Dieu de París, el primer departamento para partos. Las madres de las ciudades fueron acomodadas de acuerdo a los adelantos de la época, y de allí la vorágine de las investigaciones permitieron que nazca la cesárea y que el gran científico Mauriceau dé a conocer al mundo la utilización del fórceps como una ayuda para el niño por venir.

Pero mientras todo esto ocurría en el mundo privilegiado, y gracias a estos adelantos muchas vidas de madres y niños se salvaban, existían rincones de este país a donde nunca llegaban estas novedades: la madre seguía el curso de la gravedad para dar a luz, el padre continuaba recibiendo a sus hijos ni bien respiraban el aire de esta tierra, la placenta se enterraba en respetuoso rito, y el cordón umbilical se guardaba amarrado con lana de oveja.

## Maternidad Segura

Esas familias nunca supieron del hotel en París para dar a luz, ni del fórceps, ni de las cesáreas. Para ellos la vida hizo un alto y allí se quedó. A todas estas mujeres, y a las generaciones que vinieron después, nunca se les permitió conocer de los avances de la ciencia. Pero el peligro para ellas fue más allá, porque la información no solo se quedó en el camino, sino que cuando tuvieron la oportunidad de acceder a alguno de estos conocimientos, recibieron el desprecio y el rechazo a toda su cultura, ritos y creencias. Y esto motivó aún más el alejamiento y la exclusión.

Las cifras de muerte materna en el Perú son inaceptables. Y son precisamente las familias de las zonas más alejadas de este país las que padecen el terrible dolor de ver partir a la madre de la casa en una muerte que se pudo evitar si todos nos diéramos cuenta de que más allá del avance de la ciencia, de credos y de costumbres, el respeto es la llave que abre la puerta de la vida.

Esta es una carpeta que muestra las cifras dramáticas de la exclusión en que viven las madres gestantes de las zonas más alejadas del país, y las inmensas brechas que se dan en el cuidado materno entre mujeres que viven incluso en zonas urbanas. Pero también es un documento que muestra que sí hay soluciones a estos problemas, pues trae el ejemplo de experiencias exitosas basadas en una palabra que muy poca gente conoce, interculturalidad, y que significa, simplemente, respeto entre culturas. Y si todos sintieran ese respeto, la vida sería un milagro del que se puede gozar todos los días.

## Maternidad Segura

### Maternidad segura en el Perú Un diagnóstico desde el vientre materno

#### Planificación Familiar

Planificar el número de hijos deseados es el primer paso para asegurar la disponibilidad de recursos económicos de la familia y la calidad de vida de los integrantes de la misma. En el Perú, según la ENDES Continua 2004, el 29,5% de las mujeres no usa ningún método de anticoncepción. Esta cifra se hace más alta entre las jovencitas de 15 a 19 años que tienen una vida sexual activa, pues el 42.8% de ellas no utiliza ningún método para prevenir el embarazo. Todas estas cifras tienen un impacto directo en la tasa global de fecundidad del país: si todos los nacimientos no deseados pudieran ser prevenidos, ésta llegaría a 1.5. Sin embargo, como no ocurre así, las mujeres peruanas tienen un hijo más que los deseados: 2.4 hijos en promedio

Según la ENDES 2000, la edad promedio de la mujer en el primer parto es de 21,9 años, pero en zonas de sierra y selva rural el promedio es menor. El problema del embarazo adolescente es crítico en estos lugares: éste llega al 25% en la selva rural (Ministerio de Salud, 2002). Según el informe de Apoyo Consultoría “Análisis de la situación de niños, niñas y adolescentes en las zonas de producción de coca de los valles de los ríos Apurímac y Alto Huallaga” (2005), el embarazo precoz es un problema de especial importancia entre las jovencitas del Valle del Río Apurímac y Ene, donde más del 27% de las adolescentes entre 15 y 19 años ya es madre o se encuentra gestando por primera vez. Y este problema se vuelve aún más difícil entre la población indígena. Mientras que en los hogares de habla castellana el porcentaje de mujeres que tuvo su primer hijo antes de los 17 años asciende a 15,7%, en el caso de las poblaciones quechua y asháninka el porcentaje se eleva a 21,4% y 38,5%, respectivamente.

#### Atención Prenatal

Los controles prenatales son el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos que están destinados a prevenir, diagnosticar y tratar los factores de riesgo del embarazo y del parto. Constituyen una de las principales formas de asegurar el buen estado de salud de la madre y del feto, además de su correcto desarrollo.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2004, el 91% de las mujeres que tuvo un último embarazo fue atendida por lo menos una vez (lo ideal son 6 veces) por un profesional de la salud (médico, obstetrix

## Maternidad Segura

o enfermera). Esta cifra es alentadora en relación al 84% que señalaba la ENDES 2000, pero sigue mostrando una marcada diferencia entre las áreas urbana y rural (97% y 82%, respectivamente). La exclusión se manifiesta en el nivel educativo de la madre debido a que la atención prenatal por profesionales cubre únicamente al 77% de las mujeres sin educación, pero llega al 98% entre las mujeres con educación superior. En la Selva, el 78,6% de las mujeres reciben atención prenatal por profesionales de la salud, en comparación con el 99% de Lima Metropolitana.

Sin embargo, existen ejemplos puntuales a tomar en cuenta. El estudio realizado por Apoyo Consultoría en los Valles del Río Apurímac y Alto Huallaga demuestra que más del 25% de las mujeres que son madres entre 12 y 49 años de edad no asistió a ningún tipo de control médico antes del parto. En el Alto Huallaga este problema es aún mayor pues más del 33% no accedió a ningún control prenatal. Si se considera a las madres que asistieron a 4 o más controles durante todo su embarazo –cifra reportada como mínima para un adecuado seguimiento de la gestación en el Perú- solo el 56% tuvo una atención efectiva. Nuevamente la exclusión se hace más evidente cuando se relaciona este problema al tema del idioma de los grupos indígenas: entre las madres asháninkas del Valle del río Apurímac y Ene, el 36% nunca accedió a ningún control prenatal. Esta proporción llega al 50% entre las madres de la población de habla quechua del Alto Huallaga.

