

Fall 2011

La Etnia y las Cesáreas en los Partos en el Hospital Público de Arica, Chile

Marisa Westbrook
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Community-Based Research Commons](#), [Family, Life Course, and Society Commons](#), and the [Maternal and Child Health Commons](#)

Recommended Citation

Westbrook, Marisa, "La Etnia y las Cesáreas en los Partos en el Hospital Público de Arica, Chile" (2011). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1167.
https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1167

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

La etnia y las cesáreas en los partos
en el hospital público de Arica, Chile

Marisa Westbrook

SIT Arica, Chile - Otoño 2011
Salud Pública, Medicina Tradicional, Empoderamiento Comunitario
Directora Académica: Rossana Testa, Lic, MGP, MBA, PhD

Índice

A. Agradecimientos.....	2
B. Abstract.....	3
C. Listas de figuras, tablas.....	4
D. Abreviaciones.....	4
E. Introducción.....	5
F. Objetivos.....	7
G. Marco teórico	8
H. Metodología.....	11
I. Resultados.....	13
Análisis.....	16
J. Discusión.....	18
K. Conclusión.....	23
L. Notas.....	25
M. Bibliografía.....	28
N. Apéndices.....	31
A. Entrevista con Ester Quispe, matrona Aymara.....	31
B. Entrevista con Morelia Arias, matrona supervisora.....	34
C. Explicación detrás razones por cesárea.....	35

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a cada persona que me ayudó durante el desarrollo de esta investigación.

En primer lugar, gracias al equipo de SIT en Arica, la directora académica Rossana Testa, y nuestra profesora Patricia Huber por sus consejos y dirección con este proyecto.

Gracias a Verónica Vicenio de CONADI por su asistencia en mi búsqueda por el libro, “El catastro de apellidos usados por indígenas aymaras en el región de Arica-Parinacota y Tarapacá.”

Me siento muy afortunada porque el hospital Dr. Juan Noé Crevani fue un recurso en Arica. En particular, quiero agradecer a la Sra. Ester Quispe, la matrona aymara en el hospital y mi consejera para esta investigación, por todo su tiempo ayudándome y aclarando los datos del libro de partos.

Agradezco también a la matrona supervisora Morelia Arias, Silvana Malhuenda, y otras matronas en la sala de partos por su paciencia, su tiempo, y por el permiso de observarles y compartir sus trabajos. Todos fueron muy amables.

Abstract

Ethnicity and the rate of birth by Caesarean section in a regional public hospital in Arica, Chile

The principal objective of this project was to explore the relationship between ethnicity and the causes for Caesarean section in the regional public hospital in Arica, Chile. All births recorded in the maternity register (n=907) were analyzed over a 4-month period in 2011. The regional public hospital had a 27% caesarean section rate, higher than the WHO-recommended 15%. Last names were analyzed and deemed to be either of Aymara descent (n=275) or of European descent (n=632) based on criteria used from CONADI, the National Corporation for Indigenous Development. The overall rate of Caesarean section did not differ between Aymara and non-Aymara population (27.6 vs 26.7%, respectively). However, an initial evaluation revealed apparent differences in the underlying causes between the two populations. Aymara women had higher rates of Caesarean section for fetal suffering, D.P.P.N.I., and cephalo-pelvic disproportion, whereas non-Aymara women had higher rates of Caesarean section for stationary dilatation, dystocia, or bad obstetric conditions. Some reasons for Caesarean section may be related to issues of culture, but further studies are necessary to determine the reasons for the differential risk factors for Caesarean section. The results indicate that future plans to address the high rate of Caesarean sections in Chile should be specific to each population.

Key words: Maternal health, Aymara population, Caesarean section, Chile

Listas de figuras/tablas

Figura 1. Características de la muestra.

Panel A: Pacientes aymara y no aymara.

Panel B: Edad de la madre.

Figura 2. Tasa de cesárea entre las poblaciones.

Tabla 1. Frecuencia de razón por cesárea en la población sin ascendencia aymara y con ascendencia aymara.

Abreviaciones

CONADI: Corporación Nacional de Desarrollo Indígena

FONASA: Fondo Nacional de Salud

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional

MINSAL: Ministerio de Salud

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

SNS: Servicio Nacional de Salud

Introducción

La salud materna es un tema crítico en el mundo, y América latina tiene estadísticas que deben cambiar con la ampliación de accesibilidad de la salud y el mejoramiento de los derechos de las mujeres. Con el empoderamiento, las mujeres se enfocan en la educación, planificación familiar, las finanzas de su familia, y también en la salud de sus hijos.¹

El objetivo más retrasado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas es la salud materna, y es imperativo que el mundo centre sus esfuerzos en esta área.² Para evitar riesgos de excesos durante el embarazo, la tasa mundial de cesárea debe ser observado cuidadosamente para derribar esta estadística. La Organización Mundial de la Salud sugiere una tasa de cesárea de 15%, pero sólo 12 países de América latina tienen estadísticas debajo de ese porcentaje.³ Chile tiene una de las tasas más alta, con un promedio nacional de 42%.⁴

La salud de las mujeres y sus bebés puede ser afectada por muchos factores, incluyendo la situación económica, social, cultural, ambiental, o también los genes de la familia. La región de Arica y Parinacota en el norte de Chile tiene un población única compuesta por personas con ascendencia indígena y ascendencia europea. No hay muchos estudios comparando la salud materna de estas poblaciones viviendo en el norte de Chile, por lo tanto vale la pena examinar estas poblaciones.

Las tradiciones aymara son diferentes de la población general de Chile, porque tienen su propia cosmovisión y medicina. La salud materna es observada por una partera, que vigila la salud holística de la mujer. Con la ley que dice que todos deben dar a luz en el hospital regional y otras exigencias del Ministerio de Salud, el país ha cambiado la cultura aymara con respecto a los embarazos para corresponder más a la cultura popular chilena. Hay muchas maneras de identificar si todavía hay diferencias entre las dos poblaciones, pero un indicador interesante es comparar las razones detrás de las cesáreas porque en muchos casos, las cesáreas pueden indicar problemas específicos a algunas poblaciones.

Las cesáreas muestran muchos temas diferentes, y si examinas las condiciones que afectan a las mujeres, todos los problemas de salud que son comunes pueden

manifestarse detrás de las razones de la cesárea (diabetes, hipertensión, obesidad, abuso de drogas y alcohol, salud mental, y otros). Por ejemplo, los partos adolescentes tienen una gran correlación con la desproporción céfalo-pélvica y la eclampsia está relacionada con hipertensión gestacional. Ellas no están directamente correlacionadas pero pueden servir como indicadores de la salud de una población. También, puede reflejar la economía de la prestación de servicios de salud.

Los temas de este proyecto incluyen la cesárea, los aymara, y sus interacciones con el sistema de salud chileno. Este estudio fue realizado para responder a algunas preguntas- ¿Hay diferencias en los resultados maternos (parto normal versus cesárea) entre las poblaciones con ascendencia aymara y con ascendencia europea? ¿Son legítimas las razones detrás de las cesáreas y cuantos realmente fueron necesarios? ¿La inclusión de los aymara en el sistema público de salud está mejorando la salud materna? Y finalmente, ¿podemos limitar las cesáreas para disminuir la tasa hasta la recomendación de la OMS, el 15%? Este estudio demostrará un ejemplo de comparación entre estas poblaciones, que en el pasado tuvieron diferencias pero ahora tratan el embarazo en una manera más similar. A través de estadísticas comparando la tasa de cesárea y las razones detrás de las cesáreas, la investigadora estudiará si realmente hay alguna diferencia entre las poblaciones, excepto sus historias diferentes.

Objetivos

General

- Identificar las razones más frecuentes detrás de las cesáreas en el hospital público entre las poblaciones aymara y no aymara.

Específico

- Identificar las mujeres con ascendencia aymara para distinguir si hay razones específicas detrás de la cesárea en esta población.
- Determinar si es posible limitar las cesáreas, a fin de disminuir la tasa para estar de acuerdo con la recomendación de la OMS de un tasa de 15% de cesáreas.

