

**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DEL NORTE**

**APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO IMPARTIDO EN ENTRENAMIENTO
PARA ATENCIÓN DEL PARTO EN PARTERAS INDÍGENAS DE LA ETNIA
WAYUU: BARRERAS Y OPORTUNIDADES EN EL TERRITORIO, EN EL
MUNICIPIO DE MANAURE, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, AÑO 2019**

**ADRIANA LUCIA ARREGOCES ARIÑO
FISIOTERAPEUTA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGÍSTER EN SALUD
PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE**



**APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO IMPARTIDO EN ENTRENAMIENTO
PARA ATENCIÓN DEL PARTO EN PARTERAS INDÍGENAS DE LA ETNIA
WAYUU: BARRERAS Y OPORTUNIDADES EN EL TERRITORIO, EN EL
MUNICIPIO DE MANAURE, DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA, AÑO 2019**

ADRIANA LUCIA ARREGOCES ARIÑO
Candidato al título de Magister en Salud Pública

RAFAEL TUESCA MOLINA
ANA LILIANA RIOS GARCIA
MSc. Salud Pública
DIRECTOR

UNIVERSIDAD DEL NORTE
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD
BARRANQUILLA-2019

DEDICATORIA

A DIOS, el que en las noches de incertidumbre me acompaño, me aconsejo, me demostró quien era yo, su niña bonita, cuanto valor tenía.

NANA Y MOY: mis hijos, a quienes amo con mi vida, mi razón de ser, el motor que me impulsa a seguir adelante, los que con sus palabras de aliento me motivaban en momentos difíciles, los que me levantaron cuando intente caer, los que confiaron en mí, a ellos les debo mi perseverancia.

AGRADECIMIENTOS

Para el desarrollo de este trabajo fue necesaria la colaboración de las parteras tradicionales Wayuu del corregimiento de Mayapo y el apoyo de Ruby, una auxiliar de enfermería quien me sirvió de traductora. Agradezco inmensamente su colaboración y disposición. Agradezco a mis asesores, **ANA LILIANA RIOS y RAFAEL TUESCA MOLINA**, quienes tuvieron paciencia en conducirme a lo largo de estos dos años, en los que desarrollé este trabajo. **A FARE** mi hermano y su esposa Margarita por su hospitalidad y su invaluable ánimo. **A YOLY**, mi hermana incondicional, mi madre, por apoyarme, darme ánimo en los momentos que quise desfallecer, por cuidar de mis hijos cuando me tocaba ausentarme por causa de este tema. **A SANDRA DE LA TORRE, SUGEY HENRIQUEZ, SHYRLY NAJERA y GERMEN MARTELO**, por todo el apoyo académico.

TABLA DE CONTENIDO

ABREVIATURAS	3
GLOSARIO.....	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACTO.....	8
CAPÍTULO I.....	10
INTRODUCCIÓN.....	10
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: NATURALEZA DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACIÓN.....	14
MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE	22
OBJETIVO GENERAL.....	30
Objetivos Específicos	30
CAPITULO II.....	31
ASPECTOS METODOLOGICOS.....	31
TIPO DE ESTUDIO.....	31
POBLACION ESTUDIO.....	31
CRITERIOS DE INCLUSION.....	31
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	32
VARIABLES.....	32
Plan de recoleccion de datos	33
Plan de procesamiento de datos.	33

Plan de presentacion de resultados	33
ASPECTOS ÉTICOS.....	34
CAPITULO III.....	34
RESULTADOS	35
DESARROLLO DEL PROCESO.....	39
NUBE DE PALABRAS.....	43
RESULTADO DE LAS ENCUESTAS A PARTERAS TRADICIONALES WAYUU.....	46
DISCUSION.....	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	55
TABLAS.....	59

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Situacion de Mortalidad Materna en La Guajira.....	28
Tabla 2. Cronograma de Actividades.....	59
Tabla 3. Operacionalización de variables.....	60
Tabla 4. Caracterización de la población objeto de estudio.....	63

LISTA DE ANEXOS

	pag
Anexo 1. Preguntas para entrevista.....	64
Anexo 2. Carta de sometimiento comité de etica.....	66
Anexo 3. Consentimiento informado verbal.....	67
Anexo 4. Video.....	72

ABREVIATURAS

RMM: Razón de Mortalidad Materna.

MM: Muerte Materna.

PT: Parteras.

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.

DNT: Desnutrición.

IPS: Institución prestadora de Salud.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SENA: Servicio Nacional de aprendizaje.

ICBF: Instituto Colombiano de bienestar Familiar.

CSU: Cobertura de Salud Universal.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

UNFPA: El Fondo de Población de las Naciones Unidas.

GLOSARIO

Mortalidad Materna: O muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto. El que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso al control de natalidad como de atención a la salud.

Puerperio: periodo de tiempo que va desde el momento en que el útero expulsa la placenta hasta un límite variable, generalmente 6 semanas, en que vuelve a la normalidad el organismo femenino.

Partera Tradicional: Las **parteras tradicionales** son un agente comunitario de salud, que forman parte de la medicina **tradicional** indígena, que asiste a la madre durante el parto.

Partera tradicional empírica: Es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales.

La partera tradicional capacitada: es la persona de la comunidad que presta el oficio de la partería y ha recibido un curso de capacitación por el equipo de salud de su localidad, con una duración de 40 horas y es acreditada por el Ministerio de Salud, a través de un permiso para asistir partos normales de urgencia en su localidad.

Comadrona: Persona que tiene por oficio asistir a la mujer en el parto; antiguamente, este oficio era ejercido solo por mujeres basándose en la experiencia tradicional.

Partería: se define como los servicios del personal de salud requeridos para prestar apoyo y atención a las mujeres y los recién nacidos durante el periodo prenatal, el embarazo, el parto y el postparto.

Ancestrales: Que tiene relación con los antepasados remotos, que tiene un origen muy antiguo.

Idiosincrasia: Modo de ser que es característico de una persona o cosa y la distingue de las demás.

Cosmovisión: Manera de ver e interpretar el mundo.

Cosmogonía: Es una narración mítica que pretende dar respuesta al origen del Universo y de la propia humanidad

Ranchería: Designa un pequeño asentamiento rural. En América, el término se aplicaba a aldeas nativas o casas de campo.

Perinatales: Conciernen al bebé en el período inmediatamente anterior o posterior a su nacimiento.

Asepsia: Método o procedimiento para evitar que los gérmenes infecten una cosa o un lugar.

Grupos Focales: Un grupo de personas que han sido seleccionadas y convocadas por un investigador con el propósito de discutir y comentar, desde su punto de vista, el tópico o tema propuesto por el investigador.

Alijuna/Arijuna: se les llama a las personas que no son Wayúu, es decir, los que no son indígenas Wayúu. Así llaman ellos a las personas de raza blanca.

RESUMEN

La razón mortalidad materna (RMM), es un indicador que mide el desarrollo de un país, existen muchas causas que dan origen a este flagelo en Colombia, el departamento de La Guajira no es ajeno a esta problemática. Dado el comportamiento histórico de las estadísticas de mortalidad materna en el departamento de La Guajira, las autoridades municipales y departamentales con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social y el SENA, plantearon la idea de desarrollar una capacitación denominada diálogos de intercambio de saberes con parteras Wayuu en el municipio de Manaure, La Guajira con el propósito de cualificarlas para que fortalecieran sus prácticas sanitarias en la atención del parto con el fin de que se reduzca la Mortalidad Materna. **Objetivo:** Evaluar y comprender barreras, oportunidades y valor agregado del curso de formación complementaria con enfoque intercultural a parteras de la etnia Wayuu, en el Municipio de Manaure, La Guajira. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el cual se utilizaron técnicas cualitativas, para la recolección de la información. Se evaluó el programa de formación en dos aspectos específicos: El nivel de aprendizaje, que se relaciona con los conocimientos adquiridos por los participantes, para lo cual se utilizaron test, portafolios de evidencias y el otro aspecto es la transferencia del conocimiento o aplicación. **Resultados:** Para dimensionar qué tanto apropiaron estos conocimientos se implementó, la estrategia de aplicar un instrumento de encuesta a cinco (5) parteras Wayuu, que asistieron a los diálogos de intercambio de saberes y que pertenecen al corregimiento de Mayapo, municipio de Manaure. En estas entrevistas se logró visualizar como ellas perciben el riesgo de la atención de un parto y del puerperio y las actividades que realizan para minimizar dichos riesgos, antes, cortaban el cordón del bebe, amarraban el ombligo con hilo,

tibiaban el agua, acostaban al bebé. **Conclusiones:** La metodología diálogo de intercambio de saberes es adecuada para estos procesos, porque permite conocer de qué manera los actores que intervienen manejan su práctica desde su contexto respetando su idiosincracia. La capacitación aportó a la formación de todas las parteras participantes debido a que refieren que aplican los conocimientos adquiridos. **Recomendaciones:** Una vez realizado el entrenamiento de diálogo de saberes es pertinente vincular a las parteras entrenadas al sector salud como parte de su equipo para que realicen esta labor en las comunidades. (Rancherías).

Palabras claves: Salud de poblaciones indígenas, partería, parto domiciliario, curso de capacitación, medio rural.

ABSTRACTO

The maternal mortality ratio (RMM) is an indicator that measures the development of a country, there are many causes that give rise to this scourge in Colombia, the department of La Guajira is no stranger to this problem; some of the causes are related to the difficulty of accessing the services of health, the low presence of institutions health service providers in communities and especially in the Wayuu; added to the above we find that the Wayuu population is located in areas of difficult access, its settlements are very dispersed and service infrastructure public is null. Given the historical behavior of Maternal mortality statistics in the department of La Guajira, the municipal departmental authorities accompanied by the Ministry of Health and Social Protection and SENA, raised the idea of developing a training called knowledge exchange dialogues with Wayuu midwives in the municipality of Manaure, La Guajira with the purpose to qualify them to strengthen their practices health care in childbirth care so that Maternal Mortality is reduced. **Objective:** Evaluate and understand barriers, opportunities and added value of the training course complementary with intercultural approach to midwives of the Wayuu ethnic group in the Municipality of Manaure, La Guajira. **Methodology:** a descriptive cross-sectional study was conducted, in which they used quantitative and qualitative techniques, for the collection of information. It was evaluated the training program in two aspects specific: The level of learning, which relates to the knowledge acquired by the participants, for which test were used, portfolio of evidence and the other aspect is the knowledge transfer or application, or is to assess the extent to which training received has been applied to the activities that makes setting midwife, how facilitators and barriers to the application of this knowledge This second aspect is assessed with questionnaires, observation of field and questions to the people who perform the supervision. **Results:** Given the

historical behavior of statistics of maternal mortality in the department of La Guajira, the municipal authorities and departmental raised the idea of develop a dialogue program of exchange of knowledge with midwives Wayuu in the municipality of Manaure, La Guajira in order to strengthen their knowledge and improve the techniques of asepsis and care, with the in purpose of minimize tth risks. **Conclusions:** The dialogue methodology of knowledge sharing is suitable for these processes, because it allows to know what way the actors involved handle their practice from its context respecting its idiosyncrasy. The training contributed to the training of all participating midwives because they say that the acquired knowledge. **Recommendations:** Once the dialogue training of knowledge is relevant to link to midwives trained in the health sector as part of your team to do this work in the communities (Rancherías).