También podemos analizar el tema de los controles prenatales en relación a los niveles de pobreza de las mujeres en el Perú: la ENDES IV señala que la mitad de las mujeres del quintil más pobre que estuvieron embarazadas no tuvo control prenatal alguno. Solo 32% de ellas tuvo más de cuatro controles prenatales. Otra cifra de esta misma encuesta indica que apenas el 69% de las mujeres con hijos menores de 5 años tuvo cuatro o más controles prenatales durante su último embarazo, mientras que el 14% no tuvo ninguno.

### La maternidad en comunidades indígenas de la amazonía

Al ver los resultados del proyecto “Desarrollo Humano Sostenible en el Río Santiago” (septiembre 2003), ejecutado por UNICEF con el gobierno de Finlandia, las cifras vuelven a mostrar la exclusión de los pueblos más alejados del país. El trabajo se desarrolla en la cuenta del Río Santiago, ubicado en la provincia de Condorcanqui del departamento de Amazonas, en medio de comunidades aguarunas y huambisas que se encuentran en situación de extrema pobreza.

Menos de la mitad de las madres de los últimos nacidos vivos desde enero de 1997 que acudió al Control Prenatal (CPN) tuvo su primer control

## Maternidad Segura

durante el primer trimestre de embarazo (44.1%). Si se toma en cuenta el total de gestantes y no solo a las que fueron a su control, el porcentaje baja a 25%.

Entre las que acudieron al MINSA, el 45% fue a su primer chequeo durante el primer trimestre de embarazo, el 35% durante el segundo trimestre y el 20% en el último. Solo el 49% de las que acudieron al MINSA tuvo por lo menos cuatro o más controles prenatales. Esto revela que la práctica aún está lejos de las normas de salud. La situación es más crítica si se considera el total de embarazadas y no solo a las que fueron al MINSA: de los nacidos vivos en el tiempo de referencia mencionado, solo 27% tuvo cuatro controles o más.

El 44% de gestantes del Río Santiago no tuvo controles prenatales durante el embarazo de su último hijo nacido vivo. Existen diversas razones por las cuales no acudieron, algunas de carácter cultural (58.5%) y otras de carácter geográfico o económico (37.5%), pero todas ellas relacionadas a la accesibilidad del servicio.

### Vacunas a favor de la madre y el niño

#### Toxoide Tetánico

La aplicación de la vacuna antitetánica durante el embarazo es una de las principales medidas de preservación de la salud del niño por nacer, pues evita que contraiga tétanos neonatal por contaminación al momento del corte del cordón umbilical. De las mujeres que tuvieron hijos en los cinco años anteriores a la ENDES 2004, el 75% recibió al menos una dosis de Toxoide Tetánico durante el embarazo del último nacimiento. Entre las mujeres sin educación la cobertura solo llega al 66%, en tanto que es mucho mayor para quienes alcanzaron educación secundaria y superior (80% y 71%, respectivamente). El nivel de vacunación más bajo se da en la Sierra, donde solo llega al 71%.

#### Suplemento de Hierro

La deficiencia de hierro durante el embarazo puede acarrear problemas de salud a la madre y al feto, por lo cual es importante que los servicios de salud provean suplementos de este mineral a las mujeres embarazadas y a los niños lactantes. Esta carencia origina el bajo peso del recién nacido y la anemia materna. La ENDES Continua 2004 señala al respecto que durante el embarazo más reciente, apenas el 65% de las mujeres entrevistadas reportó que tomó pastillas o jarabe de hierro, cobertura que se reduce a 46% entre las mujeres sin educación.

## Maternidad Segura

Este mismo documento muestra que todavía existen diferencias apreciables en la cobertura según área de residencia: 71% en el área urbana, en comparación con el 56% en el área rural. Cabe señalar que en los nacimientos de orden 6 a más, solo el 51% de las madres reciben suplemento de hierro.

### Atención del Parto por profesionales de la salud

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

El 71% de los partos fue atendido por profesionales de la salud (ENDES Continua 2004). Las menores coberturas se encuentran entre aquellas mujeres que no tienen educación (23%), las de alta paridez (31 %) y las que tienen residencia en el área rural (44%). El nivel de atención de los partos por profesionales de la salud en Lima Metropolitana (97%) contrasta con el bajo nivel en la Sierra y Selva (51% en ambos casos).

De acuerdo a los resultados del “Informe anual de avances de las metas del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, 2002- 2010”, los departamentos con menor atención profesional del parto son Amazonas (50.8%), Cajamarca (53.3%), Huancavelica (53.9%), Loreto (55,3%) y Huánuco (62.5%). Si bien se ha observado un incremento muy importante de la cobertura de parto institucional en la zona rural pues se pasó de 24% en el 2000 a 44% en el 2004, las marcadas diferencias evidencian las grandes inequidades que se viven en el Perú, y apremian a buscar soluciones para asegurar una verdadera maternidad libre de riesgos, especialmente si se tiene en cuenta que la mayoría de las muertes maternas se presentan como consecuencia de complicaciones del parto.

Según el informe del Poder Ejecutivo “Logros y Hoja de Ruta. Avances a marzo 2005”, durante todo el 2004 se realizaron un total de 346,932 partos institucionales. La cifra para el primer trimestre del 2005 asciende a 86,385. El documento además da cuenta de la realización de trabajos de equipamiento y fortalecimiento de la capacidad resolutoria en 61 redes de salud (puestos, centros de salud y Hospitales Regionales) a nivel de Cusco, Apurímac, Arequipa, Ayacucho, Amazonas, Huancavelica, Pasco, Lima y Puno. Sin embargo, esta importante inversión aún no llega a las zonas más excluidas del país. Por ejemplo, en el Alto Huallaga, según un informe de Apoyo Consultoría (“Análisis de Situación de Niños, Niñas y Adolescentes en las zonas de producción de coca de los valles de los ríos Apurímac y Alto Huallaga, 2005), solo el 43% de los partos fue atendido por un profesional, y el 39% de estas

## Maternidad Segura

mujeres acudió a las parteras o comadronas para ser atendidas durante su alumbramiento. En relación al lugar donde dan a luz, el informe revela que el 56% de las mujeres embarazadas de esta zona lo hace en su casa. Esto se explica, principalmente, por las grandes limitaciones en cuanto al acceso a servicios de salud pues éstos no existen en su localidad (46%), y también por cuestiones socioculturales predominantes en dicho valle, como es el hecho que un grupo importante prefiera atenderse con una partera.