Marco teórico

SALUD MATERNA DE CHILE

Aunque considerado un país en una etapa avanzada de la transición demográfica, con una marcada reducción en la fertilidad y mortalidad, Chile todavía sigue luchando contra problemas de salud materna. Ha habido una importante disminución de la mortalidad materna en Chile debido a la implementación y el éxito de las políticas públicas en la salud reproductiva. A través de la creación de centros del Servicio Nacional de Salud (SNS) en todo el país, un mayor uso de anticonceptivos, y un 99% de atención profesional al parto, la tasa de mortalidad materna en Chile ha bajado a 30 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.⁵ Esto es bajo en comparación con los países vecinos como Argentina que tiene una mortalidad materna alrededor de 50 muertos por cada 100.000 nacidos vivos.⁶ En la región de Arica y Parinacota, la tasa de mortalidad materna es 87.7 muertos por 100.000 nacidos vivos, lo peor del país.⁷ Sin embargo, la posición económica de Chile revela que las estadísticas de Chile debe corresponder más estrechamente con la tasa de mortalidad materna de países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).⁸

POBLACION AYMARA Y SU SALUD MATERNA

El norte de Chile, donde hay la tasa más alta de mortalidad materna, es donde vive la mayoría de la población aymara del país.⁹ La primera región del país, Arica y Parinacota, tiene un 9.8% de población indígena.¹⁰

En el pasado, los problemas de salud más comunes que afectan a los aymara son enfermedades de la pobreza, la nutrición inadecuada, y la falta de infraestructura de salud que influye el acceso a los recursos.¹¹ Un estudio en el norte de Chile identificó que los niños indígenas viviendo en el altiplano tenían tasas de infección 50% superior a los de ascendencia española en la costa.¹² Sin embargo, con la aculturación, tasas superiores de tuberculosis, obesidad, e hipertensión en la población indígena son más comunes.¹³ Sin estudios, comparar estas poblaciones hoy en día conviviendo en Arica, es difícil hacer la suposición de que aún existen estas diferencias entre las poblaciones.

Mientras que los aymara han mantenido algunos aspectos de su cultura, las tradiciones con la salud materna han cambiado debido a las expectativas políticas y las leyes que rigen los nacimientos. Parteras tradicionales en el altiplano, proveedoras de servicios de salud dirigidos a las necesidades individuales de cada madre y bebé, ahora sirven solamente como mujeres a consultar durante el embarazo y están obligadas a enviar a las mujeres para su nacimiento hasta el hospital regional de Arica. Sin embargo, el apoyo especial de una mujer como una partera a una madre durante el parto puede reducir la probabilidad de una cesárea.¹⁴ Fue observado también que las tasas de cesárea son inferiores en situaciones donde las mujeres reciben tratamiento en un servicio basado en la comunidad con partería en lugar de un servicio basado en un hospital.¹⁵

Hay un programa intercultural del Ministerio de Salud (MINSAL) llamado “Utasanjam usuña” en los hospitales que trata de incorporar las tradiciones y creencias culturales aymara alrededor del parto. Las mujeres son libres de elegir su posición del cuerpo para el parto, pueden usar medicina tradicional o hierbas, y pueden quedarse antes, durante, y después del parto en una habitación climatizada separada de otros pacientes.¹⁶ Sin embargo, este programa es poco usado, por falta de conocimiento sobre el programa entre otras razones, y la mayoría de los partos de mujeres aymara son considerados normales.

Este programa y otros tratan de incluir los aymara en el sistema de salud, algo que influye sus prácticas y religiosidad. Las indígenas aymara tienen ideas sofisticadas sobre la salud y el bienestar, con conceptos que están más cerca de la definición de las aspiraciones de la OMS que las perspectivas más occidentales. La salud de muchos pueblos indígenas no es solo la ausencia de una enfermedad, pero también es un estado espiritual, comunal, y relaciona con el equilibrio de los ecosistemas y el bienestar.¹⁷

LA TASA DE CESAREA

En el mundo, la tasa de cesárea es algo que todavía es muy alta y cada gobierno trata de concentrarse en bajar esta estadística. La Organización Mundial de la Salud recomienda una tasa de 15% para las cesáreas, que es un objetivo importante para reducir el riesgo materno si los medios son saludables y no exponen a las madres a riesgos adicionales.¹⁸ La tasa de cesárea en Chile es alrededor de un 42%.¹⁹ La tasa de cesárea en

el sector público es alrededor de 27% y la tasa de cesárea en el sector privado tiene una gama de 57-83%.²⁰ Cada cesárea cuesta el país US\$350 más que un parto normal en Chile.²¹ Por cada aumento de 1% de cesáreas, el aumento de costo es US\$9.5 millones.²² Las pacientes que han tenido una cesárea en el pasado y que tienen cicatriz, aunque todavía se consideran para el parto normal, constituyeron el grupo con mayor contribución a la tasa de cesárea.²³ Un estudio reportó que las indicaciones más altas por cesárea incluyen cesárea antecedente, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal, pre eclampsia, y otras complicaciones maternas.²⁴

RIESGOS DE CESAREA

La correlación entre el aumento de las tasas de cesárea y la mejora en la supervivencia materna es obvia para países que todavía están en desarrollo, pero no hay esta asociación en países con economías más avanzadas.²⁵ Asimismo, en las zonas donde la mortalidad materna y neonatal ya son bajas, aumentando la proporción de bebés entregados por cesárea no resulta en nuevas mejoras en salud materna.²⁶ Las tasas altas de cesárea se asociaron con varios resultados maternos negativos, específicamente la hospitalización prolongada, mayor uso de antibióticos posparto, y una mayor necesidad de transfusión de sangre.²⁷ Mujeres sometidas a partos por cesárea tienen también hasta cinco veces más el riesgo de una infección posparto en comparación con las mujeres sometidas a partos normales.²⁸ Un aumento en la tasa de cesárea fue significativamente asociado con mayor riesgo de morbilidad materna severa y mortalidad y un aumento de riesgos para el recién nacido. La tasa de parto prematuro y de mortalidad neonatal aumentan una vez que la tasa de cesárea es más alta que un 10%.²⁹ A pesar de su popularidad en países desarrollados, la cesárea dobla los riesgos por la morbilidad materna severa y mortalidad, y su uso puede estar causando daño.³⁰

Metodología

Para recoger datos suficientes sobre los partos en el hospital regional público, esta investigación incorporó recolección de datos del libro de partos del hospital, entrevistas con matronas y supervisoras, y una investigación literaria.

Esta investigación fue hecha en la sala de partos del hospital regional público, Dr. Juan Noé Crevani, en Arica, Chile. La población y la muestra de esta investigación fueron todas las mujeres que han dado a luz en el hospital entre el 1 de mayo 2011 y el 13 de septiembre 2011, un tiempo de 4 meses y medio.

DATOS DEL LIBRO DE PARTOS

Los datos fueron recolectados del libro de partos en la computadora en la sala de partos con la ayuda de la matrona aymara, Ester Quispe. Los datos recolectados fueron separados en dos hojas de Excel para mantener la confidencialidad de la investigación. Una hoja incluyó información sobre la mujer (su previsión, edad, fecha de parto, hora de parto, cirujano, trabajo de parto, si fue una cesárea, su consultorio, y su matrona) y también información sobre el bebé (el sexo, tiempo de gestación, peso, talla, circunferencia de cabeza, nota del Apgar, y su destino). Otra hoja incluyó los apellidos de los pacientes, y esta hoja fue guardada solamente hasta el tiempo de finalizar la identificación de los apellidos Aymara. La investigadora utilizó Excel para analizar estas estadísticas con estos datos.

ENTREVISTAS

La investigadora hizo entrevistas con matronas, cirujanos y la matrona supervisora, Morelia Arias, trabajando en la maternidad para clarificar la información del libro de partos. Cada entrevista informal con los cirujanos o matronas era de 15 minutos en la sala de partos. Hablaron juntos para tener claro los conocimientos sobre la fluidez y la organización del sistema público de partos. También, la investigadora hizo una entrevista de una hora con Ester Quispe, la matrona aymara, para entender la sala de partos aymara y los problemas más comunes relacionados con los partos. La investigadora hizo un seguimiento de este entrevista con Ester Quispe para aclarar información del libro de

partos. Había algunas categorías de datos con abreviaciones y las razones detrás de las cesáreas que necesitaban más descripción. La entrevista formal con Morelia Arias fue en su oficina privada y duró media hora. Esta entrevista fue muy importante a causa de la información sobre las estadísticas que tiene Morelia. Morelia Arias sirve como un brazo del Servicio de Salud, porque ella está encargada de las estadísticas de la maternidad en el sector público. Ver Apéndice B para una transcripción de esta entrevista.

IDENTIFICACION DE LOS AYMARA

La identificación de los pacientes con ascendencia Aymara fue un proceso prudente. La investigadora recibió un libro, “El catastro de apellidos usados por indígenas aymaras en el región de Arica-Parinacota y Tarapacá,” de CONADI, la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Con esta información, ella separó los apellidos Aymara de los apellidos no Aymara con lo mejor de sus habilidades, utilizando sólo nombres aprobados del catastro de CONADI. Ella identificó los pacientes con solamente apellidos paternos Aymara y personas con solamente apellidos maternos Aymara. Había 632 pacientes sin alguna indicación de ascendencia aymara. 275 de los pacientes tienen ascendencia aymara, con solo un apellido o dos apellidos aymara. 91 de los pacientes tenían dos apellidos aymara, indicando un apellido paterno aymara y un apellido materno aymara. 87 pacientes tienen solamente un apellido paterno aymara y 97 pacientes tienen solamente un apellido materno aymara.

