

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



PUCP

**Incorporando la interculturalidad: Una mirada a la estrategia sanitaria
de parto vertical institucional en el Hospital de Santa María de Nieva**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA

AUTORA

Scarlett Cabrera Merino

ASESOR

Percy Alberto Bobadilla Díaz

Octubre, 2020

Resumen

Desde el siglo XX, el modelo biomédico busca legitimarse al distanciarse de lo social y cultural para abordar la salud. Actualmente, cuando todo está protocolizado, el Estado Peruano plantea un retorno hacia servicios de salud interculturales para responder a las necesidades de la población indígena. Rescatando dimensiones sociales de la salud, esta investigación busca explicar cómo la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural está funcionando a nivel local. Para ello, se aplicaron entrevistas a los actores involucrados en el servicio de parto ofrecido en el distrito de Nieva: diez madres awajún, cinco obstetras, cuatro parteras, dos promotoras de salud y una técnica en enfermería. Se hallaron factores que influyen significativamente en la capacidad resolutoria del centro de salud, circunstancias que pueden limitar o facilitar la efectividad con la que se está implementando la Norma Técnica. Adicionalmente, se expone el grado en que los proveedores del servicio concilian con la cosmovisión de sus pacientes, al identificar los aspectos que toman en cuenta o excluyen al momento de brindar el servicio, produciéndose conflictos entre el sistema indígena y el sistema biomédico. Finalmente, se analiza las experiencias que tienen las mujeres awajún (usuarias y parteras) al acudir al Hospital de Santa María de Nieva y, a su vez, la forma en que ellas se relacionan con los proveedores del servicio.

Palabras clave

Salud, interculturalidad, mujer awajún, parto vertical, estrategias sanitarias

Para mi bisabuela,
cuyos saberes se han perdido,
pero su memoria siempre vivirá entre nosotros.



Reflexiones y agradecimientos

Aunque me queda mucho por aprender, agradezco a mis padres porque me apoyaron desde el primer momento en que decidí estudiar sociología en la PUCP (acontecimiento totalmente inesperado para ellos). Especialmente, le dedico esta tesis a mi madre, quien siempre es mi motor e inspiración profesional.

Si bien (por cosas de la vida) hoy no estoy ejerciendo como socióloga, siempre tengo en mente que esta disciplina ha definido mi identidad, así como ha marcado quien soy ahora y cómo veo el mundo. Es a esa etapa de mi vida que estoy honrando al sustentar esta tesis.

De igual forma, quiero dar las gracias a todas las bellas amistades que hice en mi vida laboral a lo largo de estos años, pues además de ayudarme a afrontar los retos que se presentaron, me acompañaron en mi desarrollo profesional, hicieron mis días en la oficina más divertidos y siempre insistieron en que terminara la tesis hasta el final. Ellas son: Pluvia, Lady, Natalí, Doris, Mayra, Allin y Anel.

Además, quiero agradecer al profesor Percy Bobadilla, por su guía y aportes durante estos años en el proceso de desarrollar la investigación. Muchas gracias por la paciencia y el tiempo invertido.

Finalmente, quiero reconocer el aporte de cada una de las mujeres entrevistadas en mi tesis y a las que no, pero contribuyeron al contactarme con sus amigas, hermanas, hijas, madres, etc. Inclusive, algunas me invitaron a comer de lo poco que tenían, otras me dieron hospedaje, así como fueron tan amables de traducirme las experiencias de otras mujeres que no hablaban el español. Sin ellas, esta tesis no hubiera salido adelante.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	I
CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
I. Relevancia sociológica.....	1
I. El problema de investigación	2
II. Objeto de estudio	10
III. Pregunta General.....	11
Preguntas Específicas:	11
IV. Objetivo general	11
Objetivos Específicos:.....	12
V. Hipótesis	12
CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA	14
1. Marco conceptual.....	14
I. La naturaleza social de la política pública	14
II. El debate en torno al enfoque de interculturalidad aplicado a la salud	19
III. La salud como una construcción social	24
2. Metodología	30
3. La elección del caso emblemático	33
CAPÍTULO 3: HALLAZGOS.....	38
1. El largo camino de La Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural.....	38
1.1. La necesidad de crear estrategias sanitarias para combatir la mortalidad materna	38
1.2. Cronología: ¿Cómo llegamos hasta las estrategias sanitarias interculturales?.....	43
1.3. La Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural.....	54
2. Desde el personal de salud, el servicio de parto vertical institucional	63
2.1. Condición laboral de los proveedores de salud	63
2.2. Las concepciones que tiene el personal de salud sobre sus pacientes.....	72
3. Distintas visiones sobre la salud, enfermedad, riesgo y tratamiento	73
3.1. La salud sexual y reproductiva de las mujeres awajún de Santa María de Nieva.....	74
3.2. Inclusión de tratamientos o procedimientos del sistema de salud indígena al protocolo de parto institucional	80
4. Desde las mujeres awajún, una mirada sobre la atención y cuidados relacionados a la salud reproductiva.....	89
4.1. Experiencias y concepciones de las mujeres awajún sobre el servicio que ofrece el Hospital de Santa María de Nieva.....	90