Keywords: Area training evaluation, Midwifery, wayuu, rural, ethno cultural, Education, woman.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La razón mortalidad materna (RMM), es un indicador que mide el desarrollo de un país, existen muchas causas que dan origen a este flagelo en Colombia, el departamento de La Guajira no es ajeno a esta problemática; algunas de las causas están relacionadas con la dificultad para acceder a los servicios de salud, la poca presencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud en las comunidades y en especial en la Wayuu; sumado a lo anterior encontramos que la población Wayuu se encuentra en zonas de difícil acceso, sus asentamientos son muy dispersos y la infraestructura de los servicios públicos es nula. (1)

Revisando las estadísticas de la oficina de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud del Departamento de La Guajira, en el 2013 fue el departamento con mayor número de muertes maternas (MM), entre el año 2005 y 2013 la RMM, tuvo un comportamiento inestable hasta 2018; vemos como en la última década en el municipio de Manaure la mortalidad materna presentó un aumento en algunos años, esta situación se agrava por el hecho de que por usos y costumbres los partos en las comunidades son la primera opción; prefieren tener sus bebés con parteras tradicionales antes que asistir a los centros hospitalarios.(2)

Las gestantes poco asisten a los centros hospitalarios, por consiguiente no se encuentran inscritas en los programas de control prenatal, se conoce que en esas consultas se identifican de manera temprana los factores de riesgo que se pueden presentar en el embarazo, el parto y el puerperio; lo que quiere decir que si se detectan a tiempo se pueden evitar complicaciones y así disminuye la mortalidad materna en esta población.(3)

Si bien las comunidades indígenas se encuentran en zonas dispersas, es necesario ofrecerles a las gestantes atención de la mejor calidad que les garantice un feliz término en cuanto a la gestación del bebe, debido a lo anterior nació la idea de las autoridades municipales y departamentales en el sector salud de realizar una capacitación para parteras tradicionales Wayuu en la cual se cualificara su práctica y así se llevara de la mejor manera.

Debido al comportamiento inusual de muertes maternas y respondiendo a un llamado que la Secretaría de Salud de La Guajira le hace al Ministerio de Salud y Protección Social y al SENA, se tomó la decisión de capacitar a parteras tradicionales de la etnia Wayuu como una estrategia para reducir las MM con el fin de responder a la situación de salud de la población materna.

El objetivo principal del curso fue capacitar a estas parteras con el propósito de cualificarlas para que se fortalecieran sus prácticas sanitarias en la atención del parto con el fin de que se reduzca la MM, y así la atención del parto sea de la manera más adecuada. La metodología que se utilizó para desarrollar la capacitación fue el intercambio de diálogo de saberes y los simulacros.

Con el fin de medir el impacto en cuanto a qué tanto estas parteras de la etnia Wayuu, que asistieron al intercambio de diálogo de saberes aprendieron y qué tanto ponen en práctica estos conocimientos adquiridos, se llevará a cabo una investigación tipo descriptivo donde se realice la evaluación.

En esta investigación se desarrollan unos capítulos donde se pone en contexto al lector acerca de cómo fue el proceso de este estudio, los resultados y su importancia en la puesta en marcha de los conocimientos adquiridos posteriormente al intercambio del diálogo de saberes.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN: NATURALEZA DEL PROBLEMA

La mortalidad en la comunidad étnica Wayuu en Colombia es preocupante y de gran magnitud comparada con otras regiones del país. TUESCA & Nájera (1) y Bula & Galarza (2) identificaron factores relacionados con las desigualdades socioeconómicas, culturales y el rol de la familia de la mujer wayuu. Si bien, existe la figura del cuidado de la partera o comadrona en esta comunidad, poco se conoce de su impacto en el bienestar madre-hijo o del enrutamiento de sus saberes y prácticas dentro del cuidado.

En primer lugar, desde una mirada cultural, étnica y la propia valoración de la cosmovisión y cosmogonía de la etnia wayuu, es fundamental reconocer el papel de la partera, en especial en el cuidado de la gestante, la atención del parto y en las primeras etapas del cuidado del niño. En segundo lugar, es necesario apalancar procesos de reconocimiento e identidad cultural que permita integrar estos actores no reconocidos por el sistema de salud, dentro del sistema de salud étnico que garantice una complementariedad. En tercer lugar, el enfoque diferencial, debe permitir una apertura en la transformación de la atención, de los servicios que se ofrecen a la comunidad y del reconocimiento de prácticas y saberes en el territorio.

Teniendo en cuenta este contexto, tomamos como referencia el municipio de Manaure, ubicado en la media Guajira, donde el 95% de su población es indígena, y habita en el área rural dispersa con difícil acceso. Este municipio tiene una extensión aproximada de 1,643 kilómetros cuadrados, y lo conforman nueve (9) corregimientos e innumerables rancherías indígenas. Según proyecciones del DANE (2005), la población del municipio de Manaure proyectada al año 2011 es de 92.231 habitantes, distribuidos así: 37,999 (41.2%) habitantes en la cabecera

municipal y 54.232 (58.8%) en el área rural (incluye centros poblados) (3). En este territorio, no cuenta con acceso oportuno a los servicios de salud, dada sus condiciones de dispersión, difícil acceso y bajos ingresos económicos, por ello sus prácticas ancestrales favorecen que los partos sean atendidos por parteras, muchas de las cuales no tienen el entrenamiento adecuado, y sólo los realizan basadas en prácticas ancestrales, razón por la cual no tienen la asepsia mínima ni las condiciones para la atención de un parto seguro.

Partiendo del reconocimiento de la problemática de mortalidad materna en la comunidad wayuu, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y la fundación BAYLOR, que en Colombia desarrollo uno de los 15 programas que se desprenden alrededor del mundo de BAYLOR INTERNACIONAL (4), una organización sin ánimo de lucro que ha enfocado sus esfuerzos en la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad materno infantil en los municipios de Manaure y Riohacha en La Guajira. Esta empresa como parte de su responsabilidad social, brindó capacitación y entrenamiento con la estrategia del diálogo de saberes a parteras wayuu para el fortalecimiento de las prácticas sanitarias en la atención del parto, con el objetivo de mejorar estas prácticas.

En este sentido, se evaluó qué tanto aprendieron y como aplican estos conocimientos las parteras en sus comunidades, por lo cual se formuló el siguiente interrogante:

¿Cómo ha sido la apropiación del conocimiento por parte de las parteras wayuu, luego de un programa de formación con enfoque intercultural a parteras de la etnia Wayuu?

JUSTIFICACIÓN

Históricamente en Colombia no se han establecido unas políticas claras respecto a la atención materna con enfoque étnico, durante la gestación, parto y puerperio, ni sobre las parteras a lo ancho y largo del territorio nacional; sin embargo, por las dificultades de acceso de las mujeres a los servicios de salud oficiales y de las limitantes en términos de cobertura de los servicios del sistema de salud, las parteras se convierten en la única opción que tienen las mujeres y sus hijos para ser atendidas en montes, ríos e incluso poblados y ciudades. (5)

“Si bien existe una legislación especial en salud para los grupos étnicos, que incluye la consulta sobre los programas y la creación de empresa indígenas para el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, el acceso real a los servicios es deficiente y fraccionado y no cumple con los requisitos de calidad, interculturalidad, integralidad, aceptabilidad y acceso” (6).

Las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna e infantil representan problemas apremiantes de Salud Pública en el mundo entero. En Colombia, el problema es mayor en las áreas rurales e indígenas. Cada año mueren en el mundo aproximadamente 500,000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y los eventos del parto, la mayoría de las mujeres en países en desarrollo no tienen acceso a los métodos de planificación familiar, reciben insuficiente atención prenatal o carecen de ella y paren con asistencia inadecuada del parto. (7)

Según un análisis de la situación de salud por regiones de Colombia, realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social, La Guajira es uno de los departamentos con mayor proporción de personas con necesidades básicas insatisfechas y, a la vez, experimenta una alta mortalidad materna (8): razones de 220,4 muertes por

100 000 nacidos vivos en 2009 y 154,9 muertes por 100 000 nacidos vivos en 2010 (9).

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) en el departamento de La Guajira se ha mantenido también por encima de los demás departamentos de la región Caribe y el país: en el quinquenio 2008–2012 las razones se mantuvieron entre 101,4 y 220,4 por 100 000 nacidos vivos en la región caribe, cuando la de Colombia en ese período no pasó de 74 muertes por 100 000 nacidos vivos. Esto indica que las estrategias implementadas no están dando resultado. (1-2).

De acuerdo al Informe de la visita realizada al Departamento de La Guajira entre los días 4 y 5 de febrero de 2016, se detectó el escaso reconocimiento de la población por parte del Estado y el subregistro de los afectados en situaciones de máxima precariedad. Esto ocurre tanto por la ausencia de un censo real de la población rural de la Media y la Alta Guajira, como por la falta de registro de casos de morbimortalidad que no llegan a los servicios de salud.

En la microfocalización realizada entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Gobernación, se encontró que casi todos los indicadores se duplican en la realidad respecto de la información oficial del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y del Ministerio de Salud y Protección Social. Por ejemplo, se reporta un 55% de personas con Desnutrición (DNT) crónica en niños y niñas menores de cinco años; 14,5% de partos de bajo peso al nacer, en Manaure (3); eso indica la desnutrición de las madres. De la misma manera, se presenta la mortalidad infantil de 54,26 x 1.000 nv en Manaure y 53,81 en Uribia; mortalidad materna de 212x 100.000 nv en promedio, la más alta del país, pero con extremos de más de 600x 100.000 nv en Manaure y en Uribia. (10).

La situación puede analizarse en dos grandes ámbitos: el primero es el marco general de las condiciones de vida, desde el punto de vista material, cultural, económico y político. El segundo es la respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) frente a la grave situación de salud que afronta la población (10).

En el Departamento de la Guajira, la atención del parto institucional ha venido aumentando a través de los años. Los esfuerzos por mantener una cobertura útil en la atención del parto institucional se reflejan en los datos estadísticos. Al determinar el número de partos de acuerdo a la persona que realizó la atención del mismo, se puede apreciar que, a medida que crece el número de partos atendidos por personal médico, decrece el número de partos atendidos por parteras.

A pesar de los esfuerzos gubernamentales por mejorar la cobertura en el programa de control prenatal, incrementar la atención del parto institucional y desarrollar programas comunitarios en salud con enfoque diferencial étnico, la mortalidad materna sigue cobrando un número importante entre las mujeres de la etnia Wayúu.