Resultados

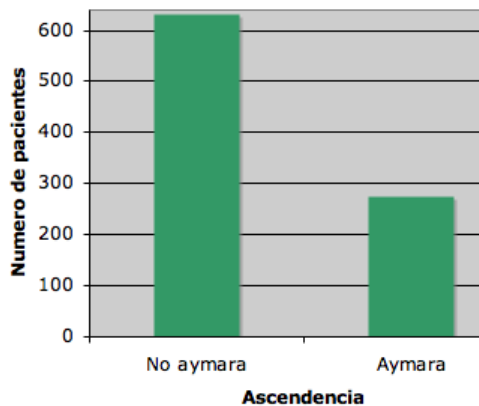
CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA MUESTRA

Los datos fueron recolectados del hospital regional en Arica, Chile, que recibe todo los partos del sector público. El hospital maneja un gran número de nacimientos, aproximadamente 7 por día o 200 cada mes. A fin de obtener una muestra razonable, la investigadora analizó todos los nacimientos entre el 1 de mayo 2011 y el 13 de septiembre 2011. En los datos completos había 907 pacientes e información sobre sus partos.

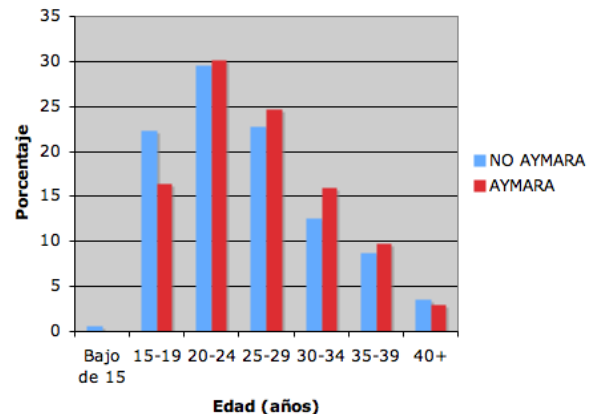
Utilizando el catastro de apellidos aymara de la región de CONADI, la investigadora identificó que 632 de los partos fueron de pacientes sin ascendencia aymara y 275 de los partos fueron de pacientes con ascendencia aymara. Como puede ver en la Figura 1, de los 907 nacimientos, aproximadamente dos tercios eran no aymara y un tercio era aymara. Estos datos dicen que había un 30% de aymara en la población total, que es una cifra superior al esperado 14% de la población aymara según la administración del hospital.

Figura 1. Características de la muestra.

Panel A: Pacientes no aymara y aymara. Los pacientes no aymara constituyeron 2/3 de los datos y los pacientes aymara constituyeron 1/3.



Panel B: Edad de la madre. Las pacientes aymara y no aymara tienen básicamente la misma distribución de edad.

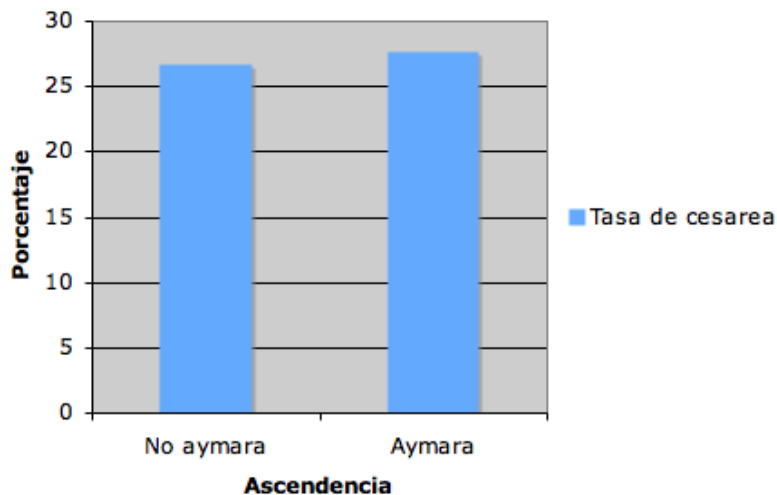


TASA DE CESÁREA

La tasa de cesárea en Chile está alrededor de un 42%,³¹ con una tasa de cesárea en el sector público de 27% y una tasa de cesárea en el sector privado de 57-83%.³² En el conjunto de datos había algunos tipos diferentes de partos. 654 de los partos fueron normal, 245 de los partos fueron cesáreas, 6 fueron con fórceps, y 2 no tuvieron datos sobre el tipo de parto. En total, la tasa de cesárea en este estudio fue 27%.

En esta muestra, la población sin ascendencia aymara tuvo 169 cesáreas, o una tasa de 26.7% de cesárea. Con la población indígena había 76 cesáreas, o una tasa de cesárea de 27.6%.

Figura 2. Tasa de cesárea entre las poblaciones.



CAUSAS DE CESÁREA

Había categorías mayores y menores en los datos de las razones detrás de las cesáreas. Por ejemplo, había 23 cesáreas por sufrimiento fetal, con 12 en la población no aymara y 11 en la población aymara. Otras razones, como cirugías antecedentes, tienen solamente 1 o 2 pacientes por cada uno. También, es posible agrupar algunas razones juntas, como problemas con la placenta (placenta previa sangrando, placenta previa oclusiva, y D.P.P.N.I.- desprendimiento prematuro de placenta normoinsera).

Tabla 1. Frecuencia de razón por cesárea en la población sin ascendencia aymara y con ascendencia aymara. Esta lista contiene cada razón escrita por las cesáreas sin juntar ninguna categoría. Una lista de explicaciones detrás de los razones de cesárea está en el Apéndice C.

Razón por cesárea	No aymara	Aymara
Alteración U.F.P.	1.8%	5.3%
Aneurisma cerebral operado	0%	1.3%
Antec Cesárea 1	7.7%	9.2%
Antec Cesárea 2	9.5%	7.9%
Antec Cesárea 3	1.2%	1.3%
Antec Dehiscencia Histerorrafia	0.6%	0%
Antec Miomectomía	0.6%	0%
Bradicardia fetal	0%	1.3%
Cardiopatía materna operada	0%	1.3%
Crisis hipertensiva + preeclampsia severa	0%	2.6%
D.P.P.N.I.	1.8%	5.3%
Desproporción Cef. Pélvica	4.7%	7.9%
Deterioro de unidad feto placentaria	3.0%	0%
Dilatación Estacionaria	13.6%	4.0%
Distocia de posición	5.3%	2.6%
Eclampsia	0.6%	0%
Expulsivo detenido	1.2%	0%
Falta Descenso Present.	3.0%	4.0%
Falta Progreso Trabajo de Parto	0.6%	0%
Feto en situación crítica	0.6%	0%
Fracaso inducción	0.6%	1.3%
Gemelar- Doppler alterado G1	1.2%	0%
Gemelar Cef.-Pod	2.4%	5.3%
Gemelar trans-Pod	1.2%	0%
Hidrops fetal + compromiso materno	0%	1.3%
Inducción fracasada	1.2%	0%
Macrosomía fetal	10.7%	10.5%
Malas Condiciones Obst.	4.7%	0%
Oligoamnios severo	0%	1.3%
Placenta Previa Oclusiva	0%	1.3%
Placenta Previa Sang.	0.6%	1.3%

Podálica	5.3%	5.3%
Preeclampsia severa	3.6%	1.3%
Protocolo 076 (VIH)	1.8%	0%
Ram mayor 12 hrs	0.6%	0%
RPO, preeclampsia	0.6%	0%
Sin razón	1.8%	2.6%
Sufrimiento fetal	7.1%	14.5%
Tronco	0.6%	0%
Urolitiasis	0.6%	0%
Total	100%	100%

ANALISIS

Figura 1 muestra el gran tamaño de la muestra con dos poblaciones únicas y que la edad tuvo una distribución relativamente normal. En el Panel A, es visible que había 2 veces más personas sin ascendencia aymara, pero todavía había un gran porcentaje de personas con ascendencia aymara. En relación con la proporción de aymara en la región de Arica y Parinacota que tiene un porcentaje indígena de 9.8%, el 30% de pacientes aymara es significativo. Con el Panel B, las distribuciones de edades de los pacientes no aymara y aymara no tuvieron gran diferencias- solamente hay el máximo de 5 pacientes de diferencia entre los columnas. Después de analizar las edades de las madres en estas dos poblaciones, la edad promedio de los pacientes fue calculada en 29 años, con 4 pacientes al mínimo edad de 14 años y 2 pacientes al máximo de 45 años. La edad media fue calculada en 24 años.

En Figura 2, las tasas de cesárea entre las poblaciones sin ascendencia aymara de 26.7% y con ascendencia aymara de 27.6% fueron básicamente las mismas. Sin ver cada razón por cesárea, las tasas generales de cesárea no fueron muy diferentes uno al otro y se juntaban para dar una estadística de 27% de cesáreas en el hospital público.