Una consideración a tomar en cuenta son los motivos por los cuales las mujeres prefieren en muchos casos no asistir a un centro de salud. Ellas refieren que en estos lugares no se reconocen las prácticas locales de salud (uso de la medicina tradicional) y sus profesionales no conocen o no valoran la cultura andina e indígena.

Si bien este es un ejemplo puntual de la situación de las zonas alejadas del país, los resultados de la ENDES IV confirman esta tendencia. El 33,6% de las mujeres que perciben al acceso a los servicios de salud como un gran problema vive a gran distancia de éstos. En muchas zonas las personas tienen que caminar más de cinco horas para llegar al centro de salud más cercano. Si una mujer se encuentra en el inicio de su trabajo de parto al anochecer, difícilmente podrá llegar a tiempo al centro de salud. Esta situación varía según departamento: los porcentajes van de 15% en Tumbes a 66,5% en Huancavelica.

La falta de disponibilidad de recursos económicos también constituye una gran barrera para el acceso de las mujeres a los servicios de salud: según la ENDES 2000, el 65% de ellas señaló que ese era un su principal problema. Nuevamente esta cifra esconde diversas inequidades. Por ejemplo, este mismo porcentaje en las zonas rurales es de 82,9%, frente a 57,3% en las zonas urbanas. A nivel departamental, las cifras van de 48,6% en Moquegua hasta 83,8% en Cajamarca.

El Ministerio de Salud ha buscado potenciar el Seguro Integral de Salud (SIS) como una forma de cubrir este problema y eliminar la barrera económica en el acceso de atenciones prenatales, del parto y del posparto. Según el documento del Ejecutivo “Logros y Hoja de Ruta. Avances a marzo 2005”, el SIS alcanzó un total de 655,972 mujeres gestantes afiliadas. Su cobertura, sin embargo, sigue siendo limitada en las áreas rurales.

### Cuidados de parto y posparto

Mientras que la prolongación del parto no es una complicación exclusiva de las mujeres más pobres, el sangrado, la fiebre y las convulsiones sí lo son. La ENDES 2000 muestra que el 5,3% de las mujeres del quintil más pobre tuvo

## Maternidad Segura

convulsiones, porcentaje que se reduce a 1,8% entre las mujeres pertenecientes al quintil más rico. En las zonas rurales, el parto prolongado y la fiebre alta con sangrado son eventos más frecuentes que en las zonas urbanas.

De otro lado, según esta misma encuesta, las mujeres más pobres no acceden a servicios de salud que disminuyan los riesgos de salud reproductiva. Solo el 28% de las mujeres que pertenecen al estrato más pobre puede acudir a un centro de salud para controlarse, en comparación con el 59,1% de las mujeres que pertenecen a los sectores de mayor acceso económico.

### Mortalidad Materna

La tasa de mortalidad materna en el Perú es de 185 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, lo que implica 1,200 muertes anuales. Sin embargo, se debe considerar que éste es el promedio nacional y que esconde varios problemas, el principal de los cuales es, quizá, la falta de equidad. Esta tasa es mucho mayor en los departamentos más pobres, donde incluso llega a superar las 400 muertes maternas por cada 100 mil niños nacidos vivos.

Según ENDES 2000, el 13% de las mujeres entre 15 y 19 años ya son madres, y esto tiene efectos nefastos sobre la vida de las mujeres, incluyendo el de muerte de la madre por causas relacionadas a la gestación, parto o puerperio. Las muertes por embarazo o parto de las adolescentes constituyen, junto a las de mujeres mayores de 35 años, el 41% de las muertes maternas en el país.

En el año 2003, el Ministerio de Salud, a través de sus Direcciones de Salud, registró que la mayor cantidad de muertes maternas a nivel nacional se produjo en Chota, La Libertad, Puno, Huancavelica y Huánuco, representando el 35% del total de muertes maternas a nivel nacional. La hemorragia fue la mayor causa registrada en el ámbito nacional, representando el 42.86% de los fallecimientos. El 26.67% de las muertes maternas en Lima Ciudad se debieron a infecciones, mientras que en el Cono Norte (35.71%) y el Cono Sur (33.33%) se debieron a las hemorragias.

La situación de la maternidad no es alentadora, en especial en zonas pobres, rurales y de exclusión. Los motivos que determinan la alta tasa de mortalidad materna son diversos. Entre ellos están el diagnóstico no adecuado, las dificultades en la identificación de los signos de alarma, el escaso acceso al control prenatal, la falta de información exacta sobre las condiciones de la salud materna y el uso exclusivo de prácticas tradicionales.

## Maternidad Segura

### Lactancia Materna

La leche materna contiene proteínas, vitaminas y ácidos grasos que permiten el pleno desarrollo del cerebro humano, especialmente en los dos primeros años de vida, y éstos no se encuentran en ningún otro tipo de alimento ya sea de origen animal o vegetal. Pero la lactancia no solo representa un beneficio para los niños sino también para sus madres pues la mujer se beneficia al dar de lactar debido a que disminuye el riesgo de la hemorragia después del parto, lo que reduce el desarrollo de anemias; también ayuda a contraer el útero y regresarlo a su tamaño normal, y a prevenir el cáncer de mama o de ovarios.

Según las guías de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, la lactancia materna puede ser utilizada como método anticonceptivo natural durante los primeros seis meses de lactancia, siempre y cuando sea exclusiva, el amamantamiento al bebé se realice con una frecuencia de 10 a 12 veces durante el día y la noche, y la madre no presente periodo menstrual.

A pesar de todo lo anteriormente señalado, la información de la ENDES continua 2004 advierte que la lactancia materna ha sufrido una disminución de tres puntos respecto al año 2000, es decir, solo el 64% de las niñas y niños en el ámbito nacional reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, lo cual se relaciona con el incremento en los últimos años de la necesidad de la mujer de aumentar su carga laboral. Pero no solo eso, las fuertes campañas publicitarias realizadas por las empresas dedicadas a la producción de la leche artificial han tenido un impacto muy fuerte entre las madres. Muchas de ellas han dejado de lado la vital importancia de la lactancia materna y han optado por recurrir a sustancias químicas en desmedro de la calidad alimenticia de sus hijos.