La atención de partos domiciliarios, por parteras o familiares, es una práctica cultural habitual de poblaciones indígenas como la Wayúu, pero puede ser la causa de complicaciones obstétricas como la hemorragia posparto, identificada como la principal causa de muerte materna. (2)

Un estudio realizado durante el 2000-2003 por la Organización Panamericana de la Salud sobre mortalidad materna evidenció una serie de desventajas de la población indígena con respecto a la no indígena. Entre las desventajas se destaca el embarazo a edades tempranas, la falta de asistencia médica, el domicilio en zonas rurales dispersas y la baja o nula escolaridad. La mayor

proporción de muertes maternas ocurre en mujeres indígenas con bajo o ningún nivel educativo. El riesgo de muerte es 10 veces mayor respecto a las no indígenas; en mujeres indígenas de 10 a 14 años el riesgo es cuatro veces mayor, además de pertenecer al régimen subsidiado y haber tenido el parto en el domicilio (2).

Otro factor que dificulta la atención, es la necesidad de un guía bilingüe, como puente entre la cultura ancestral y el quehacer médico. Muchos de los wayuu que recurren a la medicina occidental saben algo de castellano.

Los que no, mayormente llegan a los centros de atención acompañados con familiares bilingües. Sin embargo, el lenguaje médico suele ser tan especializado que el castellano que dominan (tanto el paciente como su familia) no basta y se ven en la necesidad del guía bilingüe, quien cumple la función de intérprete especializado.

Respecto a la relación médico-paciente, los guías bilingües señalan que los usuarios les agradecen su intervención, ya que habitualmente no logran entender al médico. De hecho, incluso los que entienden y hablan bien el castellano a veces solicitan su presencia. El wayuu bilingüe promedio no cuenta con un castellano especializado en lo que al área de la salud se refiere, así que el apoyo del guía es un plus de la consulta médica: *“En algunos casos piden que uno los acompañe, porque va a ser muy difícil, él no le va a entender a ella, en la mayoría de los casos ellos dicen: no, acompáñame, yo necesito que tú me acompañes, hasta las mujeres embarazadas me han pedido que pase con ellas. (Hombre, Wayuu, trabajador social, guía bilingüe. Entrevista, octubre 2012). (11).*

Bula y Galarza, (2) realizan una descripción de las prácticas de cuidado cultural relacionadas con el embarazo, parto y posparto de la mujer Wayúu, proceso donde relatan que la madre se acuesta o se sienta sobre un asiento de madera

para llevar a cabo el parto. Cuando realiza el parto sentada, la madre pone su espalda contra un chinchorro colgado y extiende sus brazos tomándose del mismo.

Vargas, Rodríguez, Corredor y Vallejo citan dentro de las conclusiones respecto al parto vertical, que presenta como desventajas, un mayor sangrado, con relación al parto en posición vertical. (8)

Con la participación de la OMS, el Fondo de Población y otros organismos de 45 países, en 1987 se celebra la Conferencia Internacional en Pro de una Maternidad Segura, donde se pone en marcha el Programa para una Maternidad Segura, cuyo objetivo es reducir las enfermedades y defunciones maternas en un 50% para el año 2000. (12)

Para 1988, la OPS, en la XXIII Conferencia Panamericana presenta el Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, el cual es acogido por todos los estados miembros. Entre los objetivos planteados de cambios de la situación suscribe: Mejorar la atención del parto domiciliario mediante la educación permanente de las parteras tradicionales y de otro personal que accidentalmente lo atiende. (12)

Cada año, aproximadamente 350.000 mujeres pierden la vida a causa del embarazo o el parto, casi 1.000 por día. De esas mujeres, un 99% muere en países en desarrollo. Según se estima, hay 8 millones más que padecen graves enfermedades y discapacidad a lo largo de toda su vida como resultado de las complicaciones del parto. Cada año dos millones de recién nacidos mueren en las primeras 24 horas de vida. Además, hay 2.6 millones de mortinatos de los cuales aproximadamente un 45% muere durante el trabajo de parto y el parto. Millones de recién nacidos padecen traumas de nacimientos que impiden su desarrollo y su futura productividad. (1)

Esta situación se complejiza si analizamos que la mujer wayúu debido a su papel relevante dentro de la familia, es la persona en quien recae la mayoría de veces las responsabilidades dentro y fuera del hogar porque trabaja para su familia en actividades económicas particulares lejos de su casa. (13).

Las cifras mencionadas confirman una de las inequidades más graves y persistentes en el mundo. Si bien las estimaciones elaboradas en 2008 indican una reducción del 34% en las cantidades de muertes derivadas de la maternidad en comparación con 1990, aún persisten las complicaciones, siendo más graves en el trabajo de parto, el parto y las 24 horas posteriores; Por consiguiente, el informe Estado de las Parteras en el Mundo (2011) se focaliza en el personal que acompaña a las mujeres antes del parto, durante el trabajo de parto y el parto, e inmediatamente después, y en los servicios que proporciona. (1)

Se observa así que el trabajo de la partera, no se refiere solo al momento del parto, de acuerdo a las investigaciones realizadas por Ruiz, ya que, aunque no se presenten problemas, generalmente se consulta a la partera (anatülü) hacia la mitad del periodo de gestación, la que controla la posición del feto. Algunas de las entrevistadas refieren que “me realizan sobos en la barriga para acomodar al bebé y sea más fácil parir, mi abuela me da tomas de hierbas para no gritar ni patear, y también para que salga toda la sangre y quede limpia”. (14)

En Colombia, a pesar del aumento significativo del número de partos atendidos institucionalmente por profesionales (en el año 2003 era de 93,5% frente a 39% atendido por parteras); la atención del parto en el hogar sigue siendo importante sobre todo en las zonas rurales apartadas, en las cuales las vías de comunicación, los costos de los traslados, el bajo acceso a los servicios de atención sanitaria y las tradiciones culturales en torno al nacimiento en el hogar; han hecho de las parteras tradicionales una figura de mucha importancia en las vidas de estas personas. A pesar de los grandes esfuerzos por disminuir las tasas de natalidad y

de fecundidad, aún se mantienen altas. En el caso de la primera fue de 22,31 por 1000 habitantes y en la segunda de 77,8 por mil mujeres en 2004. (2)

A lo anterior se agrega que en Colombia, la mortalidad materna perinatal, ocupa la segunda causa en el grupo de edades comprendidas entre los 15 y 44 años y ha tenido un comportamiento irregular en los últimos años, presentando una disminución sostenida en períodos específicos y aumento en los últimos años. Este indicador pasó, en el período de 1992 a 1996 de 89,8 a 71 por 100.000 nacidos vivos en 1998. Sin embargo, para 2003, según el Ministerio de la Protección Social, fue de 104,9 y en 2004 de 98,6 por 100.000 nacidos vivos. (2)

También es de destacar las disparidades de este indicador en las diferentes regiones del país y en los diferentes grupos sociales. Por ejemplo, hay una brecha importante entre las muertes reportadas en las regiones urbanas y las rurales, siendo mayor en la primera; entre los departamentos más desarrollados como Cundinamarca y Antioquia y los más atrasados y alejados; además con predominio de zonas rurales como Guainía, Caquetá, Guaviare y Chocó. En los primeros, se reporta un número mucho menor que en los segundos. (2)

La Guajira es un departamento con altos índices de muertes maternas y perinatales, especialmente en los Municipios donde se concentra el mayor número de población indígena. En los últimos 5 años, según datos arrojados por el sistema de vigilancia Epidemiológica, se han notificado 127 muertes maternas de las cuales 19 son del Municipio de Manaure.

Partiendo de la premisa que todo ser humano tiene derecho de nacer en las mejores condiciones ambientales y con el mínimo de riesgo posible, la partera es un recurso tradicional valioso en los países en vías de desarrollo que contribuye a las acciones de salud. La partera tradicional es una realidad en áreas de difícil

acceso del país, por lo que se hace necesario cambiar prácticas negativas que ponen en riesgo al binomio madre /hijo. (7)

Es imprescindible brindar a las comunidades alejadas y vulnerables del país, oportunidades complementarias y costo efectivas, relacionadas con la integración de prácticas interculturales a los sistemas de salud (participación de parteras, parto vertical, personal bilingüe, entrega de la placenta en condiciones de asepsia, entre otros) y la garantía del traslado a la gestante, en un marco de respeto a los derechos humanos, sin distinción de clase, etnia y clase social, a sitios de mayor complejidad tecnológica cuando la situación de salud así se requiera.(15)

Si bien es cierto que las coberturas en la atención de los eventos que tienen que ver con la maternidad ha aumentado, las parteras tradicionales siguen jugando un papel importante en las diferentes regiones, sobre todo en donde las zonas rurales están apartados de las grandes ciudades; con difícil acceso y precaria prestación de los servicios de salud por parte del estado. (24)

El haber realizado una investigación para evaluar los resultados de una formación académica a las que se sometieron un número significativo de mujeres de la etnia wayuu del municipio de Manaure, con la estrategia del dialogo de saberes con parteras wayuu para el fortalecimiento de las practicas sanitarias en la atención del parto, es importante dado que nos permite visualizar que los conocimientos que recibieron durante el proceso de formación sean aplicados adecuadamente con el fin de minimizar las complicaciones que se puedan presentar en un embarazo, trabajo de parto y parto.

MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE

Partería ancestral:

La partería se define como: “Los servicios del personal de salud requeridos para prestar apoyo y atención a las mujeres y los recién nacidos durante el periodo prenatal, el embarazo, el parto y el postparto. Abarca la atención de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el periodo de postparto, así como la atención al recién nacido”. Incluye las medidas destinadas a prevenir problemas de salud durante el embarazo, la detección de situaciones anormales. (8)

Partera tradicional empírica: es la persona que asiste a la madre durante el parto y que ha adquirido sus conocimientos iniciales de partería por sí misma o por aprendizaje con otras parteras tradicionales. **Partera Tradicional:** Recurso habitual reconocido y utilizado por la comunidad como consejero en circunstancia de la gestación, para la atención del parto limpio y la ejecución de actividades de promoción de salud. **La partera tradicional capacitada:** es la persona de la comunidad que presta el oficio de la partería y ha recibido un curso de capacitación por el equipo de salud de su localidad, con una duración de 40 horas y es acreditada por el Ministerio de Salud, a través de un permiso para asistir partos normales de urgencia en su localidad. (7)

Las parteras son reconocidas como guías de las mujeres, preparándolas emocional, corporal y psicológicamente para el parto y para la nueva mujer que se está gestando. (1)

En muchos países, las parteras y otro personal con competencias de partería constituyen un componente importante del personal de salud. Atienden a las mujeres y colaboran con ellas en sus hogares y sus comunidades, así como en

dispensarios prenatales, centros de salud, hospitales y maternidades interactuando con colegas de los servicios de atención primaria, secundaria y terciaria de la salud. Las parteras bien capacitadas y otros agentes de salud que poseen todas las competencias de partería pueden encargarse de satisfacer las necesidades de salud de madres y recién nacidos durante el embarazo, el parto y más adelante. Están disponibles para ofrecer atención de rutina durante los partos que se realizan sin tropiezos y también están en condiciones de detectar y atender las complicaciones del parto antes de que pasen a amenazar la vida de la paciente. (1)

En América Latina, dada las difíciles condiciones socioeconómicas de la región, los sistemas de salud se han caracterizado por tener una baja cobertura de la población más pobre y una pésima calidad de los servicios sanitarios. A lo anterior se adicionan los problemas de inaccesibilidad de la población, sobre todo de los que residen en zonas rurales apartadas. (2)