4.2. La convergencia de ambos sistemas de salud, el biomédico y el indígena-awajún.....	95
4.3. La situación de las especialistas indígenas, las parteras	97
CONCLUSIONES	105
BIBLIOGRAFÍA	109
ANEXO 1	114
ANEXO 2	115
ANEXO 3	116
ANEXO 4	118



INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como finalidad comprender la implementación del enfoque intercultural en el servicio de atención del parto. Para ello, se tomará como referencia la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural, una estrategia sanitaria del Ministerio de Salud (MINSA) aplicada desde el 2005 en zonas rurales del país, actualmente presente en todas las regiones del país. Sin embargo, el presente estudio centrará sus esfuerzos en una localidad, el distrito de Nieva¹, donde se encuentra el Hospital de Apoyo "Santa María de Nieva I".

Parte de los intereses del estudio es profundizar en las prácticas que se vienen implementando en los servicios de salud intercultural. Para explicar esto último, se va a ahondar en la manera que se pone en práctica el concepto de interculturalidad aplicada en los servicios de salud públicos. Dado que dicho concepto se encuentra inmerso en debates teóricos relacionados a la "competencia o pertinencia cultural" de los servicios públicos, respecto a la salud, a la calidad de atención y el enfoque de derechos. Dichas categorías y enfoques facilitan la comprensión de los discursos de los sujetos de estudio involucrados durante la atención del servicio.

Se usará una metodología cualitativa de corte fenomenológica², la cual se encuentra enfocada en el análisis de las experiencias de los

¹ El distrito de Nieva se ubica en la provincia de Condorcanqui, en el departamento de Amazonas.

² Este enfoque metodológico se basa en los principios de las obras de Geertz: Interpretación de las culturas (1987) y Local knowledge. Further essays in Interpretative Anthropology (1983), las cuales muestran una aproximación hacia la cultura a partir de las experiencias inmediatas e individuales de los sujetos. Siendo así, el estudio de la cultura como el análisis de "ideas semiformadas, dadas por descontado, nociones indiferentemente sistematizadas que guían las actividades normales de los hombres corrientes de la vida diaria" (1987, p. 300). Entonces, este método consiste básicamente en "describir y analizar las estructuras significativas de la experiencia... tales como son aprehendidas por los miembros representativos de una determinada sociedad en un determinado momento de tiempo, en una palabra, una fenomenología científica de la cultura" (1987, p. 302). Es por esto último que se vuelve

sujetos de estudio que para este caso serán las enfermeras awajún/ no awajún, promotoras de salud y obstetras, las mujeres awajún y las parteras. Dichas perspectivas son una estrategia metodológica para acceder a la experiencia de atención del parto. Este tipo de análisis valora las interpretaciones subjetivas sobre la realidad que se convierten en prácticas estructuradas es decir son relatos que terminan explicando acciones, actitudes, etc.

Como principal herramienta de recolección de datos se usó la entrevista a profundidad, la cual permite recoger las perspectivas, opiniones y experiencias de los diversos actores implicados. El levantamiento de información se desarrolló a partir de una visita a la zona, durante el mes de octubre de 2016.

El primer capítulo de esta investigación contiene la relevancia sociológica, el planteamiento del problema, los objetivos y preguntas de investigación, así como las hipótesis propuestas.

El segundo capítulo de este estudio explica la metodología usada, los motivos de la elección del caso y el marco conceptual. Este último plantea debates en torno a la naturaleza social de una política pública, la evolución del enfoque de interculturalidad aplicada a la salud, así como la manera en que el concepto de salud se construye socialmente.