## Maternidad Segura

### Maternidad segura Avances en el Perú

Uno de los logros más importantes del trabajo sostenido que ha venido realizando UNICEF ha sido el de conseguir que la experiencia de “Las Casas de Espera Maternas” y la atención del “Parto Vertical con Adecuación Intercultural” sean adoptadas como políticas de Estado a través del Ministerio de Salud.

Las “Casas de Espera Materna” son establecimientos con capacidad de brindar una buena atención a la madre gestante. Son lugares a los que la mujer que vive en zonas muy alejadas que no cuentan con servicios de salud puede llegar para esperar el momento del parto. En relación a este trabajo, el Ministerio de Salud señala que su importancia y recomendación responden a una estrategia sustentada y validada por UNICEF. La realidad indica que al existir un alto número de partos domiciliarios atendidos por parteras tradicionales en el Perú, el número de muertes maternas y perinatales es muy alto. Son diversos los motivos que llevan a esta situación. Sin embargo, dos de los más importantes se refieren al hecho de la lejanía y al divorcio cultural entre las mujeres de áreas rurales y los servidores de salud. El trabajo realizan las Casas de Espera es el siguiente:

1. No atienden partos. Cuidan a las gestantes y las preparan para el parto institucional.
2. Incorporan algunas prácticas relativas al ambiente, el cual debe ser cálido y parecido al de su vivienda, y permiten que la gestante esté acompañada de su esposo o de algún familiar.
3. Promotoras(es) de salud atienden a las madres gestantes con asistencia profesional permanente del MINSA, de un personal de salud o de un agente comunitario. También establecen estrategias para captar a las parteras a quienes se les permite asistir a la madre. Con ellas se realiza, previamente, un trabajo de concientización sobre los peligros del parto.

Las modalidades de gestión son diversas e involucran a diferentes actores: MINSA, ONGs, UNICEF y Municipios. Cabe resaltar que, para el trabajo sostenido de las Casas, es muy importante que los Municipios asuman el tema de Salud Materna en sus agendas, planes de desarrollo y presupuestos.

La implementación de una Casa de Espera suele reducir sus costos si se cuenta con el apoyo de la comunidad y las autoridades, quienes ayudan a

## Maternidad Segura

su equipamiento a través de mano de obra, material y mobiliario. Un aspecto importante es el que se refiere al sostenimiento en relación a la alimentación, pues las gestantes acuden a las Casas con sus hijos menores y muchas veces son acompañadas por algún familiar. Es por eso que se han desarrollado algunas estrategias de autofinanciamiento (crianza de animales, huertos y tejidos) o se trabaja a través de donaciones.

El otro tema relacionado a la posición vertical de la madre rural al momento de dar a luz ha dado origen a que el MINSA elabore y apruebe la “Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural”. De esta manera se busca brindar una atención efectiva, de calidad, y respetuosa de las culturas andina y amazónica. Esta norma recientemente aprobada se complementará con las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva.

El parto vertical al que nos referimos anteriormente es aquel en el que la gestante se coloca de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas, mientras que el personal de salud que atiende el parto se ubica delante o detrás de ella y la ayuda. Esta posición permite al bebé orientarse al canal de parto, y de esta manera se facilita el nacimiento disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.

Pero eso no es todo. La adecuación de la atención que se brinda en los establecimientos de salud a la cultura de los usuarios contempla, además, los siguientes puntos:

1. Batas para cubrir adecuadamente a las madres y así no atentar contra su pudor.
2. Evitar el exceso de personal en el ambiente del parto.
3. Informarle a ella, a su pareja o a quien la acompañe sobre los procedimientos que realizará el médico antes del parto e informarle sobre los resultados.
4. Cubrir las ventanas con cortinas.
5. Luz tenue o indirecta.
6. Estufa.
7. Abrigo adecuado.
8. Nunca lavar a la parturienta con líquidos fríos (calentar soluciones).
9. Permitir el ingreso de la partera.
10. Dejar que sea acompañada por el esposo u otro familiar al momento del parto.
11. Informar a la gestante o a su familiar que si lo desean se les puede entregar la placenta.
12. En caso que el servicio de salud elimine la placenta, nunca mostrar que se ha eliminado a un tacho de basura o chata.

## Maternidad Segura

13. Después del parto, permitir el consumo de líquidos (infusiones) que la gestante o familiar elija.
14. Las parteras pueden suministrar las hierbas que habitualmente se administran a la parturienta.

### Proyectos

Según el “Informe anual de avances de las Metas del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, 2002 – 2010”, el Ministerio de Salud se ha planteado una serie de acciones para mejorar la situación de la maternidad en el Perú. Estas medidas son:

1. Se continuará impulsando la mejora de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud frente a las emergencias obstétricas y neonatales a través de la Estrategia nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con énfasis en los establecimientos de salud de las provincias de mayor exclusión.
2. Se fortalecerá el sistema de referencia y contrarreferencia que garantice la atención de calidad de las emergencias obstétricas y neonatales.
3. Se continuará con el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el ámbito nacional, con el propósito de implementar acciones que mejoren continuamente la calidad de la atención de la salud para la mujer, la niña y el niño de las poblaciones amazónicas y andinas dispersas, a través de una oferta flexible, asegurando su periodicidad y oportunidad, y respetando la interculturalidad.
4. Se fomentará la implementación de un sistema de vigilancia del estado nutricional de las madres gestantes que acceden a los servicios de salud a nivel regional y local, y también de un sistema coordinado que integre a los establecimientos de salud responsables del control y atención de las madres gestantes en los distritos de pobreza y pobreza extrema con los ejecutores de los programas de complementación nutricional. En este sentido el MIMDES – PRONAA, a través del PANFAR, se ha planteado en el marco de esta meta para el 2005 atender a 24,573 familias beneficiarias dentro de las cuales se considera un porcentaje de gestantes de acuerdo a la demanda. Este programa será coordinado y ejecutado de manera conjunta en el nivel regional por el MIMDES y las Direcciones Regionales de Salud.