En Colombia, el problema se agudiza con el desarrollo del conflicto social y armado, y el consecuente abandono del Estado colombiano de grandes regiones rurales donde la guerra se desarrolla con mayor crudeza. La ausencia parcial de una política de inversión social en áreas como la educación y la salud, entre otras, empeora las condiciones de vida del campesinado ya de por sí difíciles a causa del conflicto interno. (7)

La salud de la mujer en su proceso reproductivo es responsabilidad del equipo de salud por lo tanto se hace necesario una relación de seguimiento entre parteras tradicionales y el personal de salud. La partera tradicional no es una persona subalterna del equipo de salud, debe existir una colaboración mutua entre éstas y el equipo de salud. Se debe respetar la idiosincrasia y la cultura en que han sido formadas las parteras tradicionales. La educación y el seguimiento son

herramientas fundamentales con que cuenta el equipo de salud para erradicar prácticas que ponen en peligro la salud de la mujer y el niño. (9)

Abordando la temática de las parteras como sabedoras tradicionales de la salud de las mujeres en edad fértil, su labor y los diferentes contextos donde operan desde el campo académico, en latinoamérica, diferentes campos investigativos se han interesado por la labor que cumplen las parteras en sus poblaciones, tales como la enfermería, la salud pública, la obstetricia y la medicina. Además de las ciencias y disciplinas de la salud, las áreas de ciencias sociales como la historia, la sociología y la antropología, han mostrado notable interés por su estudio. (16)

Las principales funciones a cumplir por la partera(o) tradicional son:

- Reconocer y derivar a las gestantes, parturientas y puérperas que presenten algún signo de alarma y llevarlas al establecimiento de salud más cercano.
- Atender los partos en la comunidad sólo en los casos en los que por razones de fuerza mayor el traslado a un establecimiento de salud no sea posible.
- Informar a las gestantes sobre la importancia del control prenatal y los cuidados que deben tener durante el embarazo.
- Identificar a las gestantes de su comunidad y derivarlas al establecimiento de salud más cercano para su control prenatal.
- Acompañar a la gestante y/o parturienta al establecimiento de salud para que reciba atención calificada.
- En caso de una emergencia obstétrica o neonatal deberá aplicar medidas básicas de atención y su referencia inmediata a un establecimiento de salud.
- Brindar educación sanitaria en aspectos de salud reproductiva.

- La partera debe estar capacitada por una enfermera y/o médico con experiencia en atención del parto y cuidado del recién nacido, este personal debe estar capacitado como “Facilitador para la Capacitación de Parteras. (16).

Partería indígena Wayuu:

Es poca o casi nada la literatura acerca de la partería Wayuu, pero en conversaciones con líderes de la etnia, manifestaron que la sabiduría Wayuu ha permitido traer muchos niños al mundo, esto se debe a que las indígenas prefieren tener sus partos en las rancherías antes que ir a los centros hospitalarios, ya que en su habitat están al cuidado de sus parteras. Las maternas Wayuu dicen que además de estar lejos de los centros poblados, se les dificulta llegar a estos y que culturalmente ellas prefirieren ser atendidas por parteras, ya que nacieron con parteras al igual que sus abuelos y padres.

La mortalidad materna es crítica en pueblos indígenas; mientras que en la población no indígena la mortalidad materna viene en descenso. En la población indígena, entre el 2009 y 2013, se incrementó, pasando de 243,07 a 355,65 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos. La razón de mortalidad materna para el 2014, influenciada por la interacción de los determinantes sociales de pobreza, etnicidad y ruralidad, fue mayor que la nacional en los departamentos de Caquetá, Cauca, Cesar, Córdoba, Chocó, La Guajira, Nariño, Sucre, Putumayo, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada. (20)

En el 2013, La Guajira fue el departamento con mayor número de muertes maternas indígenas, concentrando el 50% de los casos; con 26 muertes (MSPS, 2016). Entre el año 2005 y 2013, la razón de mortalidad materna tuvo un comportamiento inestable hasta 2008 y una tendencia creciente hasta 2013

(MSPS y Administración temporal sector salud del departamento de La Guajira, 2017).

Las prácticas tradicionales y el rol de las PT varían de acuerdo con las características culturales de su comunidad y la distribución de roles tradicionales con otros sabedores; sin embargo, en la mayoría de los casos comparten características como la asistencia del parto, la comprensión del sistema cultural de su comunidad, el manejo del Idioma, la disposición para el servicio y el reconocimiento comunitario como parte de la retribución a su labor (OMS, UNFPA y UNICEF, 1993). (20)

En el futuro se promueven los modelos de atención centrados en la mujer y dirigidos por parteras profesionales, técnicas y enfermeras obstetras, que han demostrado generar mayores beneficios y ahorros que los modelos de atención medicalizados. Se centra en el aumento de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud y los proveedores de salud para lograr los tres componentes de la cobertura de salud universal (CSU): (21)

Los servicios de partería de calidad, coordinados e integrados en las comunidades, e incorporados en el sistema de salud, aseguran que se ofrezca atención a lo largo del embarazo, el parto y el puerperio. Los servicios de partería también facilitan la remisión de madres y recién nacidos desde el hogar o el centro de salud hacia un hospital donde puedan recibir la atención de obstetras, pediatras y otros especialistas, de ser necesario. (9)

Un número importante de las muertes maternas y perinatales se pueden evitar, pues están determinadas por las condiciones de la gestante, el parto y el puerperio, más que por las condiciones propias del recién nacido. Es por esto que un alto porcentaje de las muertes maternas y perinatales se han encontrado ligadas a las características de los servicios de salud tales como la cobertura, el

acceso, la calidad en la prestación de los servicios y la situación financiera y cultural de cada región, muchos estudios han demostrado que la mortalidad materna y perinatal puede disminuir gracias a la vinculación de parteras que se han capacitado en sus comunidades. En lugares como Bangladesh, Gambia y Guatemala, el hecho de que exista una partera capacitada y que sea capaz de realizar sin riesgos la atención del parto, resultó ser una forma útil de reducir la mortalidad materna (26) .

Salud Materna:

La maternidad es sin duda, una experiencia maravillosa que suele tener un impacto muy positivo en las familias, sin embargo, existen cambios físicos, psicológicos y sociales.

Es una condición de salud tan importante que ha sido escogida como uno de los objetivos de Desarrollo Sostenible: “disminuir la mortalidad materna”, tarea que requiere el trabajo coordinado de todos los estamentos de la sociedad. Por una parte, el estado debe garantizar a través de los prestadores de servicios de salud (IPS), una atención integral y de calidad que facilite que el proceso de embarazo, parto y puerperio se desarrolle normalmente. Se prevengan patologías que afectan la vida de la madre y el niño o la niña, los diagnostiquen tempranamente y se instauren tratamientos adecuados. (22)

La salud materna no sólo es el resultado de las condiciones de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio, sino que es un indicador del grado de desarrollo de un país y su capacidad para garantizar derechos humanos y salud a su población, las condiciones de desigualdad e inequidad que enfrentan las mujeres en distintas regiones del mundo se reflejan especialmente en los casos de muerte materna y representan serias implicaciones no sólo para las mujeres en gestación y sus hijos por nacer, sino para sus familias y la sociedad en general. El

bajo nivel educativo de las gestantes, las barreras geográficas, económicas, culturales y de calidad de la atención en salud son elementos causales relacionados con la mortalidad materna (23)

Las organizaciones comunitarias juegan un papel clave en el facilitar que las mujeres gestantes se acerquen a los servicios de salud tempranamente, asistan al control prenatal, reconozcan signos de alarma y consulten con oportunidad cuando estos se presentan; por tanto, deben propender por la creación de redes de apoyo a las gestantes, que apunten a la disminución de barreras de acceso y discriminación positiva, toda vez que se rodea a las gestantes y de forma especial a las más vulnerables. (22)

A pesar de todas las intervenciones planteadas se siguen presentado complicaciones en la salud materna, como es el caso de la mortalidad en esta etapa del curso de vida. A continuación, se muestran las estadísticas de dicha problemática en el departamento de La Guajira en el periodo 2010-2018.

Tabla 1. Situación de la mortalidad materna, La Guajira. Período 2.010 - 2.018.

MUNICIPIO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
URIBIA	1	4	4	5	6	2	5	3	5
MANAURE	1	4	5	4	4	2	6	6	1
MAICAO	5	3	3	5	3	8	6	2	3
ALBANIA	1	2	0	1	1	0	0	0	1
RIOHACVHA	3	6	4	2	7	6	7	12	3
DIBULLA	2	1	0	0	2	1	2	1	1
HATONUEVO	1	0	0	0	0	0	1	0	0
DISTRACCION	0	0	0	0	0	0	0	1	0
FONSECA	0	0	0	0	1	0	2	0	0
BARRANCAS	0	1	0	1	0	1	2	0	2
SAN JUAN	0	1	0	2	2	3	1	1	2
EL MOLINO	0	0	0	0	0	0	0	0	0
VILLANUEVA	1	1	0	1	0	1	0	0	0
URUMITA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LA JAGUA	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL	15	23	16	21	26	24	32	27	18

Fuente: DANE. SIVIGILA, Oficina de Vigilancia Epidemiológica – VSP.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar y comprender barreras, oportunidades y valor agregado del curso de formación complementaria con enfoque intercultural a parteras de la etnia Wayuu, en el Municipio de Manaure, La Guajira.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población objeto de estudio del programa-curso en relación a variables sociodemográficas.
- Establecer cuáles de los conocimientos adquiridos por la población han sido puestos en práctica, por parte de las parteras tradicionales.
- Determinar barreras y facilitadores para aplicar los conocimientos adquiridos en la formación por parte de las parteras tradicionales.
- Identificar el impacto generado en las prácticas de las parteras Wayuu, con respecto al programa de formación complementaria con enfoque intercultural recibido en el municipio de Manaure, Departamento de la Guajira en el año 2017

CAPÍTULO II

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el cual se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas, para la recolección de la información. Se evaluó el programa de formación en dos aspectos específicos:

El nivel de aprendizaje, que se relaciona con los conocimientos adquiridos por los participantes, para lo cual se utilizaron test, portafolios de evidencias y el otro aspecto es la transferencia del conocimiento o aplicación, o sea valorar hasta qué punto la formación recibida se ha aplicado a las actividades que realiza como partera, estableciendo facilitadores y barreras para la aplicación de estos conocimientos. Este segundo aspecto se evaluó con cuestionarios, observación de campo y preguntas a las personas que realizan la supervisión

Población de Estudio

La población objeto para este estudio fueron las parteras (o) de la etnia Wayuu, exclusivamente del municipio de Manaure zona rural, que asistieron al programa curso y que cumplieron con las horas establecidas, dictado por el SENA, en alianza con la fundación BAYLOR denominado “Diálogo de saberes con parteras Wayuu para el fortalecimiento de las prácticas sanitarias en la atención del parto”, que recibieron la capacitación durante el año 2017.

Criterios de inclusión:

Hombres y mujeres que asistieron al taller denominado “Diálogo de saberes con parteras Wayuu para el fortalecimiento de las prácticas sanitarias en la atención

del parto” y lograron la certificación que los acredita como tal y que consintieron participar en la investigación, al aceptar ser entrevistados.