En cambio, en la Tabla 1, fue interesante ver cómo las diferencias en razonamiento específico detrás de las cesáreas parecieron equilibrarse mutuamente a fin de que la tasa general pasa a ser igual. Con algunas razones detrás de las cesáreas, había al menos un doble de diferencia en las cifras de frecuencia. Estas razones incluyeron el sufrimiento fetal, D.P.P.N.I., dilatación estacionaria, y malas condiciones obstétricas. La población aymara tuvo una tasa doble de cesárea por razón de sufrimiento fetal (14.5% aymara comparada a 7.1% no aymara). La población aymara también tuvo una tasa triple

de cesárea por razón de D.P.P.N.I. (una tasa de 5.3% aymara comparada a 1.8% no aymara). Por el otro lado, la población sin ascendencia aymara tuvo 13.6% de sus cesáreas por dilatación estacionaria cuando la población con ascendencia aymara solamente tuvo 4% por esta razón. También, 4.7% de las cesáreas en la población sin ascendencia aymara fueron hecho por la razón de malas condiciones obstétricas y no había ninguna cesárea en la población con ascendencia aymara por esta razón.

Distocia de posición y desproporción céfalo-pélvica son dos razones por cesárea que podrían tener conexiones culturales. La población aymara tuvo una tasa de 2.6% por cesárea relacionada a la distocia de posición cuando la población no aymara tuvo una tasa más alta de 5.3%. La desproporción céfalo-pélvica tuvo más influencia sobre las cesáreas aymara, con una tasa de 7.9% comparada a la tasa no aymara de 4.7%. Estas estadísticas no son obviamente diferentes estadísticamente, pero tienen índices que deben ser mirados.

Discusión

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Hubo algunas limitaciones con esta investigación, incluyendo primeramente la identificación de los aymara. En la maternidad del hospital público, hay un espacio en las fichas del paciente preguntando si el paciente es aymara o no, pero ninguna ficha tiene esta información llena. Sería más fácil buscar mujeres aymara utilizando su dirección del libro de partos, pero muchas pacientes que vienen del altiplano o la precordillera ponen “Arica” como su casa si vienen de lejos porque se quedan con otros miembros de su familia, amigas, o en el Hogar de la Madre Campesina, que es un lugar especial para estas mujeres. Asimismo, no se puede identificar a los aymara exclusivamente por ubicación porque podría perder algunos datos importantes sobre los aymara viviendo en Arica, en la zona urbana.

Otra limitación fue la comprensión de las razones detrás de las cesáreas en este hospital en particular. Los diagnósticos no son muy claros por cada cesárea, y es difícil asumir los pensamientos del médico. Por cada cesárea, solamente hay un espacio para llenar en el libro de partos donde puedes marcar o elegir una opción de los razones por cesárea. Esto resulta en problema donde hay algunas razones muy semejantes, o solamente una de las razones por cesárea que es indicada en los datos. Puede ser que había señales de sufrimiento fetal y el médico decide de operar como cesárea antes que el problema se resuelva naturalmente, o que también había una crisis hipertensiva en la madre y solamente escribió la razón como la crisis. Sin embargo, los cirujanos en el hospital son muy prudentes para pasar a una cirugía porque su decisión es revisada por personal del hospital después de la cesárea para ver si fue necesaria.

Para finalizar, algunas de las estadísticas de este conjunto de datos no son estadísticamente diferentes pero pueden mostrar algo interesante si hubiera más datos para analizar. Esto hace un caso para ampliar el tamaño de la muestra en un futuro estudio para demostrar las diferencias entre las poblaciones aymara y no aymara.

HIPOTESIS SOBRE EL ANALISIS DE RESULTADOS

Con todas las razones para cesárea, solamente había algunas que necesitan discusión sobre sus diferentes tasas entre las dos poblaciones. No es posible plantear una hipótesis de por qué la población aymara tendría una tasa más alta de sufrimiento fetal o de D.P.P.N.I., porque hay muchas razones que están detrás de este motivo para cesárea. Sin embargo, hay algunos casos interesantes en la población aymara en particular que pueden tener aspectos culturales y fisiológicos. La distocia de posición tiene una frecuencia más baja en la población aymara, y puede ser que esta estadística es menor gracias a las parteras. Las parteras tratan de colocar en correcta posición el cuerpo del feto en algunas maneras tradicionales con una manta, mientras que la madre esta acostada.

En el caso de la dilatación estacionaria, la población no aymara tuvo una tasa triple de la población aymara. Una hipótesis sobre esta información puede ser que la mujer aymara llega al hospital en una situación más avanzada de parto porque solamente están acostumbradas a llegar por atención cuando es necesaria. También, las mujeres aymara hacen mucha de su preparación para el parto en su casa antes de llegar al hospital, algo que no pasa con tanta frecuencia en la población no aymara.

La talla pélvica de la mujer y la talla del bebé son factores que afectan las cesáreas por desproporción céfalo-pélvica. La población aymara tiene una tasa un poco más alta, que puede indicar un problema intrínseco con la población. Muchas veces, la desproporción céfalo-pélvica está asociada con mujeres más jóvenes que tienen pélvis más pequeñas, pero en este caso puede relacionarse con el hecho que las mujeres aymara son de una talla más baja que la población con ascendencia europea.

Malas condiciones obstétricas, una razón para cesárea que no tiene un diagnóstico muy claro, afectó 4.7% de las mujeres no aymara y ninguna mujer aymara. Malas condiciones obstétricas del paciente se refiere si hay una cicatriz o un cuello muy cerrado. Puede indicar alguna inflamación a causa de una enfermedad venérea indicando un tratamiento diferente entre las dos poblaciones alrededor del contacto sexual, pero esto sólo es especulativo. Un problema similar es la tasa de cesáreas hechas por motivo de antecedentes de cesáreas. Un antecedente de cesárea no es razón para cesárea a menos que haya problemas con la forma del útero cicatrizado, pero sería mejor para el hospital

para registrar la razón específica. 18.4% de los pacientes no aymara y 18.4% de los pacientes aymara tuvieron cesárea por la razón de 1, 2, o 3 antecedentes de cesáreas.

Todavía había algunos casos que tienen diferencias en sus frecuencias, pero el número de casos es tan pequeño que sería necesario obtener un conjunto de datos más grande para analizar este motivo.

LA INCLUSION DE LOS AYMARA

Con el programa de “Utasanjam usuña” en los hospitales que trata de incorporar las tradiciones y creencias culturales aymara alrededor del parto, menos partos son hechos en casa. Es posible que debido a este cambio en la cultura, este estudio no pudo detectar ninguna diferencia significativa entre las dos poblaciones. Quizás en el pasado cuando el embarazo era tratado en una manera muy diferente, este estudio habría mostrado diferencias más significativas en razones detrás de la cesárea.

Las aymara ahora llegan el hospital regional para dar a luz, porque es la ley, pero también porque no hay mucha población en la edad fértil en el altiplano. Solamente hubo 2 partos en el último año en casa con la partera de Putre, Chile, la comunidad más grande en la precordillera. Los estereotipos han cambiado, porque también las mujeres no quieren tener partos aymara en la sala específica. Muchas veces, mujeres aymara llegan por un parto normal porque se sienten como mujeres urbanas y quieren hacer lo que es la norma. La política ha eliminado el riesgo de los partos, pero también está dañando la cosmovisión y la cultura aymara. Los hijos nacen en Arica, y muchas personas piensan que los hijos pierden su identidad cuando no tienen relación con su país del altiplano. Estamos provocando un cambio en la cultura con reglas y exigencias que corresponde a nuestra cultura.

Las políticas internacionales importantes, tales como los ODM, podrían marginalizar las comunidades indígenas a través de su enfoque de arriba hacia abajo para la formulación de políticas de salud. Los objetivos son de maximizar los beneficios de salud para la mayoría, mientras que al mismo tiempo potencialmente están degradando la minoría.³³ Es necesario investigar más sobre las diferencias entre las poblaciones indígenas y las poblaciones con ascendencia europea en esta región.

LA TASA DE CESAREA OPTIMA

Las tasas de cesárea en cada población de este estudio fueron muy semejantes y cada razón que está más pronunciada en una población se equilibró con otra razón que está más pronunciada en la otra población. Estrategias diferentes por cada razón para cesárea deben ser usadas para cada población en algunos casos, porque no es posible usar la misma estrategia y asumir que las razones para cesárea son las mismas.

La Organización Mundial de la Salud recomienda una tasa de 15% para las cesáreas, que es un objetivo importante para reducir el riesgo materno si los medios son saludables y no exponen las madres a riesgos adicionales.³⁴ Sin embargo, ¿esta es la tasa de cesárea óptima para tener como objetivo cuando la tasa de cesárea actual en Chile es 42%?³⁵ La tasa de cesárea registrada por estudios anteriores en el sector público es alrededor de 27% y la tasa de cesárea en el sector privado tiene una gama de 57-83%.³⁶ En este estudio, la tasa de cesárea en el sector público fue exactamente el mismo porcentaje.