## Maternidad Segura

### Hacia una maternidad segura Las acciones y objetivos de UNICEF en el mundo

*“Los niños que sobreviven a sus madres tienen de tres a diez veces más posibilidades de morir durante sus dos primeros años, que en el caso de que las madres hubieran permanecido con vida. Por cada mujer que muere, treinta más sufren lesiones derivadas del embarazo e infecciones que pueden discapacitarlas para toda la vida. Más de una cuarta parte de todas las mujeres del mundo en desarrollo sufren discapacidades vinculadas con el embarazo. Los riesgos son particularmente elevados para las adolescentes. Las jóvenes embarazadas entre los 15 y 19 años tienen el doble de posibilidades de morir durante el alumbramiento que las mujeres de mayor edad, y para las niñas menores de 15 años el riesgo es mucho mayor”*  
(Ciudades para la niñez, UNICEF 2004)

#### Una mirada hacia el mundo

Las calorías que la madre consume y la calidad de su alimentación tienen una influencia directa sobre el tamaño, el peso al nacer y la vulnerabilidad a la tensión después del nacimiento del niño. De los recién nacidos en todo el mundo, 18% pesan menos de lo recomendable (menos de 2,500 gramos), y esta cifra aumenta a 50% en Bangladesh, donde muchas madres se encuentran desnutridas.

Si bien la atención prenatal es esencial, no debe dejarse de lado la atención durante el alumbramiento. Casi el 99% de todas las muertes relacionadas con el embarazo y el alumbramiento se produce en el mundo en desarrollo. A pesar de la importancia ampliamente reconocida de la asistencia capacitada, casi la mitad de todas las mujeres en el mundo siguen dando a luz sin la ayuda de profesionales, utilizando en vez de ella a miembros de la familia o a parteras tradicionales sin capacitación.

Los peligros del embarazo pueden reducirse mucho si la mujer se encuentra en buen estado de salud y está bien alimentada antes de quedar embarazada, si se somete a un reconocimiento médico al menos cuatro veces durante el embarazo, y si el parto es asistido por un médico, una enfermera o una partera calificada. A los gobiernos les corresponde una responsabilidad

## Maternidad Segura

especial en la prestación de servicios de asistencia prenatal y postnatal, y en la formación de personal capacitado para atender los partos. También deben procurar una atención especial y servicios de envío a centros adecuados para las mujeres que presenten problemas graves durante el embarazo y el parto.

Dentro de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, la Maternidad Segura es uno de los temas claves para lograr una mejor calidad de vida para la madre y el niño. La meta al 2015 es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes, pero lamentablemente los avances al 2004 han sido deficientes: solo el 17% de los países, lo que supone el 32% de la población del mundo en desarrollo, se encuentran bien encarrilados.

De no lograrse el objetivo planteado, las repercusiones en la infancia serían calamitosas. Más de medio millón de madres mueren todos los años como resultado de complicaciones derivadas del embarazo y del parto, y 15 millones de mujeres sufren heridas, infecciones y discapacidad durante el embarazo y el parto. Los niños en la primera infancia tienen menores posibilidades de supervivencia sin el cuidado de sus madres. Si no se logra un esfuerzo concertado para salvar las vidas de sus madres, millones de niños se verán privados del amor y la atención maternos durante la infancia.

## Maternidad Segura

### Madres notables El trabajo de UNICEF en el Perú

El Proyecto de Maternidad Segura del Programa de Cooperación Perú - UNICEF tiene dos componentes claros: la oferta y la demanda. Las principales acciones dentro de la demanda son dos: la Educación Comunitaria y las Redes de Apoyo Comunitario, las cuales están destinadas a incrementar el valor de la maternidad en las comunidades y el traslado de la madre gestante en casos de emergencia. Se ha trabajado de manera intermedia una estrategia para que la gente que está demandando más se acerque al servicio de atención del parto a través de las “Casas de Espera Materna”.

En la oferta, a nivel del servicio, UNICEF plantea como la estrategia más importante la adecuación cultural, la cual permite mayor confianza y el fortalecimiento de la capacidad resolutive en el establecimiento de salud, lo que significa contar con personal capacitado, medicamentos y equipo básico. Para lograrlo se trabaja en conjunto con los servidores de salud, de manera tal que sean ellos quienes propicien un acercamiento con la comunidad a través de trabajos como el mapeo de gestantes. La estrategia está orientada a incrementar la cobertura del parto institucional puesto que la evidencia demuestra que, a mayor cobertura, menor muerte materna.

### Estrategia Integral en Salud Materna en la provincia de San Marcos, Cajamarca.

Los registros sobre la mortalidad materna – perinatal en la provincia de San Marcos en Cajamarca demostraron, en el 2001, que esta zona registraba la tasa más alta de mortalidad perinatal en la DISA Cajamarca. Frente a esta situación, UNICEF planteó la realización de mayores esfuerzos para asegurar que las gestantes de la provincia de San Marcos puedan ejercer su capacidad reproductiva de manera segura accediendo en mayor proporción a servicios de calidad. Para ello concertó la implementación del Proyecto OPEP, cuyo objetivo general ha sido el garantizar que las mujeres gestantes y los recién nacidos reciban una atención de calidad en los servicios de salud respetando su cultura, es decir, reforzar la estrategia integral de atención de salud materna que ya se venía implementando hace algunos años. El proyecto planteó cuatro componentes: el mejoramiento de la capacidad resolutive e implementación de los servicios de salud, la participación comunitaria en redes de apoyo para mejorar la demanda y la realización de acciones de comunicación.

El proyecto, iniciado en febrero del 2002 y finalizado en mayo del 2003, fue ejecutado en la provincia de San Marcos en los centros de salud San

## Maternidad Segura

Marcos, Ichocán, José Sabogal, y los puestos de salud Tintayoc y La Grama, además de la población aledaña a estos establecimientos.