Criterios de exclusión:

Personas que hubiesen participado de la capacitación, pero no puedan ser contactados.

Los que por difícil acceso no pueda llegar el encuestador o el encuestado.

Variables:

Sociodemográficas: Edad, Sexo, Estado Civil, Nivel Educativo, Ocupación, Procedencia, Ingresos económicos.

Geográficas: Dispersión, Difícil acceso y Medio de transporte.

Curso/programa: Número de horas del curso, Temas tratados, Duración del curso, Lugar, Número y perfil de profesionales que participaron como docentes, Metodología de la enseñanza.

Conocimientos adquiridos: En el trabajo de parto, en el expulsivo, en el alumbramiento (placenta), en el puerperio.

Barreras y facilitadores: Acompañamiento, incentivo, recambio de los kits, seguimiento, reuniones periódicas de integración, actualizaciones, rotación de personal en las instituciones del estado.

Impacto generado en las prácticas: Prácticas incorporadas luego del entrenamiento, práctica ancestral eliminada luego del entrenamiento, práctica ancestral fortalecida luego del entrenamiento.

Ver Tabla 3. (Tabla de operacionalización de variables)

Plan de recolección de datos:

Esta investigación maneja datos que proceden de fuente primaria (entrevistas y grupos focales)

De la base de datos de la Secretaria de Salud Departamental y municipal, se tomó la información de contacto de las personas que recibieron la capacitación, luego de tener el aval del comité de ética.

Se hicieron grupos focales con aquellas parteras que residen cerca una de la otra y de aquellas que viven distantes y se hicieron entrevistas individuales a profundidad.

Previo a esto se realizó lectura en español y wayunaiki del consentimiento informado, conjuntamente con la autoridad tradicional de la ranchería donde reside la partera.

Una vez se consideró que el proceso de revisión de la calidad de los datos finalizó, se procedió al análisis.

Plan de procesamiento de datos

Los datos se tabularon en Excel, se depuró la información. Se realizó transcripción de las entrevistas y se agrupó la información por categorías para los datos cualitativos.

Plan de presentación de los resultados

Los resultados del estudio, se presentan por objetivos planteados.

- Caracterizar la población objeto de estudio del programa-curso en relación a variables sociodemográficas y a los contenidos de la formación

Se realizarán tablas de variables que representen la caracterización de la población seleccionada y de los contenidos del programa de formación

- Establecer cuáles de los conocimientos adquiridos por la población han sido colocados en práctica, por parte de las parteras tradicionales.
- Determinar barreras y facilitadores para aplicar los conocimientos adquiridos, en la formación por parte de las parteras tradicionales.
- Identificar el impacto generado en las prácticas de las parteras Wayuu, con respecto al programa de formación complementaria con enfoque intercultural recibido en el municipio de Manaure, Departamento de la Guajira en el año 2017
- Se emplearán las tablas de asociación y gráficos (Diagrama de barras) que permitan representación de la relación encontrada en las variables de estudio.

ASPECTOS ÉTICOS

Se realizaron entrevistas a profundidad a grupos focales, sobre las temáticas del curso de cualificación de parteras. Por lo tanto, al revisar la Resolución 8430 de 1993 en lo relacionado con riesgos y clasificación de investigación en seres humanos en Colombia, se ha considerado con el equipo de dirección en la categoría de investigación sin riesgo, teniendo en cuenta tipo de fuente y su característica. Se realizó el consentimiento informado previo a la participación en el estudio. Además, se cumplieron los principios éticos. Se abordó el tema teniendo en cuenta la trascendencia que para la salud pública tiene, en aras de la toma de decisiones futuras para fortalecer las actividades de formación ya realizadas.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Teniendo en cuenta que la riqueza de los datos obtenidos, se enfatiza en los elementos cualitativos, se realiza en la descripción de resultados una contextualización del proceso y del entorno cultural.

Dado el comportamiento histórico de las estadísticas de mortalidad materna en el departamento de La Guajira, las autoridades municipales y departamentales plantearon la idea de desarrollar un programa de diálogos de intercambio de saberes con parteras Wayuu en el municipio de Manaure, La Guajira con el fin de afianzar sus conocimientos y perfeccionar las técnicas de asepsia y cuidados, con el propósito de minimizar los riesgos.

A través de las visitas a las comunidades indígenas y por relato de algunos de sus miembros, se pudo detectar que las parteras tradicionales Wayuu se ocupan de las necesidades de atención en salud de un número significativo de maternas en su comunidad, que tienen acceso limitado a la prestación de servicios de salud convencionales.

El conocimiento de las parteras anteriormente mencionadas ha sido obtenido por medio de un proceso empírico heredado de una generación a otra, el cual es ampliado con información que obtienen del desarrollo de capacidades de la medicina occidental que reciben. El hecho de que la partera tradicional comparta el mismo sistema cultural de la comunidad, se ve reflejado en la confianza que manifiestan las gestantes, situación que repercute en el estado emocional de estas. La disposición que ofrecen las parteras tradicionales, el papel central que desempeñan ante la comunidad y su conocimiento, las convierten en personajes claves para mejorar la salud de estas maternas.

En conversaciones con el Ministerio de Salud y Protección Social se planteó la posibilidad de llevar a cabo una capacitación con el fin de cualificar a las parteras Wayuu, ya que son las primeras respondientes en la comunidad, y así minimizar el

riesgo de muerte de las maternas, ya que reciben la primera atención de personas que tienen el mínimo conocimiento con respecto a cómo se debe hacer una atención durante el embarazo, parto y puerperio.

De acuerdo a lo anterior se realizaron varias reuniones con los diferentes actores como Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría de Salud Departamental, Secretaría de Salud Municipal, Fundaciones y el SENA, donde finalmente se concretó la idea y se diseñó un programa en el cual se les enseñara con una metodología práctica, clara y sencilla, y así pudieran atender los partos con el mínimo de riesgos, y que como resultado el indicador de razón de mortalidad materna disminuyera.

Se concluyó que la mejor forma o metodología sería un intercambio de dialogo de saberes con parteras Wayuu, ya que tienen un amplio conocimiento al respecto dentro de su comunidad. Finalmente se llevó a cabo la actividad del intercambio de saberes, que además contemplaba un contenido extenso de medicina occidental, que culminó con éxito.

Para dimensionar qué tanto apropiaron estos conocimientos se implementó, la estrategia de aplicar un instrumento de encuesta a cinco (5) parteras Wayuu, que asistieron a los diálogos de intercambio de saberes y que pertenecen al corregimiento de Mayapo, municipio de Manaure.

Con relación a los contenidos de la formación, este se desarrolló en el corregimiento de Mayapo, con una duración de 5 semanas con un total de 50 horas, La metodología y la pedagogía de los diálogos fueron desarrolladas por profesionales expertos en la temática.

Los contenidos de los diálogos incluyeron:

- Concepto de salud y salud materno e infantil (recién nacido).

- Atención prenatal segura.
- Atención segura del parto.
- Atención del recién nacido.
- Estrategias de comunicación y articulación para la gestión del riesgo en salud, así como la atención materno infantil.

Conocimientos adquiridos: Los encuentros se desarrollaron en diferentes espacios, con una intensidad horaria de acuerdo a cada temática.

- El primer encuentro o diálogo de saberes fue sobre salud materna, explorando de manera general sobre los cuidados de la mujer Wayuu durante la gestación. Las PT expusieron el qué y cómo eran sus prácticas de cuidado de la mujer gestante, así como las realizadas durante el parto y con el recién nacido. En esta sesión hicieron énfasis en las condiciones de higiene generales, resaltando la importancia del lavado de manos de la PT y su relevancia a la hora de atender a la mujer gestante y al recién nacido; de ahí en adelante, en cada encuentro las PT hicieron control y se recordaron entre ellas la importancia del lavado de manos para continuar desempeñando su rol en las comunidades.
- Durante el segundo encuentro se enfatizó en los factores protectores y de riesgo durante la gestación, la importancia de los controles prenatales por parte de los servicios de salud, la orientación de la gestante al control prenatal, y se mostraron los servicios de salud preventivos en los centros de atención en salud a las parteras de la gestante para el parto, las posibles complicaciones durante este y las acciones que se realizaron en simulación de la atención de parto de bajo riesgo, en comunidad, incorporando saberes sobre parto limpio. Esto incluyó la identificación de los momentos del parto, las posiciones que se deberían tomar en caso de complicaciones. Se hizo énfasis en esto último recalcando la importancia de identificar los riesgos y remitir a la mujer y al recién nacido a los servicios de salud, adicionalmente se recordó la importancia de identificar previamente si el

parto es de alto riesgo, para remitir con anticipación a los servicios y evitar complicaciones en la comunidad.

- En el tercer encuentro las PT expusieron las prácticas que realizan una vez reciben al recién nacido (adaptación neonatal) y posteriormente el ginecobstetra presentó la manera en que se hace en los servicios de salud, resaltando los aspectos prioritarios para identificar los riesgos y la importancia de remisión a los centros al recién nacido; así mismo reforzaron las prácticas tradicionales favorables de las parteras para con la mujer y el recién nacido; dentro de ellas el contacto piel a piel, la lactancia, las prácticas de limpieza, el secado, el abrigo, la estimulación y el llanto.

Facilitadores: La metodología y la pedagogía de los diálogos fueron desarrolladas por Cristian Daza, Gineco-Obstetra y Magalis De Luque, enfermera jefe, con el apoyo de Keylin Rosado, Jorge Borrego, Gineco- obstetra, Arnaldo Palomino (de acuerdo con los contenidos) y con las Auxiliares Rita Pacho y Andora Salas.

Durante el dialogo de saberes se capacitaron 23 parteras tradicionales de la etnia Wayuu, con el apoyo de una fundación, el municipio de Manaure, la Secretaría de Salud Departamental y el Ministerio de Salud y Protección Social y el SENA. Teniendo en cuenta que el modelo de salud colombiano plantea la importancia del enfoque territorial en los procesos de atención, es importante saber el nivel de apropiación de los conocimientos por parte de las personas capacitadas, que pueda ser un indicativo de la pertinencia de la realización de estas metodologías educativas.

Con el fin de obtener esta información fue necesario realizar una investigación, a través de un instrumento (encuesta), en el cual se diseñaron un grupo de preguntas, traducidas al wayuunaiki lengua nativa de esta etnia, previamente validadas por el comité de ética medica de la Universidad del Norte de la ciudad de Barranquilla, quien es el ente que da el aval para aplicar el respectivo instrumento.

La aplicación de este instrumento se llevó a cabo para demostrar cuál fue el impacto de la actividad del dialogo de saberes, en su práctica como partera tradicional dentro de su comunidad y conocer cuales fueron los cambios implementados en su labor.

Impacto: Aprendieron muchas cosas, entre esas a lavarse las manos. Manifiestan que “antes agarrábamos a los bebés sin lavarnos las manos, sin ninguna protección, ni guantes y ahora aprendimos a hacerlo correctamente”.

Además, aseguran que ahora saben la importancia de que las embarazadas acudan al médico o a un centro asistencial, cuando hay dificultades.