Un estudio reportó que las indicaciones más altas por cesárea incluyen antecedente de cesárea, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal, preeclampsia, y otras complicaciones maternas.³⁷ En este estudio, algunas indicaciones más altas por cesárea fueron las mismas- como el antecedente de cesárea y el sufrimiento fetal. Pero también fue único ver los problemas de dilatación estacionaria, D.P.P.N.I., y malas condiciones obstétricas. Las razones de desproporción céfalo pélvica y distocia de posición fueron examinados también a causa de su relación con la ascendencia aymara, que no había sido evaluado antes de este estudio.

Es difícil decidir cuales cesáreas pueden ser prevenidas. Hay varias cosas que se pueden cambiar para una mejor atención materna, pero si la pelvis es demasiado pequeña para el paso de un bebé, no hay solución y la cesárea es la mejor opción. Si uno intentara reducir las tasas de cesárea, sería importante ver, por ejemplo, si la falta de progreso en el trabajo de parto puede ser arreglado por oxitocina. Otra cosa que es importante ver, por cada razón, pero con el ejemplo de sufrimiento fetal, sería ¿cuáles son las causas de sufrimiento fetal en esta población? y ¿son cosas que podemos prevenir con intervenciones tempranas? ¿Significa que todo sufrimiento fetal tiene que ser una cesárea, o hasta que nivel significa que tiene que hacer una cesárea? La razón del por qué el sufrimiento fetal es peligroso es porque la falta de oxígeno en el cerebro causa problemas

mentales. ¿Las tasas de lesión neonatal son reducidas por cesáreas hechas por el sufrimiento fetal? Si todavía hay altas tasas de parálisis cerebral, por ejemplo, entonces podría preguntarse si no están recogiendo el sufrimiento fetal lo suficientemente temprano.

Por otro lado, en el sector privado, reducciones definitivas en la tasa de cesárea podrían hacerse en maneras muy simples. Requerir de una segunda opinión antes de que un médico preforma una cesárea es una manera fácil para reducir la tasa de cesáreas innecesarias.³⁸

Conclusión

La epidemia de tasas altas de cesáreas en América Latina es un problema constante para los funcionarios del gobierno. Utilizando el límite de 15% fijado por la OMS en 1985, una cifra aceptada por la comunidad científica, cualquier tasa más alta de 15% de cesárea indica un aumento de riesgo innecesario para las mujeres y sus bebés y también es una carga para las finanzas de los sistemas de salud. Con las tasas registradas en Chile del 27% en el hospital público y hasta 70% en las clínicas privadas, uno ve la necesidad de intervención y que hay disparidad entre los dos sistemas de salud.

La cesárea ahora es culturalmente aceptable y se considera normal para las mujeres en muchas partes de América Latina.³⁹ Los factores detrás de este cambio no son muy claros pero en general, las personas piensan que es una manera fácil para dar a luz sus bebés, haciendo aún más difícil cambiar los comportamientos. Las mujeres latinoamericanas prefieren evitar el daño genital durante el parto,⁴⁰ y la imagen corporal puede afectar la opinión de estas mujeres con presunciones que la cesárea protege contra la incontinencia urinaria, prolapso pélvico, y la insatisfacción sexual.⁴¹ Evitar el dolor del parto y la eliminación de la incertidumbre sobre el parto también es atractivo para las mujeres.⁴²

En este estudio, no había diferencia entre la tasa de cesárea de los pacientes aymara y no aymara en el sector público. Sin embargo, había tasas diferentes entre razones por cesárea en los casos de sufrimiento fetal, dilatación estacionaria, D.P.P.N.I., y malas condiciones obstétricas. También, había algunas razones para cesárea que podrían ser relacionadas con la cultura y las tradiciones aymara como la desproporción céfalo-pélvica y la distocia de posición. Es posible que, debido al cambio en la cultura de embarazo, este estudio fue incapaz de detectar las diferencias entre las dos poblaciones. Quizás en el pasado cuando el embarazo fue tratado en maneras muy diferentes entre las dos poblaciones, este estudio habría mostrado diferencias más significativas en las razones detrás de la cesárea y tasas diferentes entre las poblaciones.

Todavía, la investigadora tiene preguntas sobre este tema e ideas para el futuro de este estudio. Puede ser que este estudio sería más importante con una comparación de datos del pasado, para ver si había alguna diferencia, porque ahora los datos son muy

semejantes. Sería interesante ver el porcentaje de pacientes en el sector privado que son aymara, y estudiar este para ver si hay razones específicas o razones socioeconómicas porque los aymara eligen un tipo de servicio de salud. También, la tasa de cesáreas es de 70% en el sector privado necesita mucha atención para ver por qué la tasa es tan alta en comparación al sector público, cuando cesáreas electivas todavía son ilegales y solamente pueden ser hechas cuando hay una razón legítima.

Notas

- ¹ Glen Laverak, *Health Promotion Practice: Power and Empowerment*, London: SAGE Publications, 3.
- ² Alma Virginia Camacho et al, Cultural aspects related to the health of Andean women in Latin America: A key issue for progress toward the attainment of the Millennium Development Goals, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 94(3), 357.
- ³ José Belizán et al., Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study, *British Medical Journal*, 319, 1398.
- ⁴ Enrique Donoso, Editorial, *Rev Chil Obstet Ginecol* 69(3), 195.
- ⁵ “Chile Mortality Country Fact Sheet: 2006,” World Health Organization, 2006. Accessed at http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_amro_chl_chile.pdf
- ⁶ Silvina Ramos et al, A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action, *Bulletin of the World Health Organization* 85(8), 569.
- ⁷ “Indicadores de Estadísticas Vitales 2008, Región de Arica y Parinacota,” Indicadores Básicos de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, Chile 2010, www.deis.cl
- ⁸ Silvina Ramos, et al, A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action, *Bulletin of the World Health Organization* 85(8), 572.
- ⁹ “Estadísticas Sociales: Pueblos Indígenas en Chile,” Censo 2002, Instituto Nacional de Estadística Chile, Gobierno de Chile Programa Origenes.
- ¹⁰ Rodrigo Valenzuela, Inequidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Division de Desarrollo Social.
- ¹¹ Mary Elizabeth Bathum, Global health research to promote social justice: a critical perspective, *Advances in Nursing Research* 30(4), 303-314.
- ¹² William J. Schull et al, *The Aymara: strategies in human adaptation to a rigorous environment*, New York: Springer-Verlag, 97.
- ¹³ Raul Montenegro et al, Indigenous health in Latin America and the Caribbean, *The Lancet* 367, 1864.
- ¹⁴ Ruth Walker, Strategies to Address Global Cesarean Section Rates: A Review of the Evidence, *BIRTH* 29(1), 37.

- ¹⁵ Ruth Walker “Strategies to Address Global Cesarean Section Rates: A Review of the Evidence” *BIRTH* 29(1), 36.
- ¹⁶ Jallalla! Primer parto a la manera aymara en Maternidad del Hospital “Dr. Juan Noé,” Programa de Salud y Pueblos Indígenas, <http://www.pespissmc.cl/node/154>.
- ¹⁷ Carolyn Stephens et al, Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide. *The Lancet* 367, 2019.
- ¹⁸ Appropriate technology for birth, *The Lancet* 24(2), 436.
- ¹⁹ Enrique Donoso, Editorial, *Rev Chil Obstet Ginecol* 69(3), 195.
- ²⁰ Susan Murray et al, Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study, *British Medical Journal* 321, 1501.
- ²¹ José Villar et al, Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America, *Lancet* 367, 1827.
- ²² José Villar et al, Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America, *Lancet* 367, 1827.
- ²³ Claudio Vera et al, Utilidad de la evaluación de 10 grupos clínicos obstétricos para la reducción de la tasa de cesárea en un hospital docente, *Rev Chil Obstet Ginecol* 69(3), 219.
- ²⁴ José Villar et al., Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study, *British Medical Journal* 335(7628), 4.
- ²⁵ Fernando Althabe et al, Cesarean section rates and maternal and neo-natal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *BIRTH* 33(4): 270–7.
- ²⁶ Blair Wylie et al, Cesarean Delivery in the Developing World, *Clin Perinatol* 35, 580.
- ²⁷ José Villar et al, Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America, *Lancet* 367, 1824.
- ²⁸ José Villar et al., Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study, *British Medical Journal* 335(7628), 7.
- ²⁹ Blair Wylie et al, Cesarean Delivery in the Developing World, *Clin Perinatol* 35, 580.
- ³⁰ José Villar et al., Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study, *British Medical Journal* 335(7628), 7.