### Resultados del proyecto

1. Establecimientos de salud materna con capacidad resolutive para el logro de una maternidad segura y feliz.
  - 65 profesionales de 17 establecimientos de salud capacitados en emergencias obstétricas y neonatales.
  - 5 establecimientos de salud equipados: San Marcos, Ichocán, José Sabogal, La Grama y Tintayoc.
  - Mayor capacidad técnica y destreza del personal para manejar complicaciones obstétricas y perinatales.
  - Cambio favorable de la actitud al momento del parto de parte del personal de salud.
  - Mejora de la capacidad resolutive en 17 establecimientos de salud de la red que llevó a la reducción de muertes maternas en el 2002 y a la disminución de muertes perinatales con causas como la asfixia.
2. Desarrollo de una red comunitaria para fortalecer la demanda de atención en los establecimientos de salud en cada provincia priorizada.
  - Se constituyeron 63 redes comunales de vigilancia de la salud materna e infantil.
  - Las parteras tradicionales, luego de una capacitación que les permitió tomar conciencia de los riesgos en el embarazo, parto y post parto, están realizando referencia de casos a los servicios de salud.
  - El manual del facilitador reproducido a nivel de la DISA ha permitido manejar contenidos claves en la capacitación de las parteras tradicionales. A algunas de ellas se les entregó el KIT de parto limpio, especialmente a las que viven en zonas geográficas muy distantes
3. Lograr que 5 servicios de salud maternos sean aceptados por las usuarias.
  - Se ha propiciado, a través de las pasantías, que el personal de salud respete las costumbres de la población, aunque todavía hay quienes no las aceptan.
  - En José Sabogal y Tintayoc se incrementó la cobertura en un 10% (75% y 89%, respectivamente). En San Marcos y La Grama se mantiene el mismo porcentaje, pero en Ichocán descendió de 37% a 23%.
4. Realizar campañas de comunicación social para promover una maternidad segura, saludable y feliz.

## Maternidad Segura

### Casas de Espera Materna

Las “Casas de Espera Materna” están instaladas en áreas rurales próximas a un establecimiento de salud, y son lugares donde la madre gestante que vive en zonas sumamente alejadas de centros urbanos puede alojarse para así tener la posibilidad de acceder a un centro de salud. Estas Casas de Espera no son una extensión del establecimiento de salud, sino que parten de la organización y la participación social que de manera comprometida buscan mejorar las condiciones de las mujeres embarazadas, y así garantizar su vida y la del niño por nacer. De esta manera se contribuye a la disminución del riesgo de muerte durante la etapa cercana al parto y puerperio.

Las condiciones para el funcionamiento de estas Casas de Espera dependen del compromiso de la propia comunidad, la cual debe asumir como suyas las responsabilidades en la ejecución y vigilancia del proyecto a través del trabajo de los promotores, las parteras y las defensorías. Asimismo, es importante contar con la colaboración de los alcaldes y los gobernadores de las zonas de intervención, así como de la acción intersectorial del PRONAA y el Ministerio de Educación.

Gracias al trabajo realizado con las Casas de Espera Materna, se han logrado los siguientes objetivos:

- Incrementar la cobertura del parto.
- Vigilar de cerca al personal de salud.
- Generar una actitud favorable hacia la maternidad en las comunidades.
- Introducir nuevo concepto de riesgo. Considerar que una mujer que vive en lugares lejanos corre el riesgo que una complicación en el parto pueda ocasionarle la muerte.
- Atender a bajos costos si hay participación social.
- Permitir el desarrollo de una labor educativa.
- Introducir nuevos paradigmas en las usuarias (higiene).
- Permitir la participación de las familias.
- Fomentar la participación de las familias con alimentos.
- Utilizar las instalaciones para otras enfermedades.

Las experiencias del trabajo de UNICEF son las siguientes:

## Maternidad Segura

### Cusco

#### Paruro: Red de “Casas de Espera”

Las Casas de Espera se encuentran ubicadas en Paruro, Yaurisque, Huanoquite, Paccarectambo, Accha, Omacha, Antapallpa y Rondocan. La cobertura del parto en servicios de salud mejoró notablemente, pasó del 40% en 1999 a 57% en el 2003. Es más, de los 436 partos que registró el Ministerio de Salud en Paruro en el año 2000, 168 fueron de madres gestantes que estuvieron alojadas en alguna de las casas maternas. De acuerdo a la sistematización de la estrategia integral en salud materno perinatal del año 2001, el 75% de las mujeres entrevistadas señaló que la calidad de la atención en los servicios de salud había mejorado, y definieron este cambio como “un buen trato” y respeto a sus costumbres.

#### Centro de Salud de Urinsaya en Espinar

En esta localidad donde también funcionan las casas maternas se registró un incremento sustancial en los partos institucionales. Para el año 2000, el total de partos programados fue de 144. De ellos, apenas 7, es decir el 5%, se atendieron en un centro de salud. Sin embargo, para el 2002, 100 (70%) de los 142 partos programados fueron atendidos en un centro de salud. Mientras tanto, en el 2000, las muertes maternas y perinatales descendieron de 3 y 10 casos, respectivamente, a cero y un caso hasta mediados del 2003.

#### Paucartambo: Huancarani (Cusco)

El porcentaje de gestantes controladas en el Centro de Salud de Huancarani pasó de 25.2% en el año 2000 a 85.1% en el 2002. Estas cifras tuvieron un impacto en la atención del parto institucional, que pasó de ser de 16% en el año 2000 a 53% en el 2003. El trabajo realizado con los servidores de salud sobre el respeto a las costumbres de las comunidades en relación a la posición de la madre al momento de dar a luz originó un incremento importante de la atención de los partos en posición vertical. Estos aumentaron del 28.5% en el año 2001 al 79% en el 2003. Otra cifra destacable se refiere a la mortalidad materna que se mantuvo en cero, mientras que la perinatal bajó notablemente, de 21 casos en el 2000 a 9 casos en el 2003.

## Maternidad Segura

### Cajamarca

#### Provincia de San Marcos

Se elevó el número de partos institucionales con las Casas de Espera. En 1999, solo 17 mujeres acudieron a un puesto de salud a dar luz, mientras que para el 2003 un total de 48 mujeres se atendieron en un servicio médico.

#### Distrito José Sabogal

La instalación de las Casas Maternas ha tenido un efecto importante en el control prenatal. El servicio pasó de 33 casos en 1999 a 58 casos en el 2003. Asimismo, la atención de los partos institucionales aumentó de 17 en 1999 a 48 casos en el 2003. En Huacar la Casa Materna ha sido asumida por la Alcaldía.