También dicen “que siendo partera hacían las cosas naturalmente, sin conocimiento de la medicina alijuna/arijuna (no Wayuu) y ahora han aprendido con enseñanza de los médicos profesionales”.

Aseguran además que lo que aprendieron lo han compartido con las demás parteras y parteros que están en su territorio.

DESARROLLO DEL PROCESO

Con el fin de obtener información acerca de las parteras tradicionales Wayuu que participaron del dialogo de intercambio de saberes, se trató de establecer contacto con una de las entidades responsables de esta actividad, situación que no fue exitosa debido a que no se logró la comunicación directa con el Secretario de Salud del Municipio de Manaure; posteriormente, se logro establecer comunicación con una funcionaria de la Secretaria de salud, quien finalmente manifestó que las personas que estuvieron a cargo ya no trabajaban en la institución, situación que dificulto el proceso, debido a no existir la posibilidad de contactar a las personas que asistieron al curso.

A pesar de la limitación anteriormente mencionada se contaba con información respecto a la selección de dos grupos de parteras; un grupo del municipio de Manaure, patrocinadas por el mismo municipio y otro grupo del corregimiento de Mayapo patrocinadas por una fundación a cargo de una compañía de extracción el gas.

La consecución de la información con la fundación anteriormente mencionada, también presento ciertos inconvenientes debido a las restricciones de esta para brindar la información, debido a sus políticas de confidencialidad.

Al encontrar estas dos barreras de acceso a la información, surgió la inquietud de cuál sería el método para la consecución de los datos necesarios para dar inicio a la investigación.

Para solucionar los inconvenientes presentados y dado que la extensión de área poblada del corregimiento de Mayapo es pequeña, se decidió tomar como muestra para el estudio a las parteras participantes del dialogo de saberes que pertenecen a esta comunidad. Para esta búsqueda se desarrolló la estrategia denominada “Bola de nieve “ que consiste en visitar sus calles indagando acerca de este grupo de parteras, y fue así como se logró el contacto con una auxiliar de enfermería, que las conocía y que además de una u otra forma hacía parte del proceso y quien sirvió de traductora del Wayuunaiki al español y viceversa.

Después de esta búsqueda finalmente se realizaron los contactos, las citaciones y con el apoyo de la auxiliar de enfermería se logró llevar a cabo las encuestas.

De este proceso participaron 5 parteras tradicionales Wayuu.

1. Partera 1: Zenaida Bouriyú.
2. Partera 2: Rosario Mengual.
3. Partera 3: Antonia Mengual.
4. Partera 4: Gladis Herrera.
5. Partera 5: Teodora Effer.

Los indígenas de la etnia Wayuu, son personas muy parcas, tímidas de poco hablar especialmente con los alijunas/arijuna, (población no Wayuu) pero receptivas.

Para romper el hielo se desarrolló un dialogo grupal en el que se hicieron preguntas generales y fue así como se pudo establecer una comunicación efectiva disminuyendo las barreras interculturales.

Posteriormente se realizaron las entrevistas individuales a profundidad, realizando preguntas puntuales de las cuales se pudieron obtener los siguientes resultados. (ver anexo 4.videos).

En estas entrevistas se logró visualizar como ellas perciben el riesgo de la atención de un parto y del puerperio y las actividades que realizan para minimizar dichos riesgos.

Las entrevistas se iniciaron con la presentación de la investigadora y las parteras objeto de estudio, posteriormente la auxiliar de enfermería llevo a cabo la traducción, debido al poco conocimiento del español de las parteras.

Seguidamente se realizaron unas preguntas grupales, respecto a cómo había sido su experiencia antes del intercambio de saberes y posteriormente se aplicó la encuesta a cada una de ellas y de acuerdo a lo que aprendieron esto fue lo que respondieron:

Partera 1: “Antes del curso atendían al bebé, le cortaban el cordón se lo amarraban con el hilo, tibiaban el agua para bañar el bebé y más nada. Ahora con el conocimiento que le brindaron tienen mas implementos de trabajo, mas cosas que aplicar con el fin de evitar infecciones hacia el bebé, ahora el ombligo hay que lavarlo y curarlo para sanarlo”.

Partera 2: “Dice que antes parteaban el bebé, cortaban el ombligo, lo amarraban con hilo y lo acostaban; si nacían en la mañana lo bañaban en la tarde, le lavaban el ombligo con el jabón de baño del bebé y alcohol, ella dice que aprendieron y

que aplican lo que aprendieron; desde que asistió al intercambio de saberes no ha atendido partos, pero si ha acomodado para que tengan mas rápido el bebé”.

Partera 3: “Antes atendía los partos sin guantes, con los anillos puestos, con las uñas sucias, pero ahora que aprendieron saben que tienen que quitarse los accesorios, lavarse las manos; dice que está contenta por que aprendió mucho”.

Partera 4: “atendía al bebe, cortaba el cordón, lo amarraba, tibiaba el agua para bañar al bebe, ahora el conocimiento es mucho mas que eso, ahora tiene mas implementos de trabajo, mas cosas que aplicar para evitar infecciones, el ombligo hay q curarlo, lavarlo para sanarlo”

Partera 5: “Anteriormente ella atendía pacientes menores de edad, el conocimiento lo aplica y lo tiene en cuenta, antes miraba la posición del bebe, lo primero que hace es preguntarle si fue al medico, si esta en el control prenatal si no la aconseja que tenga C.P. para que no tenga complicaciones en el parto. Ahora, se corta sus uñas, se quita los anillos, se coloca guantes, tapabocas, su bata, cuando se le acerca el parto la ubica en un chinchorrito para tenerla de posición para recibir el niño. Cuando e bebe nace lo limpia se lo pone en el pecho a la mama, cuando se complica una materna la manda al hospital, cuando es primeriza la manda al hospital”

NUBE DE PALABRAS



De acuerdo a la nube de palabras esto fue lo que dijeron las parteras objeto de entrevista:

Antes, cortaban el cordón del bebe, amarraban el ombigo con hilo, tibiaban el agua, acostaban el bebe.

los médicos profesionales”. Asegura además que lo que aprendió lo ha compartido con las demás parteras y parteros que están en su territorio.

Así mismo, precisan que ahora saben la importancia de que las embarazadas acudan al médico o a un centro asistencial, cuando hay dificultades. “Ellas tenían miedo de ir al médico, pero ahora saben que deben hacerse sus controles antes de parir.

Es importante resaltar que a estas parteras nunca se les ha muerto, una materna durante su ejercicio atendiendo partos.

RESULTADO DE LAS ENCUESTAS A PARTERAS TRADICIONALES WAYUU

Lo aprendido por las parteras después del dialogo de saberes, se mostrará en las siguientes respuestas. Haciendo un análisis con cada una de las preguntas podemos decir:

Pregunta 1: Que aspectos recuerdan respecto al trabajo de parto, parto y puerperio; sus respuestas fueron:

- ✓ El 80% (4) manifestó que se lavaban las manos con jabón antes de atender el parto, se quitan los anillos o cualquier accesorio que tengan puesto, se colocan los guantes, estas cosas no las hacían antes del intercambio de saberes.
- ✓ El 100% (5) dice que le colocan el bebe a la materna en el pecho para que lo amamante; la placenta la queman y la entierran.
- ✓ El 100% (5) dicen que el cordón no se lo cortan enseguida, que esperan un tiempo prudente para cortárselo.
- ✓ El 20% (1) de las parteras manifiesta que ella les aconseja a las maternas que atiende que ingresen al control prenatal.

Pregunta 2: Qué problemas o dificultades le impiden aplicar los conocimientos del curso?

- ✓ El 80% (4) manifesto no haber tenido ninguna dificultad y el 20% (1) dice que como no ha atendido parto, no ha tenido ningun problema.

Pregunta 3: Qué beneficios han recibido luego de ser entrenadas?

- ✓ El 100% manifestó que aparte del conocimiento y nuevas técnicas que ahora aplican para evitar complicaciones; no han tenido ningún otro beneficio.

Pregunta 4: Qué tanto aplican este conocimiento?

- ✓ El 100% (5) Responde que antes de hacer el curso no se lavaba las manos, cortaba el cordón enseguida, pero ahora aplica todo lo aprendido.
- ✓ El 20% de ellas dice que para qué usar las cosas antiguas, si ya sabe cosas nuevas, ahora aplica lo nuevo que aprendió.

Pregunta 5: Se le ha muerto alguna materna después del entrenamiento?

- ✓ El 100% (5) respondió que no se le ha muerto ninguna materna.
- ✓ El 20% (1) manifestó que si alguna se le complica la remite al hospital.

Pregunta 6 : Después que participó en el intercambio de saberes ha sido contactada y/o contratada por parte de la secretaria de salud municipal o por entidades privadas para brindar cursos de partería?

- ✓ El 100% (5) Respondió que no.

Al finalizar la aplicación del instrumento, algunas de ellas manifestaron lo referido a continuación:

- ✓ Dos de estas parteras, Antonia Mengual, dice que se siente más orgullosas de su labor, porque fueron parte del grupo de 23 parteras y parteros tradicionales que participaron en el programa de formación complementaria con enfoque intercultural sobre atención del parto y del recién nacido; Nimia, por su parte, dice que “yo siendo partera hacía las cosas naturalmente, sin conocimiento de la medicina arijuna (no wayuu) y ahora he aprendido con enseñanza de los médicos profesionales”.
- ✓ Asegura además que lo que aprendió lo ha compartido con las demás parteras y parteros que están en su territorio.
- ✓ Así mismo, precisan que ahora saben la importancia de que las embarazadas acudan al médico o a un centro asistencial, cuando hay

dificultades. “Ellas tenían miedo de ir al médico, pero ahora saben que deben hacerse sus controles antes de parir.

DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados en los diferentes resultados que se han analizado, de estudios similares a este, se pudo observar que estos resultados que se van a describir a continuación guardan ciertas relación con algunos autores. Una vez revisada la literatura pertinente en cuanto al tema “Capacitación a parteras Wayuu”, se encontraron alrededor de 11 artículos científicos de donde se pudo sacar la temática, de los cuales se tomaron 4 estudios como referencia para la discusión de este escrito, ya que respondían a sus objetivos.