- ³¹ Enrique Donoso, Editorial, *Rev Chil Obstet Ginecol* 69(3), 195.
- ³² Susan Murray et al, Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study, *British Medical Journal* 321, 1501.
- ³³ Carolyn Stephens et al, Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide. *The Lancet* 367, 2019.
- ³⁴ Appropriate technology for birth, *The Lancet* 24(2), 436.
- ³⁵ Enrique Donoso, Editorial, *Rev Chil Obstet Ginecol* 69(3), 195.
- ³⁶ Susan Murray et al, Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study, *British Medical Journal* 321, 1501.
- ³⁷ José Villar et al., Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study, *British Medical Journal* 335(7628), 4.
- ³⁸ Fernando Althabe et al., Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean section in Latin America: a cluster randomised controlled trial, *Lancet* 363, 1934.
- ³⁹ Blair Wylie et al, Cesarean Delivery in the Developing World, *Clin Perinatol* 35, 578.
- ⁴⁰ de Mello e Souza C, C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil, *Cambridge Quarterly of Health Ethics* 3(3), 358.
- ⁴¹ Blair Wylie et al, Cesarean Delivery in the Developing World, *Clin Perinatol* 35, 579.
- ⁴² Susan Murray et al, Cesarean Birth Trends in Chile, 1986 to 1994, *BIRTH* 24(4), 262.

Bibliografía

- Althabe, Fernando et al. (2006). Cesarean section rates and maternal and neo-natal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study. *BIRTH* 33(4), 270–7.
- Althabe, Fernando et al. (2004). Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean section in Latin America: a cluster randomized controlled trial. *Lancet* 363, 1934-40.
- Appropriate technology for birth. (1985). *The Lancet* 24(2), 436-7.
- Bathum, Mary Elizabeth. (2007). Global health research to promote social justice: a critical perspective. *Advances in Nursing Research* 30(4), 303-314.
- Belizán, José et al. (1999). Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *British Medical Journal* 319, 1397-1400.
- Camacho, Alma Virginia et al. (2006). Cultural aspects related to the health of Andean women in Latin America: A key issue for progress toward the attainment of the Millennium Development Goals. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 94(3), 357-363.
- “Chile Mortality Country Fact Sheet: 2006.” World Health Organization. 2006. Accessed at http://www.who.int/whosis/mort/profiles/mort_amro_chl_chile.pdf
- de Mello e Souza C. (1994). C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients’ rights in Brazil. *Cambridge Quarterly of Health Ethics* 3(3), 358-66.
- Donoso, Enrique. (2004). Editorial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 69(3), 195-6.
- Díaz, Angélica et al. (2002). Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 67(6), 481-487.
- “Estadísticas Sociales: Pueblos Indígenas en Chile.” Censo 2002. Instituto Nacional de Estadística Chile. Gobierno de Chile Programa Orígenes.
- “Indicadores de Estadísticas Vitales 2008, Región de Arica y Parinacota.” Indicadores

- Básicos de Salud, Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud. Chile 2010. <http://www.deis.cl>.
- “Jallalla! Primer parto a la manera aymara en Maternidad del Hospital Dr. Juan Noé.” Programa de Salud y Pueblos Indígenas. <http://www.pespissmc.cl/node/154>.
- Laverak, Glen. (2004). *Health Promotion Practice: Power and Empowerment*. London: SAGE Publications.
- Montenegro, Raul et al. (2006). Series: Indigenous Health 2. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet* 367, 1859-69.
- Murray, Susan et al. (1997). Cesarean Birth Trends in Chile, 1986 to 1994. *BIRTH* 24(4), 258-63.
- Murray, Susan F. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. *British Medical Journal* 321, 1501-5.
- Ramos, Silvina et al. (2007). A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action. *Bulletin of the World Health Organization* 85(8), 569-648.
- Schull, William et al. (1990). *The Aymara: strategies in human adaptation to a rigorous environment*. New York: Springer-Verlag.
- Stephens, Carolyn et al. (2006). Series: Indigenous Health 4. Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide. *The Lancet* 367, 2019-28.
- Valenzuela, Rodrigo. (2003). *Inequidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Chile*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Desarrollo Social.
- Vera, Claudio et al. (2004). Utilidad de la evaluación de 10 grupos clínicos obstétricos para la reducción de la tasa de cesárea en un hospital docente. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 69(3), 219-26.
- Villar, José et al. (2006, May 23). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 367, 1819-29.
- Villar, José et al. (2007, Nov 17). Maternal and neonatal individual risks and benefits

associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *British Medical Journal* 335(7628), Epub 1-11.

Walker, Ruth et al. (2002, March). Strategies to Address Global Cesarean Section Rates: A Review of the Evidence. *BIRTH* 29(1), 28-38.

Wylie, Blair et al. (2008). Cesarean Delivery in the Developing World. *Clin Perinatol* 35, 571-82.

Apéndices

A. Entrevista con Ester Quispe, matrona Aymara

Marisa: Puedes decirme el proceso de los partos Aymara?

Ester: La paciente llega con su partera, con su mama, o con el papa de la guagua, ella elije. La idea es que ella elije su partera con su familia a dentro de la comunidad. Pero actualmente no hay muchas parteras – es todo desincentivo. Aquí durante muchos años donde si la mujer por ejemplo tiene los partos en la casa, van a buscar a los carabineros. Muchas años entonces fue con la desaparecía [de los parteros]. Pero de todos maneras nuestra primera opción es que buscar a su familia. Puede ser la abuelita, puede ser la suegra, la tía, una hermana, una persona que ya ha tenido un parto antes y con quien tiene confianza hasta la función de la partera.

Marisa: Si.

Ester: Ya. Ahora lo que hacemos aquí es que la partera les da masajes, a de cual con la ropa que hay para que la bebé baje, es de la mama psicológica no sintió en la cabeza también -- entre de la cultura todo tiene su significado. Y sube la presión, no sé, que hace fuerza, se protegen, y malcolocarse la manta, el bebé va descendiendo más rápido entonces es libre. Claro, lo que ella quiere de su cultura, puede hacerlo.

Marisa: Que bien.

Ester: Aquí nosotros partamos hay algunas hierbas que pueden traer, pueden traer hierbas de su casa también y la cosa es que es espontáneo. Es adentro del hospital, pero todo esta espontáneo. Nosotros no hacemos inyecciones, no se examina frecuentemente, ojala que examen antes del final y entonces todo es espontáneo. Caminando, caminando, y también hace mucho calor. Tenemos una estufa para ambientar pero de todo caso es posible de nuevo altar la temperatura si uno quiere. Cuando cerramos la puerta, hay una calorcito y con el olor de hierbas – como es el ambiente que ellas quieren.

Marisa: Es para ser más cómoda.

Ester: Si, pasé por acá si alguien puede, y llega al momento del parto cuando ya está lista. Nosotros atendemos el parto, la madrona de turna. Tenemos solamente lo que es necesario, paquetes estériles, y la partera está al lado y acompañándola, ayudándola, con su mama o con el papa de la guagua pero nosotros atendemos el parto. Entonces no importa quien quiere acompañarla porque vamos a atender al parto entonces pasen todo el proceso acompañado, es el más importante que la parte final digamos cuando sale la guagüita entonces de esa manera lograron y aceptaron este programa entre de la hospital porque hay los médicos y medicas de turno acá. Generalmente los médicos son los que más dificultan esas cosas donde ellos todo el tiempo quieren tener los pacientes monitorizadas, con suero, es que necesita tener un paciencia y no debes que sale mas rápida. Llegan los pacientes normalmente y les dan medicina y algunos quieren el parto natural o quieren mas oxitocin cuando no es posible. Este programa que la mama no tiene monitorización, esta sola, el medico no le gustaba mucho. Entonces nosotros logramos como incluirlos en el hospital, porque la madrona esta escuchando la guagua y cuando va a ser el parto también nosotros lo atendemos por si hay problemas, y gracias a dios por ese programa porque si el bebe no esta animada estaba la madrona y se llama la pediatra para animarlo. Nosotros también tenemos muchas cosas que podemos mejorar- el parte física. Necesitamos una sala un poco más grande, para que pudiera caminar mas la mama. Ojala que puede caminar porque querrían- viene la guagua en este lugar y se quedaba acá. Nosotros dan una sopa de quínoa después del parto y porque es le usa mucho en el campo para recuperar la leche. Eso es un símbolo hace mucho tiempo. La leche es un alimentación solo por mucho tiempo. Si la familia quiere traerla una sopa en este momento, pueden hacerlo. Entonces es una cosa mas libre mas espontáneo.

Marisa: Porque quieren que ellas vienen aquí.

Ester: Claro. Todo esa gente que antes no llegaba no acercaba del hospital, tienen un poco más tranquilidad. Ahora, obviamente que no es su casa, hay mucha diferencia. Sabemos que igual para la mama es un choque llegar acá con tantas vitrinas y esas cosas. Pero por lo menos si lo permite no es una cosa mal es este sentido. Pueden mantener ellas aquí, no hay mucho espacio, y necesitamos mejorar- no sé como pero tendrán que mejorar pero eso es el sistema. Hay normas administrativos después del parto [guagua va al 5e piso por exámenes, peso, sus vitaminas, vacunas, etc.]. Tenemos un programa anual de todo Chile de higiénico que también hacen esas cosas de todas maneras. Si pensamos que vamos a tener un sufrimiento infantil, la mama sale del programa porque aquí lo importante es que no están en peligro y no queremos mortalidad en el programa. Quizás un problema, pasan por el otra sala. La mama voluntariamente puede

decidir salir de la programa. Si ella un minuto cree que ella tiene mucho dolor o si ella quiere medicamentos, ella se le puede salir del programa. En general, la gente gustaba, estaba muy contenta ser con su familia y tener ayuda con los masajes porque muchas veces las madronas no tienen tiempo para estar con las mamás todo el rato, hablándola, masajéandola, es imposible.