#### Provincia de Cajabamba

La Casa de Espera alberga no solo a las gestantes, sino también a sus familias. Como en todos los casos, esta casa se convirtió en un espacio de educación e información para las usuarias. La cobertura del parto en los servicios de salud se incrementó de 21% en 1996 a 36.3% en el 2000, para llegar finalmente al 60% en el 2003.

#### Distrito Caudal

Los partos institucionales se incrementaron en el 2003: 62 mujeres llegaron para ser atendidas en centros de salud. En ese mismo año no se registró ni un solo caso de muerte materna.

### Apurímac

#### Provincia de Tambobamba

Según el Informe del Área de Salud de la Mujer DSP DIRESA, los casos de muerte materna en el 2000 llegaron a 9, cifra que se redujo a 1 en el 2003. De otro lado, los partos institucionales se elevaron: de 38 casos en el 2000 a 68 casos a finales del 2003.

#### Provincia de Aimaraes

Las cifras más alentadoras se refieren al logro obtenido en el control prenatal, que pasó de 28 casos en 1999 a 70 en el 2003. El número de muertes maternas llegó a solo 2 en ese mismo año.

## Maternidad Segura

### **Distrito de Curahuasi**

Los partos institucionales pasaron de 14 en 1999 a 38 en el 2003. La asistencia al control prenatal también se elevó en estos mismos años, pasando de 22 en 1999 a 43 en el 2003.

### **Amazonas**

#### **Condorcanqui: comunidades indígenas amazónicas**

En el Puesto de Salud Belén, comunidad aguaruna del Río Santiago, antes de la construcción de la Casa de Espera y la adecuación cultural en la sala de partos se realizaron 5 partos institucionales. Después de la construcción de la Casa y la adecuación cultural en la sala de partos se alcanzaron 26 partos institucionales en el 2003. Para el año 2004 la cifra creció a 28 partos institucionales, mientras que para el primer semestre del 2005 se lograron 16 partos en servicios de salud.

Todo esto se consiguió gracias a la adaptación de la sala de partos de acuerdo a la cultura de las madres gestantes y al permiso del uso de la medicina tradicional junto a la científica. Los responsables de este centro médico permitieron, además, el ingreso de la familia al momento del nacimiento para generar confianza y seguridad entre las madres. Muchos de los profesionales aprendieron parte del idioma de las mujeres nativas para poder tener una mayor y mejor comunicación. Una de las intervenciones más valiosas es la identificación de los signos de peligro por los que puede atravesar la parturienta, pues el aviso oportuno puede significar la diferencia entre la vida y la muerte de la madre o el niño.

Parte importante de esta estrategia se refiere al apoyo que toda la comunidad brinda al proyecto. Éste se desarrolla en base a un enfoque intercultural, buen trato y calidad en el control prenatal y post natal, y contribuye a desarrollar mejores capacidades en el personal profesional y técnico de salud, al mismo tiempo que genera confianza y disposición de las poblaciones más alejadas para asistir a los centros de salud.

## Maternidad Segura

### Dr. Mario Tavera. Programa de Maternidad Segura UNICEF Perú

**“El 70% de las muertes maternas se concentra en comunidades rurales”**

#### **¿La maternidad en el Perú es segura?**

El Perú es uno de los países de la región americana con mayor tasa de mortalidad materna. Esto está asociado al hecho que muchas mujeres, especialmente las madres rurales, no acceden a la atención del parto profesional, lo que ocasiona que el 70% de las muertes maternas se concentre en comunidades rurales.

#### **¿Estas muertes se producen antes o después del parto?**

El 60% de las muertes se produce alrededor del parto y las principales causas son el sangrado, la toxemia, las infecciones, el parto obstruido y las hemorragias. Ciertamente, todos estos factores están condicionados al contexto previo de la mujer.

#### **¿Cuál es este contexto previo?**

Una mujer que tiene hijos seguidos y sin cuidados, desnutrida, con anemia crónica, analfabeta, sin capacidad para decidir por ella misma, y que vive en una comunidad rural alejada de un servicio de salud donde se puedan resolver problemas puede tener mayores complicaciones en la maternidad.

#### **¿Y por qué no se puede resolver esos problemas solo con los servicios de salud?**

Cuando UNICEF inició su trabajo en este tema hace cinco años nos dimos cuenta de que no bastaba con que existieran los servicios. Nosotros encontrábamos que había centros de salud con obstetrices y médicos, pero las mujeres preferían dar a luz en sus casas. Pronto encontramos que existen algunas barreras que truncan el acceso a esos servicios.

#### **¿Como cuáles?**

Primero, las distancias. Hay mujeres que quieren que su parto sea atendido en un centro médico, pero éste queda muy lejos, muchas veces a un día de camino, y a veces el parto empieza de noche y no hay movilidad. Había

## Maternidad Segura

que empezar por desarrollar estrategias para acortar las distancias. La segunda es la barrera cultural, porque en los servicios de salud los médicos, las enfermeras y las obstetras, están formados de una manera y la gente en estas poblaciones tiene una visión diferente. Por ejemplo, a las mujeres les gusta dar a luz sentadas o paradas, abrigadas, tomando líquidos, con un familiar al lado; en cambio, en los centros de salud ocurre todo lo contrario. Por eso es que nosotros planteamos que para mejorar el nivel de acceso hacia estos establecimientos debíamos hacer algunas modificaciones en el servicio que permitieran crear mayor confianza.

### ¿Es el tema económico otro factor?

Así es. Se ha trabajado mucho en el impulso del Seguro Integral de Salud y se ha logrado a pesar de que no llega de la mejor manera a todas partes. Sin embargo, es un avance porque el estado reconoce que el parto tiene que ser gratuito pues es un derecho. Hay otra barrera que también es muy importante y se refiere a la falta de apoyo a la mujer, empezando por el marido. Ellos son los que deciden si la mujer que está sangrando va al servicio o no. Es por eso que hubo que hacer todo un trabajo con la pareja y con la comunidad para generar una conciencia a favor de la maternidad. Este estado no es solo de la mujer, es un tema de la pareja, y debe ser un valor para la comunidad. La única forma de proteger el futuro es empezando por una buena maternidad.