Laza V, 2011. Comparado lo que describe este autor donde dice que el 99% de las muertes maternas ocurren en países en desarrollo y que las regiones donde más se ha hecho capacitación a parteras tradicionales es en Asia y África, esto se debe a que la mitad de estas muertes ocurren en África subsariana y la otra parte en Asia meridional, entre las dos regiones se produjeron el 84% de las muertes en el mundo en el año 2005; sumado a esto este autor dice que una de las nuevas problemáticas de la mortalidad materna es la epidemia de VIH/Sida y las enfermedades tropicales como el paludismo. (24)

Si revisamos el estudio de Hincapié y Valencia en el año 2000, fueron las mismas causas que motivaron la realización de esta capacitación, las cuales fueron las muertes maternas desmedidas, en zonas rurales, indígenas, de difícil acceso, poca presencia de centros hospitalarios o equipos extramurales de salud; viendo algunas similitudes de este estudio en comparación, se observa que el mayor número de parteras que se capacitaron fueron mujeres y un solo partero; otra similitud es el rango de edad de 50 – 80 años. (26)

Algo que llamo la atención en este estudio es que ellos tienen como signos que establecen como diagnóstico para detectar el embarazo, el retraso de la menstruación, náuseas, vómitos, etc. pero algunas parteras le dan mucha importancia a los cambios en el comportamiento como son la tristeza, mal genio, mirada apagada y usan métodos empíricos para confirmar el embarazo y al igual

que las parteras tradicionales wayuu también utilizan plantas para tratar las enfermedades del embarazo como yerbabuena, brevo, salvia, etc., plantas que sirven para quitar el frío de la matriz según sus creencias. Otra semejanza que se encuentra en este estudio es que estas parteras cuentan con un kit para la atención del parto, aunque el de estas es más sofisticado y completo; debido a la escases de médicos y de no poder acceder fácilmente a los servicios de salud, las parteras utilizan prácticas como ponerlas a caminar, les dan bebidas, las soban etc.(26)

Un estudio realizado por Mac Arthur, en el 2009 donde este autor hizo el análisis de varios estudios de 4 países (Pakistan, Guatemala, Malawi, Bangladesh) donde lo que se analizo fue que disminuyó la mortalidad materna y perinatal. En uno de los estudio la capacitación tubo un efecto significativo en donde hubo una reducción de las muertes maternas. El otro estudio dice que se midieron las muertes maternas entre las mujeres que fueron remitidas por parteras a centros hospitalarios y las que no fueron remitidas. Otro estudio promocionó el amamantamiento temprano para prevenir las hemorragia post parto, tema que no se trató en el estudio objeto de este trabajo de tesis. Dentro de las conclusiones este autor dice que la capacitación a las parteras es un panorama alentador en cuanto a la disminución de las muertes maternas ya que se tiene más conocimiento de cómo tratar a esta poblacion, concepto con el cual coincidimos. (27)

Concluyendo, de acuerdo a los estudios revisados se puede decir que las parteras asisten el 43% de las embarazadas en los lugares de escasos recursos y en zonas rurales, si bien lo ideal es que todas las mujeres donde no haya personal médico sea asistido por una partera, en muchos países en desarrollo la disposición de ellas no es suficiente.

O. Rourke. 1995. En un estudio donde se evalúa un programa de capacitación, se compara como las parteras referían a las madres al hospital antes y después de la

capacitación; en este estudio se utilizó el mismo mecanismo de evaluación (encuesta), como resultado se pudo evidenciar que aumentaron las remisiones al hospital después de la capacitación, pero a diferencia del estudio en comparación en donde solo se tomó como objeto de estudio a las parteras que participaron del curso, en este estudio hubo dos grupos, uno denominado de intervención las que asistieron al curso y otro denominado de control las que no recibieron capacitación. Una vez finalizó el estudio se constató un aumento del 200% de mujeres embarazadas remitidas al hospital por las parteras.

En este estudio donde se quiere determinar qué tanto apropiaron los conocimientos impartidos y qué tanto los ponen en práctica, no se ha podido medir el impacto por que según el resultado que arrojaron las encuestas, las parteras hasta la fecha no han atendido partos después que asistieron a la capacitación de diálogo de saberes. Lo que si ha quedado claro en este estudio es que las parteras según resultados de las encuestas y dialogo con ellas, es que aprendieron nuevas prácticas con más asepsia, que tienen el conocimiento interiorizado y que están prestas a aplicarlo, que combinan sus viejas prácticas con lo aprendido.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- ✓ La metodología diálogo de intercambio de saberes es adecuada para estos procesos, porque permite conocer de qué manera los actores que intervienen manejan su práctica desde su contexto respetando su idiosincracia.
- ✓ La capacitación aportó a la formación de todas las parteras participantes debido a que refieren que aplican los conocimientos adquiridos.
- ✓ El hecho de que las parteras tradicionales Wayuu hayan recibido entrenamiento por parte de los expertos en la tematica, da cierta confianza a las autoridades en el sector salud, ya que estos conocimientos ampliados permiten minimizar los riesgos de muertes materno - perinatal en sus comunidades.
- ✓ La educación y el seguimiento son herramientas fundamentales con que cuenta el equipo de salud para erradicar prácticas que ponen en peligro la salud de la mujer y el niño.
- ✓ Aunque esta capacitación no sea formal, permite que la práctica de la partería se haga de manera adecuada.
- ✓ Debido a que la población Wayuu vive dispersa y sus territorios son de difícil acceso, el hecho de cualificar a las parteras permite que nuestras maternas tengan atención adecuada en su gestación, parto y puerperio.
- ✓ Después del intercambio de saberes las parteras han tenido conciencia de la aplicación de la medicina occidental, tanto que recomiendan a las maternas inscribirse al control prenatal y si se les complica o ven alguna anomalía después del parto inmediatamente la remiten al centro hospitalario.

- ✓ Muy a pesar de que se ha puesto empeño en cualificar parteras en la atención del parto y el puerperio, es lamentable que estas personas hoy no sean tomadas en cuenta por las instituciones salud para la vinculación a su planta de personal.
- ✓ Dos años después del diálogo de intercambio de saberes, a las parteras Wayuu que participaron no se les ha hecho seguimiento ni evaluación en cuanto a su labor en las comunidades. La idea no es capacitar y cualificar, sino hacer el seguimiento para ver que tanto aplican lo aprendido, situación que se verá reflejada en el comportamiento de la disminución o aumento de las muertes maternas.



Recomendaciones

- ✓ Una vez realizado el entrenamiento de diálogo de saberes es pertinente vincular a las parteras entrenadas al sector salud como parte de su equipo para que realicen esta labor en las comunidades. (ranchería)
- ✓ Hacer seguimiento y visitas periódicas, para reforzar los conocimientos y la adherencia a las nuevas prácticas.
- ✓ Las parteras entrenadas se deben convocar con cierta frecuencia para que participen de actualizaciones, con el fin de mantener vigentes sus conocimientos adquiridos y recibir nuevos aprendizajes.
- ✓ Es recomendable que a las parteras se les de una certificación formal de la cualificación recibida.
- ✓ Se deben capacitar nuevas parteras a lo largo del territorio Wayuu para que esta práctica se generalice y se realice con idoneidad.
- ✓ Se le recomienda a las autoridades del sector salud realizar un censo de las parteras existentes en el departamento de La Guajira, con el propósito de mantenerlas ubicadas y saber como realizan su práctica y de esta manera dar las recomendaciones pertinentes.

- ✓ Se debe entregar a las parteras elementos necesarios (kits), para que ejerzan su labor; ya que ellas no reciben incentivo económico por parte de ningún sector.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nájera Arregocés S, Tuesca Molina R. Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010–2012. *Rev Panam Salud Pública.*;37(4/5):239–44.2015.
2. Bula & Galarza Mortalidad materna en la gestante Wayúu de Uribia, departamento de la Guajira, Colombia. Estudio descriptivo año 2016. Universidad Antonio Nariño. Bogotá. 2017.
3. Alcaldía de Manaure. Plan de Desarrollo Municipio de Manaure, La Guajira. 2016-2019
4. Baylor. Programas ofertados por la fundación. 2018. Disponible en: <http://www.fundacionbaylorcolombia.org/web/>
5. 5. Truque R, et al S. Minotta, J. Orobio. Saberes y Prácticas de Parteras de Buenaventura frente a la primera infancia. Manizales. 2014.
6. Noreña-Herrera C, Leyva-Flores R, Palacio-Mejía LS D-GM. Inequidad servicios de SSR Indigenas y Afrodescendientes. *Cad Saúde Pública.* 2015;31((12)):2635–48.

7. Quintero, A  El trabajo con parteras tradicionales en panamá. Panamá. 2016.
8. Vargas, Rodríguez, Corredor y Vallejo, Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura *Universidad Nacional de Colombia 2016
9. Campbell, J et al. V. Fauveau, P ten Hoop-Bender. Cuidar la Salud Salvar Vidas. New York. 2011.
10. Hernández M, Pachón X. Informe de la visita realizada al Departamento de La Guajira entre los días 4 y 5 de febrero de 2016. 2016;39(1):55–63.
11. Patiño-Londoño SY, Mignone J, Castro DMA, Valencia NG, Rojas Arbeláez CA. Guías bilingües: Una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. Salud Colect. 2016;12(3):415–28.
12. Quintero A  El trabajo con parteras tradicionales en panamá. Panamá. 2016.
13. Acosta G, Aguilar L, Aja L, Ángel M, Arrieta N, Bastidas E, et al. Mujeres Indígenas, Territorialidad y Biodiversidad en el. 2007; Disponible en: http://www.observatorioetnicocecoin.org.co/download/prueba/Mujeres_Indigenas.pdf#page=232

14. Ruíz JM. Prácticas culturales de cuidado en gestantes de la etnia wayuu: una mirada etnográfica. 2017;109. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/6214/jruiz.pdf?sequence=1>
15. Camelo-t FA, Rodríguez JM. Desigualdades en la mortalidad materna y neonatal en Colombia. 2008-2013. 2017. .
16. Vásquez C. La Partera Tradicional en Colombia: Una Realidad a Mil Voces. Revista de actualizaciones en enfermería. En Colombia: 11(1):35-41. 2008
17. Berrio L, et al Loggia, M. El estado de las parteras en el mundo. México. Medios Comunes. 2014.
18. Luna L. Parteras, Guardianas de la vida Resguardo Indígena San Lorenzo de Rio sucio Caldas. Medellín 2015.
19. Villar R, Marina F, Tavera M. Lineamientos Normativos para la Capacitación de Parteras (o) Tradicionales. Lima. 2000.
20. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Papeles-en-salud-No-15.pdf>

21. Berrio L, Logia S. El estado de las parteras en el mundo, Mexico 2014.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS)/ Organización Panamericana de la Salud (OPS), La ruta Maternidad Segura. https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1195:la-ruta-maternidad-segura&Itemid=442
23. Bula J. Mortalidad materna en la gestante wayuu de Uribia, Departamento de la Guajira, Colombia 2016.
24. Laza V. Intervención de capacitación en parteras tradicionales, Bogota 2011.
25. Barrajas Y, Ortiz L. Papeles en salud, edición . 15 MSPS, Desarrollo participativo de diálogos de saberes con parteras tradicionales wayuu, aportes a la salud materna y perinatal desde la experiencia en el municipio de Manaure.
26. Hincapié E. Et al V. Claudia. Capacitación de las parteras y su relación con la mortalidad perinatal en el municipio de Quinchia, Colombia 2000, vol 31.
27. Kathleen O. Evaluación de un programa de capacitación de parteras tradicionales en Quetzaltenango, Guatemala, 1995.