Marisa: Es más fácil si hay otra persona para hacer eso.

Ester: Si hay otra persona si es mejor. Y así como muchas veces al principio el personal no está de mucho acuerdo, está un poco reciente, y así es un poco más aceptado porque las personas con la madre nos ayudan y nos avisa entonces es una ayuda. Las madres están más tranquilas porque hay otra persona acá, bien digamos que pueden avisar o si ella necesita algo, te avisa y tu, ja, está atenta. Hay un baño allí y es fácil. Ahora, no tenemos tantos partos en esta sala. Son pocos. Y es un tema que necesitamos entregar más información a la atención primaria. Es un punto que pudiera servirnos muy bien. Hay un poco de desinformación en que a veces la mamá preguntaba por el programa y alguien no sepa mucho y piensa que se acabó pero siempre estuvo. Hay que volver con información a la gente porque obviamente es voluntario no es un requisito por las madres Aymaras. Muchas veces dimos a la mamá que pueden utilizar la sala si ella quiere, es muy natural, muy fisiológico, y la gente no quiere estar en la cama, quiere caminar, entonces mucha gente elige este lugar.

Marisa: Y otras personas pueden elegir para eso también?

Ester: Sí, puede ser Aymara, puede ser no Aymara. Hemos tenido 3 o 4 mujeres que no son Aymaras y que han tenido su parto aquí, bastante conforme. Generalmente las personas que buscan el parto natural leen mucho más y entienden que el parto natural es mejor para el bebé, muchas menos medicamentos. Han tenido pacientes Mapuches, y no indígena también. Y los Hare Krishna también tuvo un parto acá. Sea positivo. Este sala es enfocada en las mujeres Aymaras para ser una solución, una solicitud de la comunidad. Pero hay otros. Chile Crece Contigo (CCC) también quiere que las mujeres elijan partos naturales. Es una opción que tenemos que ofrecer. En el fondo necesitamos reconocer que el parto tiene sus derechos de su parto y no es nuestra decisión. Y eso es todo!

Marisa: Muchas gracias. También, tengo algunas preguntas más específicas si tienes tiempo.

Ester: Sí, sí!

Marisa: Cuántos bebés nacen aquí cada día?

Ester: Estamos hablando de la sala de partos Aymaras o de todo?

Marisa: De todo.

Ester: Un promedio de 7 diarios.

Marisa: Y de Aymaras? Cuántos?

Ester: Puede ser nadie. Puede ser uno al mes, tres al mes, a veces ninguno. Es ocasional.

Marisa: Sí, gracias. Y cuántas madres son Aymaras? Hay madres Aymaras que vienen para cuidar antes del parto?

Ester: Nosotros tenemos un sistema que todas las mamás pueden ser con una acompañante, todas. Ellos se pasean y esperan a la mamá, pueden acompañarla. Difícil de decirte cuántas son Aymaras y cuántas que no son porque lo que pasa es que mucha gente no conoce si es Aymara. Tú la ves y dices que es Aymara pero tú le preguntas y ella no es Aymara entonces es muy difícil verlo bien. De todas maneras, acá es una zona donde están la más cantidad de población aymara. Pero como te digo muchas de las mujeres no son Aymaras entonces es difícil precisarlas.

Marisa: Piensas que las mujeres que son Aymaras que tienen su parto aquí, muchas viven en el altiplano o son ariqueñas?

Ester: Mira, yo creo que en el año pasado tuvimos 30 partos y de eso había 5 personas que vienen de Putre, de General Lagos. No más de 5. Los otros son de acá, de San Miguel, acá mismo de la ciudad. Acá tenemos los valles, de Azapa y de Lluta, entonces la mayoría de la ciudad. Hay muchas extranjeras también, nacionalizadas. Algunas han tenido partos previos en la casa entonces quieren incorporar en este programa y vienen con la mamá y viven adentro de la ciudad.

Marisa: Pero no pueden tener partos en la posta rural, sí?

Ester: No.

Marisa: Entonces todos deben venir aquí.

Ester: Sí, deben venir aquí.

Marisa: Gracias. Y porque no tengo mucha información ahora porque estoy tratando de formar mis ideas sobre mi proyecto individual, pero estoy un poco lento en mi búsqueda de información- los Aymaras tienen su propio plan de salud adentro de FONASA o deben elegir lo que quieren entre FONASA?

Ester: Eh no. Aquí el sistema provisional es igual para todos, claro. No hay distinción de raza, todo igual. Hay muchas extranjeras también que necesitan su información. Entre FONASA hay grupos A, B, C, y D y A y B no pagan. Aquí lo mayoría son pacientes beneficiando de A o B, quien no paga, la mayoría.

Marisa: También sobre la hospital en general, como se paga el personal, es de salario o por cada procedimiento?

Ester: No, todos son contratados por el ministerio de salud. Todos. Técnicos, madrona, médicos. Tenemos leyes distintos por los médicos y los no médicos pero somos todos pagan mensual, dependido.

Marisa: Porque quiero hacer un proyecto sobre la cesárea y todo lo que esta en el proceso de elegir un cesárea o si es necesaria en urgencia es importante, entonces tengo algunos preguntas también. Piensas que hay partos cesáreas en la población indígena o no?

Ester: Si, hay.

Marisa: Son a causa de problemas médicos o parece que hay mujeres Aymara que eligen la cesárea?

Ester: Bueno, acá en el servicio de salud, la mujer no puede elegir. Hay un medico de turno que decide de acuerdo si hay patología que necesita un cesárea. El medico no voy a operar si no hay un razón medico.

Marisa: O, interesante.

Ester: Si, no es la decisión de la mujer.

Marisa: Es muy diferente en los Estados Unidos.

Ester: Si, en las clínicas, muchas veces la mujer influye con los médicos y las operan por diferentes cosas que a veces no son, o, son cuestionables. No son específicamente razones médicos. Pero aquí en el hospital, no.

Marisa: Entonces en Chile es ilegal elegir?

Ester: Si. Necesitas justificar. Y nosotros tenemos una tasa de 30% cesárea. Ojala queremos una tasa menos de 20%. El hospital tiene un medico de turno de 24 horas. El decide si vas a operar y bueno por una razón muy especifica. El otro día, tuve un reunión con todos los médicos y el jefe y deben justificar la cesárea. Debe ser un razón medica. Entonces se cuidan mucho de revisar las cesáreas que no tienen justificación porque estamos en un país que necesita reducir sus cesáreas.

Marisa: Si, y como crees que la tasa de cesáreas en la población Aymara se compara con el general de la población? Cree que hay una diferencia?

Ester: Mira, yo no podría darte los específicos pero a mi me parece que es similar. La mujer Aymara ha querido tener las mismas condiciones que la mujer no Aymara pero bueno hay cosas buenas pero hay cosas no tan buenas. Por ejemplo, hay muchas mujeres Aymara pidiendo la anestesia o la cesárea. Ya no tiene la misma forma de actuar de la mujer del campo. Ahora prácticamente todo la población es igual, Aymara y no Aymara. Ahora si lo que podrías ser es que la mujer Aymara camina mucho mas en el embarazado, es mas sana, y tiene mejor parto.

Marisa: Son iguales, gracias. Algunas preguntas sobre el registro de todos los partos. Tienes la formulario en la computadora y también escrita?

Ester: Si. Los dos.

Marisa: Tiene la información sobre la atención prenatal y problemas médicos?

Ester: Llegan con un carné donde la madrona nota todo el control, los exámenes, las consultas, la hospitalización. Viene con la mama.

Marisa: También tiene la historia de todos los partos de la madre?

Ester: No. No lo trae, llegan la ficha- esta acá.

Marisa: También tiene el motivo de la cesárea en el formulario?

Ester: Si, notamos.

Marisa: Que son las cosas, los razones por la cesárea?

Ester: Desproporción céfalo-pélvica, por alguna razón aquí estamos llegando con mucha embarazado de 41 semanas, y por lo tanto la guagüita crece más. Hay mucho proporción cefalo-pélvica. Hay pacientes con la presión muy alta, como urgencia.

Marisa: Como la preeclampsia?

Ester: La preeclampsia se ve, si, ese tenemos mucho. También el sufrimiento infantil también hay mas bueno las cosas que no son muy frecuente y son de urgencia- la placenta previa, cuando son muy pequeñitos. En la urgencia, las cesáreas son generalmente por desproporción céfalo pélvica o dilatación o inducción que no funciona a las 41 semanas cuando la hospitalizan para inducir el parto.