### ¿Y cómo se trabaja el tema de la maternidad segura en zonas donde el machismo forma parte de la cultura?

Aquí debemos empezar por reconocer que los servicios de salud se han encargado de separar a la mujer de su pareja al momento de dar a luz. En la sierra peruana, sobre todo en el sur, los maridos eran quienes atendían el parto. Esta es una cuestión cultural que viene desde la época preincaica, y de pronto llegan foráneos a pretender aislar al hombre de esta participación. Fomentamos la separación y eso ha motivado que muchas familias no consideren la posibilidad de atenderse en centros de salud. Es por eso que nosotros hemos estimulado, por un lado, que los servicios de salud permitan que el marido ingrese al momento del parto y que vaya al control prenatal, y por otro lado, que ellos entiendan la importancia de participar en todo el proceso del embarazo y en la invaluable ayuda que brindan cuando junto a su pareja toman las mejores decisiones.

### ¿Dónde ha centrado UNICEF su trabajo en este tema?

En cuatro departamentos, Apurímac, Cusco, Cajamarca y Amazonas. En todos ellos el trabajo se realiza en zonas rurales con culturas diferentes donde

## Maternidad Segura

se presentan barreras diferentes, por lo que hay que aplicar una estrategia para cada caso. Es un tema de calidad, de derechos humanos, y de acceso y presencia de servicios donde se concentran las poblaciones más necesitadas. Allí sí tenemos una experiencia interesante, porque en las zonas donde se ha trabajado se incrementaron los partos institucionales y se redujo la mortalidad de la mamá y de los recién nacidos. Cabe resaltar que el 40% de las muertes infantiles en el Perú están asociadas al primer período del recién nacido, y esto se debe a que cuando la criatura nace no recibe una atención inmediata.

### **El parto siempre es un riesgo**

Es un riesgo no solo para la madre, sino también para el recién nacido. Si el niño es muy grande o está en una posición inadecuada no tendrá la fuerza suficiente para poder salir, y ése siempre es un riesgo que puede determinar que un parto se complique.

### **¿De qué manera concreta se ha empezado a trabajar para solucionar el problema de las distancias que hay entre las comunidades y los centros de salud?**

Nosotros hemos ayudado con una estrategia concreta, las Casas de Espera, que son hogares comunitarios donde las mujeres pueden venir días antes del parto y alojarse. Hemos implementado estos lugares en la medida que las comunidades querían tenerlas y difundirlas.

### **¿Y esta propuesta tuvo acogida?**

Claro que sí. En este momento funcionan 130. Nosotros hemos apoyado con 30, pero luego éstas han ido creciendo por iniciativa de las propias comunidades y del Ministerio de Salud.

### **¿Y en relación a las costumbres en la forma de dar a luz?**

Hemos desarrollado estrategias muy concretas para que el servicio se adecue a las costumbres de las comunidades. Por ejemplo, hemos trabajado para que los servidores de salud mantengan la temperatura de la sala de partos, cuiden el pudor de las mujeres y permitan a las madres dar a luz en posición vertical. Son cosas sencillas y de adaptación, no significan un deterioro de la tecnología o de la ciencia.

### **¿Y cuál ha sido el mayor rechazo que han tenido?**

El mayor rechazo lo recibimos del personal médico de salud formado en universidades, pues no aceptaba estos cambios.

## Maternidad Segura

### **¿Este programa de maternidad segura continúa hasta después del nacimiento?**

Este tema está articulado a otro proyecto, Crecimiento y Desarrollo Temprano del Niño. Nuestro nicho fue la reducción de la mortalidad materna y perinatal mediante el incremento del acceso a los servicios de salud. Lo interesante de esto es que la experiencia que se ha desarrollado ha servido al Ministerio de Salud para desarrollar una política. Todo esto ha contribuido a que haya una conciencia mayor de que en el Perú hay realidades diferentes. El tema del parto es un tema cultural muy sensible que ha tocado al ser humano desde que está en la faz de la tierra.

### **Especialmente en un país pluricultural como éste.**

En un país con tanta diversidad cultural como el Perú, donde los problemas se concentran en las zonas que tienen una cultura diferente a la nuestra occidental. Es la experiencia más avanzada de interculturalidad que debe impregnar a otras áreas.

### **¿Y cómo se han logrado los objetivos en las comunidades de la selva donde existe el trabajo de UNICEF, en Amazonas, por ejemplo?**

Allí el trabajo es mucho más complejo. Nosotros trabajamos con las comunidades aguaruna y huambisa, lo que es mucho más difícil porque la presencia del Estado es más precaria, el machismo es mayor y el acceso es más difícil, pero aún así se han conseguido logros. La situación en esos lugares es extrema: encontramos a 6% de las madres atendiendo su parto en un centro de salud, lo que significa seis de cada cien. En dos años de trabajo y con un gran esfuerzo se ha subido esa proporción a 25.

### **¿Y por qué ocurre esto?**

Primero, porque no hay servicios, esa es la razón más importante; y segundo, porque tienen desconfianza.

### **¿Y cómo se maneja el tema del idioma?**

Ese es un punto interesante. En esas zonas hay técnicos sanitarios locales que hablan el idioma. También ha sucedido que cuando se sensibiliza sobre el tema, el personal de salud y las obstetras desarrollan una capacidad especial y veloz para aprender el idioma. Nosotros estamos impulsando el tener un vademécum básico de palabras en el idioma local, desde el saludo hasta las enfermedades más frecuentes. También estamos trabajando con

## Maternidad Segura

parteras. Es fundamental trabajar con gente de la comunidad para poder llegar a ellos.

### **¿Además de los awajum y wampis, con quiénes más se trabaja?**

El año pasado empezamos con los Candoshi y los Shapras del Alto Amazonas. Estamos produciendo material para ellos en el idioma local. Esto se hizo a propósito del tema de la Hepatitis B, pero lo hemos articulado con el tema materno.

### **Este programa termina en el 2005. ¿Existe la posibilidad que continúe a través de otro proyecto que complemente lo que ya se avanzó?**

Vamos a proponer algunas cosas. Estamos sistematizando la experiencia y vamos a seguir trabajando en otros proyectos.