TABLAS

Y

ANEXOS

TABLA 2.**TITULO DEL PROYECTO**

Apropiación del conocimiento impartido en entrenamiento para atención del parto en parteras indígenas de la etnia wayuu: Barreras y oportunidades en el territorio.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Meses												
ACTIVIDADES	Octubre 2018	Noviembre 2018	Diciembre 2018	Enero 2019	Febrero 2019	Marzo 2019	Abril 2019	Mayo 2019	Junio 2019	Julio 2019	Agosto 2019	Septiembre 2019
Revisión documental												
Diseño de la propuesta												
Presentación al comité de ética												
Recolección de información												
Análisis de información												
Redacción informe final												
Socialización de los resultados												

TABLA 3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

MACROVARIABLE	VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE
SOCIODEMOGRÁFICA	Edad	Número de años que la persona tiene en el momento de la aplicación de la encuesta.
	Sexo	Género de la persona que responde la encuesta.
	Estado Civil	Si es casado, soltero, unión Libre o Separado.
	Nivel Educativo	Qué grado de escolaridad tiene.
SOCIOECONÓMICA	Ocupación	Partera exclusivamente Otras: Cuál
	Procedencia	De dónde viene la persona encuestada. De la Ranchería, Corregimiento o Municipio.
	Ingresos	Si trabaja, cuánto percibe de remuneración.
GEOGRÁFICAS	Dispersión	Dónde vive, si es muy lejos o cerca de la cabeza municipal.
	Difícil acceso	Si donde vive es difícil salir o llegar a la cabecera municipal.
	Medio de transporte	En que se moviliza, equino, moto, bicicleta o carro.

CURSO - PROGRAMA	Número de horas del curso	Tiempo en horas.
	Temas tratados	Descripción de las diversas temáticas incluidas en la formación
	Duración del curso	Número de días
	Lugar	Ubicación geográfica, de la realización de las actividades de formación
	Número y perfil de profesionales que participaron como docentes	Formación de los facilitadores responsables del entrenamiento.
	Metodología de la enseñanza	Estrategias de formación utilizadas: Charlas, talleres, estudios de casos, diálogo de saberes, entre otros.
CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS	En el trabajo de campo	De los temas que se trataron durante la capacitación, cuáles le aportaron nuevos conocimientos en cada una de las etapas mencionadas.
	En el expulsivo	
	En el alumbramiento (placenta)	
	En el puerperio	
BARRERAS Y FACILITADORES	Acompañamiento	Elementos o características de los procesos, personas o institucionales que ayudan o
	Incentivo	
	Recambio de los kits	

	Seguimiento	limitan a la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos en la formación.
	Reuniones periódicas de integración	
	Actualizaciones	
	Rotación de personal en las instituciones del estado	
IMPACTO GENERADO EN LAS PRÁCTICAS	Prácticas incorporadas, luego del entrenamiento	Cambios en las prácticas de atención del parto (Trabajo de parto, Expulsivo, alumbramiento, puerperio), generados por los conocimientos adquiridos en la formación
	Práctica ancestral eliminada luego del entrenamiento	
	Práctica ancestral fortalecida luego del entrenamiento	

TABLA 4. CARACTERIZACION DE LA POBLACION OBJETO DE ESTUDIO.

NOMBRE DE LA PARTERA	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	OCUPACION	NIVEL EDUCATIVO	PROCEDENCIA
Zenaida Bouriyu	57	F	Madre soltera	Artesana	Ninguno	Mayapo
Rosario Mengual	73	F	Madre soltera	Artesana	4to. primaria	Mayapo
Antonia Mengual	58	F	Unión Libre	Artesana	2do. Primaria	Mayapo
Gladys Herrera	49	F	Unión Libre	Manipuladora de alimentos	6to. Bachillerato	Mayapo
Teodora Effer	50	F	Unión Libre	Artesana	1ro. Primaria	Musichi.

ANEXO 1. Preguntas para entrevista a profundidad o grupo focal

1. Qué aspectos recuerda que fueron tratados en el curso? (Trabajo de parto, parto, alumbramiento, puerperio)
2. Qué problemas o dificultades le impiden aplicar los conocimientos del curso? (por cada tema que recuerde)
3. Luego de ser entrenada qué beneficio le ha dado este curso?
4. Qué tanto aplica este conocimiento?
5. Luego de entrenada ha fallecido alguna materna que usted ha atendido?
6. Ha sido contactada y/o contratado por parte de la secretaria de salud municipal para brindar cursos de partería?

TRADUCCIÓN AL WAYUNAIKIN

1. Kasa sutoca pain suin ekirajunaca onain pia (emejun, arijuawa, jemeyueka).

2. Jumusu sukuaipa piatan sunain ekirajunuku sunan pia
(Jumusa pu puchi sunain ekirajunaka anan pia).
3. Chikije pikajenon kasa aputuka jain chikise ekirajunaka pia.
4. Jamusu sukuaipa tu putujaca pikirajunjanon las waneinuwa.
5. Chikeje apanun nojas octun wane ipusu. Chikeje punaron.
6. Apunas puman ayatewa sonan tu Secretaria de Salud,
supura sucuaipa puchi.

ANEXO 2. Carta de sometimiento al comité de ética

Barranquilla, 11 de Junio de 2019.

Señores

Comité de Ética en Investigación

División Ciencias de la Salud

Universidad del Norte

Cordial Saludo,

Solicito la revisión y aval del proyecto de investigación: "Apropiación del conocimiento impartido en entrenamiento para atención del parto en parteras indígenas de la étnia wayuu: Barreras y oportunidades en el territorio". El propósito de la investigación es obtener información sobre la aplicabilidad de los contenidos de la formación para la cualificación de parteras ancestrales. Lo cual permitirá retroalimentar a los formadores, para realizar ajustes a los procesos de formación y sobre las posibles articulaciones con instituciones que apoyen la solución de las problemáticas identificadas. De acuerdo a la Resolución 008430 de 1993, se trata de una investigación SIN RIESGO

Este proyecto es presentado como requisito de tesis para optar al título de Magister en Salud Pública.

Se adjunta:

- Resumen ejecutivo
- Proyecto completo con anexos (instrumentos de recolección)
- Consentimiento informado (si aplica)
- Asentimiento informado (no aplica)

Agradeciendo su colaboración,

Adriano J. Arezotes' a

Firma del Nombre del investigador

CC. 40.924.259

ANEXO 3. Consentimiento informado verbal

INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Naturaleza y propósito del trabajo:

El propósito de este consentimiento es solicitar autorización a la “Autoridad Tradicional” para que nos permitan tener un diálogo con parteras/os que fueron entrenados en un proyecto de “Diálogo de saberes con parteras Wayuu” desarrollado por una Fundación y SENA durante el año 2017. Este trabajo de evaluación se adelanta como proyecto de grado de la maestría en salud pública de la Universidad del Norte, División Ciencias de la Salud.

El objeto es obtener información necesaria para evaluar la capacitación denominada: **“Apropiación del conocimiento impartido en entrenamiento para atención del parto en parteras indígenas de la etnia Wayuu: Barreras y oportunidades en el territorio”**

Les pedimos, que el participante (partera/o entrenada/o) de su aprobación para desarrollar con nosotros un diálogo a través de un grupo focal, que tratará la temática de la formación o cualificación en partería, desarrollado durante en el año 2017.

Este trabajo será coordinado por un equipo de profesionales de la salud y docentes de la Universidad del Norte, el cual ejercerá control riguroso sobre la información y su manejo confidencial,

además sobre las actividades planeadas y ejecutadas durante todo el desarrollo de las actividades.

Beneficios:

Si usted acepta participar se le darán a conocer en forma oral, los hallazgos y las recomendaciones que los expertos en el tema realicen respecto a la investigación.

Esta investigación aportará beneficios para futuras capacitaciones con enfoque etnocultural. Por su participación no recibirá ninguna retribución económica.

Confidencialidad

Su identidad será manejada en estricta confidencialidad, no será publicado su nombre, se utilizará únicamente un código numérico que corresponderá al número de identificación.

Riesgos o complicaciones:

Participar en este estudio no es considerado de riesgo para su salud, no se tocarán aspectos que le afecten de manera física o psicológica. Se va a respetar la información que suministre, solo será utilizada con fines académicos y no será utilizada para otro fin. Los datos recolectados serán utilizados por el grupo investigador.

Retribución o pagos:

Usted no recibirá ningún tipo de pago por dar información, pero, va a contribuir en el proceso de ampliar el conocimiento sobre los abordajes interculturales en los procesos de formación.

Voluntariedad

La decisión de participar en esta actividad es voluntaria, usted podrá retirarse cuando lo considere o desee hacerlo, al inicio o durante el transcurso del trabajo. Si acepta participar, usted será entrevistado o llamado a participar en grupos focales.

En este documento usted puede expresar mediante su firma el interés de aceptar o rechazar participar en este estudio, confirma que de manera voluntaria y libre de coacción, autoriza el acceso a la información y grabación de grupos focales y entrevistas.

Aceptación de grabación

A usted se le preguntará si desea que se le grabe con video el diálogo de saberes, si usted está de acuerdo con este procedimiento, le informamos que solo se utilizará para apoyar con su voz y testimonio la experiencia en capacitación. Esta parte es voluntaria, usted puede expresarnos de manera verbal que acepta ser filmada o grabada: Si_____ No_____

Se empleará una grabadora para grabar su testimonio, la información de esta grabación se transcribe a texto y se procede a eliminar la información grabada. Esta actividad será traducida por un intérprete calificado

Si usted tiene alguna pregunta o duda respecto a este trabajo en que se le está invitando a participar, puede contactarse con los responsables del comité de ética de la Universidad del Norte. Profesora Daniela Díaz, en los teléfonos 3509509. Ext 282, correo electrónico comite_eticauninorte@uninorte.edu.co. o con el equipo investigador en los siguientes números telefónicos:350 9509 Ext. 4287

Investigador principal: Adriana Lucia Arregocés Ariño
alarregoces@uninorte.edu.co

Co-investigadores: Rafael Tuesca Molina
rtuesca@uninorte.edu.co . Ana Liliana Rios Garcia
ariosg@uninorte.edu.co

Nombre del participante: _____

Nombre y Firma y/o Huella del Participante:

Cédula o documento de identificación: _____

Teléfono/Celular: _____

Ranhería: _____

Firma y/o Huella del líder y/o Autoridad tradicional

Nombre y Firma de Testigo

Fecha:

Nota: Se utilizará un intérprete que hable Español - Wayunaiki y que de manera verbal le exprese lo siguiente:

Consentimiento informado verbal

Quiero que me respondas las preguntas con respecto al curso que recibieron.

Tu autoridad te da permiso para que tú respondas estas preguntas:

SI: _____ NO: _____

Tú decides si me respondes o no. Por darme una respuesta, no te voy a dar nada a cambio. Lo que deseo averiguar o saber es acerca del entrenamiento, que recibiste de partería a través del curso dictado por el SENA y BAYLOR, en el año 2017.

TADUCCION EN WAYUUNAIKIN

Asakira surain puchi

Keyres tain jukujan tamuín jameice sain jumuin. Sukuaypa jikirajanka an jra. Tu jikipujnana saipan jumuin supura jukujunjatun tu puchika.

Esu supura pukajunjatun tamuín o nojos.

Sutuma pakujan tamuín nojossu tapunjaton cosapomoin. Ta tujeka chia sau ekirajonaka jia anan suruje SENA Bailor un nain juyakay 2017.

Kuisa tu putujaka sonunje ekirajonakan pia.

A continuación estas son las preguntas:

Ver anexo 1, instrumentos de recolección.

ANEXO 4. Video