Marisa: Eso es natural hacer un cesárea si la madre ha tenido otra parto por cesárea?

Ester: No, cuando tiene un cesárea puede tener el parto normal. Tener que hacerlo espontáneo. Y otra vez, la paciente no puede elegir.

B. Entrevista con Morelia Arias, matrona supervisora

Marisa: Tengo algunas preguntas sobre la tasa de cesárea en el hospital aquí. Quiero saber, por ejemplo, la tasa de cesarea en el hospital y también si conoces la tasa en el sector privado.

Morelia: Aquí, nos tenemos una tasa de 27%. En el sector privado, es hasta 70%.

Marisa: Conoces el porcentaje de pacientes aymara?

Morelia: 14%, es lo que tenemos en parto a referencia a los extranjeros. La mayoría son peruanas, bolivianas, y aymara, pero también tenemos de argentina o puertorriqueña.

Marisa: Entonces este 14% incluye los otros extranjeros?

Morelia: Claro. Tomamos la masa y podemos decir que lo que tenemos en este mes ... de 272, 252 son bolivianas y peruanas. 94% de todas las extranjeras son aymaras. Y las otras son de otros países.

Marisa: Conoces la tasa de pacientes en la maternidad con problemas o condiciones gestacionales? Diabetes, hipertensión, todos estos que pueden afectar los partos.

Morelia: 10% de todo la gente a la masa de patología, que son la mayoría la hipertensa y el diabetes gestacional que yo quiero que es lo mas que nos mueve. De todo la gente antes, el 10% corresponde al alto riesgo de algún tipo de patología asociada.

Marisa: Has visto algo interesante en algunos estadísticas en consideración de las cesáreas, partos aymara?

Morelia: A ver. Yo creo que el hecho de poner en la opción a las mujeres que pueden elegir el parto aymara como un opción de su parto, llaman atención, que no todos son aymara. De alguna manera la mujer a pesar de no tener anestesia, como una posibilidad de tener un parto natural, aunque le duele.

Marisa: Piensas que es mas frecuente ahora que hay personas que no son aymara que eligen este parto?

Morelia: Si, pero lo que siempre debe tener en la conciencia es que este personas no son puramente aymara, son aymaras que han casado con chilenos o lo que sea. Ellas pueden decidir sobre su parto.

Marisa: Obvio, si. Perfecto. Piensas que el desproporción céfalo-pélvica es un gran problema con los partos? O algo que esta relacionada con el pelvis?

Morelia: Existe el diagnostico de DCP, pero nuestro mujeres a pesar que son chiquitas, en general tienen buena pelvis. O sea es poco habitual que salga un recién nacido grande de un parto vaginal. Hay desproporción pero no es una cosa tan horrible- a lo mejor, es mas fácil para hacer otro diagnostico.

Marisa: Hay un razón detrás de la cesárea que esta relacionada solamente con los aymara que dan partos?

Morelia: No, no. No te aumenta para nada.

Marisa: Que piensas que son las causas mas común detrás de las cesáreas en Arica?

Morelia: Lo que tenemos mas comunes son los antecedentes 2 cesáreas, algún sufrimiento fetales, falta de descenso de presentación, y algunas otras patologías.

Marisa: Perfecto. Conoces cuantos partos hay aquí cada año?

Morelia: En el año, había aproximadamente 2.400 partos en 2010 en el sector publico.

Marisa: Conoces que es el numero de partos en el sector privado?

Morelia: Entre los dos clínicos, mas o menos 500 partos.

Marisa: Las clínicas privadas donde puede dar luz incluye la Clínica San José y que es el otro?

Morelia: La Clínica Arica. También debe tener claro que la clínica, los partos son normales o cesáreas electivas. Porque todo lo que es prematuro o si hay algún riesgo, se traen al hospital.

Marisa: Piensas que mujeres en las clínicas privadas tienen oportunidad para tener una cesárea electiva?

Morelia: Si. Es que, del hecho la diferencia entre la tasa de 27% y 60-70%, obviamente que hay mayor oportunidad porque yo creo que hay un parte ilegal en que la mujer si tiene algún problema en su parto va a demandar por una cesárea. Quieren que la mujer esta bien, que el nacido salga bien, y que la paciente se sienta con mayor derecho elegir.

Marisa: Y piensas que la mujer tiene mas influencia?

Morelia: Ella puede presionar, si.

Marisa: Bueno. Finalmente, la Organización Mundial de la Salud piensa que una tasa de 15% de cesárea es bueno que es muy bajo en comparación con Chile. Porque piensas que la tasa en Chile o Arica es mas alta que este 15%, que puede ser incorrecto para una tasa buena?

Morelia: Bueno, yo pienso que el Ministerio [de Salud] esta peleando y el problema que tenemos ponernos de acuerdo en que cualquier media que se tome va a tener riesgo. Y este riesgo, alguien tiene que asumirlo. Entonces, es complejo. Cuando tenemos un antecedente cesárea, ya están cortando el tiempo. La presión social es complicado. Como más se dice, “bajemos la tasa de cesárea, ojala que tenga parto normal.” Pero lo mejor si es mi nieto, o si es mi hija, lo que me interesa es que salga bien.

C. Explicación detrás de los razones por cesárea

Alteración U.F.P.: Alteración unidad feto placentaria, cuando encuentran señal que el bebé no esta bien

Aneurisma cerebral operado: Cirugía antecedente sobre un aneurisma cerebral

Antec Cesárea 1: Si hay cicatriz o malformación uterina de una cesárea anterior

Antec Cesárea 2: Si hay cicatriz o malformación uterina de las 2 cesárea anteriores

Antec Cesárea 3: Si hay cicatriz o malformación uterina de las 3 cesárea anteriores

Antec Dehiscencia Histerorrafia: Se abrió la sutura realizada anteriormente del útero

Antec Miomectomía: Cirugía antecedente sobre los fibromas uterinos

Bradycardia fetal: Descenso de la frecuencia cardiaca en el bebé

Cardiopatía maternal operada: Cirugía antecedente sobre un enfermedad de corazón

Crisis hipertensiva + preeclampsia severa: Sube la presión y no pueden mantener la presión y puede continuar hasta una convulsión

D.P.P.N.I.: Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta – placenta está bien ubicada pero desprendiéndose del fondo uterino y por lo tanto sangra

Desproporción Céfalo Pélvica: La cabeza fetal es más grande de que la pélvia, por lo que no puede pasar por ese canal de parto

Deterioro de unidad feto placentaria: Lo mismo de AUFP, cuando encuentran señales que el bebé no esta bien

Dilatación estacionaria: Se mantiene por 2 o 3 veces/horas sin más dilatación

Distocia de posición: Posición fetal que no permite el descenso del feto por el canal del parto

Eclampsia: Cuando la preeclampsia continua hasta una convulsión con alta presión

Expulsivo detenido: Cuando el feto no desciende al ultimo plano antes de nacer

Falta Descenso Present.: No desciende la presentación fetal

Falta Progreso Trabajo de Parto: No avanza la dilatación o las contracciones uterinas que permiten ese avance en la dilatación

Feto en situación crítica: Encuentran señales que el feto no está bien

Fracaso inducción: 2 días sin dilatación pero con oxitocina/misprostronol

Gemelar- Doppler alterado G1: Alteraciones en los signos vitales del feto

Gemelar Cef.-Pod: Un feto que esta en una posición donde no puede salir por la vagina

Gemelar trans-Pod: Los dos fetos no están en posición para un parto vaginal

Hidrops fetal + compromiso materno: Condición en el bebé donde hay un exceso de fluido en su cuerpo y también da riesgo a la madre

Inducción fracasada: 2 días sin dilatación pero con oxitocina/misprostronol

Macrosomia fetal: El bebé tiene un peso expectativa de mayor de 4500 g

Malas Condiciones Obst.: Con la paciente, si hay cicatriz o el cuello es muy cerrado

Oligoamnios severo: Disminución en la cantidad de liquido amniótico

Placenta Previa Oclusiva: Placenta esta arriba del cuello

Placenta Previa Sang.: Placenta bajo y esta sangrando

Podálica: El feto esta en una posición de pie o de nalgas

Preeclampsia severa: Sube la presión sanguínea de la madre y no pueden mantener la presión y puede continuar hasta una convulsión

Protocolo 076 (VIH): Si la madre tiene el virus de inmunodeficiencia humana

Ram mayor 12 horas: Si la membrana está rota por mas de 12 horas (o mas) sin pasar nada

RPO: Rotura prematura ovular significa que se rompieron la membrana antes de comenzar el trabajo de parto

Sin razón: No había información sobre estos partos

Sufrimiento fetal: Encuentra señal que el feto no está bien

Tronco: Cuando el feto esta en una mala posición para un parto vaginal (de lado)

Urolitiasis: Piedra en el riñón que baja a través del tracto urinario