El tercer capítulo de esta investigación expone los hallazgos, los cuales se encuentran divididos en dos partes. La primera parte consiste en un análisis de la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural, abordando la evolución de la estrategia sanitaria a lo largo del tiempo. Para ello, se contextualiza la problemática de la mortalidad materna que afecta nuestro país, en especial las zonas rurales. Posteriormente, se realiza una cronología sobre cómo se llegó a la creación de la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con

Adecuación Intercultural, así como las críticas y los aportes de esta estrategia sanitaria. Para esto, se revisaron fuentes secundarias como encuestas y otras investigaciones. Al terminar esta sección, se hará un balance entre las dos versiones publicadas (2005 y 2016) de la estrategia sanitaria, con el fin de exponer cambios y permanencias. Es decir, qué cosas han cambiado o se han mantenido en el documento protocolar hasta la actualidad, con la finalidad de darle consistencia y un contexto a las experiencias de los sujetos de estudio ya mencionados.

La segunda parte de este capítulo contiene el análisis de todas las dimensiones que abarca el servicio de parto institucional en el Hospital de Santa María de Nieva, con sus respectivas experiencias y concepciones. En este sentido, esta investigación también busca dar voz a las personas involucradas en torno a la estrategia sanitaria y revelar el sentido que ellas les dan a la misma con el fin de darle una explicación a sus acciones. Para desarrollar esto último este capítulo se enfocará en principalmente cuatro actores clave: las mujeres awajún, el personal de salud awajún, los proveedores de salud que no provienen de la zona y las parteras.

Para ello, se ahondarán en las condiciones materiales y laborales en las que se encuentran los proveedores de salud en el Hospital Santa María de Nieva, circunstancias que pueden limitar o facilitar la efectividad con la que se está implementando la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical. Este aspecto es fundamental porque influye significativamente en la capacidad resolutive del Centro de salud, es decir, en la capacidad que tiene este establecimiento por resolver emergencias o complicaciones obstétricas eficazmente. Adicionalmente, se explicará la forma en que el personal de salud concibe a sus pacientes con el propósito de explicar el tipo de relaciones que mantienen con las usuarias del servicio.

Posteriormente, se analizará la manera en que los proveedores del servicio concilian con la visión de la salud sexual reproductiva de sus pacientes y qué aspectos toman en cuenta o excluyen de los tratamientos o procedimientos del sistema de salud indígena awajún al servicio que brindan en el hospital, tales como el uso de plantas medicinales, el manteo, etc. De igual forma, se van a exponer casos en los cuales ocurrieron conflictos entre el sistema de salud indígena y el sistema de salud biomédico. Estos desencuentros incluyen las perspectivas de las mujeres awajún y del personal de salud que trabaja en el Hospital de Santa María de Nieva sobre los siguientes temas: el protocolo de parto institucional, los tratamientos o cuidados adecuados para una gestante y las concepciones de enfermedad y riesgo.

Finalmente, se analizará las experiencias que tienen las mujeres awajún al acudir al Hospital de Santa María de Nieva y, a su vez, la forma en que ellas conciben a los proveedores del servicio de parto. Con el fin de explicar estas narrativas, se va a exponer la manera en que las mujeres awajún manejan ambos sistemas de salud, tanto el biomédico y el awajún. Y para terminar esta parte, se describirá la situación de las parteras y cómo su rol en la comunidad ha ido cambiando hasta la actualidad. Asimismo, se analizará la manera en que las parteras se vinculan con los proveedores de salud y cómo se ven involucradas en el servicio de parto institucional.

CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA³

I. Relevancia sociológica

Según Mills (1959, p.23-43), la imaginación sociológica es la capacidad que tiene el investigador de estudiar una problemática pública, partiendo de un interés íntimo o cotidiano con el propósito de comprender su propia experiencia dentro de un marco histórico social más amplio.

Por mi lado, mi inquietud por estudiar el tema del parto comenzó por mi bisabuela, quien era partera desde muy joven. Ella ayudaba a todas las mujeres de su barrio a dar a luz, incluso parió sola a sus cinco hijos. Mi familia cuenta que mi bisabuela nunca cobró por asistir a sus vecinas, ella recibía lo que le regalaban y por eso, era muy humilde. Con el paso de los años, las embarazadas dejaron de alumbrar en sus casas para asistir a los centros de salud más cercanos. Sin embargo, hasta los últimos años de su vida, a mi bisabuela siempre acudían mujeres que necesitaban ser revisadas o manteadas. Inclusive cuando mi madre estaba embarazada de mí, fue manteada por mi bisabuela. Y, aunque era una niña de cuatro años cuando ella murió, su recuerdo vive muy presente en mi familia, quienes la consideran una mujer con saberes sanadores, muy valiosos para su comunidad.

Por otro lado, la problemática pública que motiva este estudio consiste en conocer la evolución de las políticas de salud dirigidas a resolver las necesidades de mujeres indígenas. En el diseño o concepción de dicho servicio se cuenta con un enfoque intercultural relativamente reciente que, al ser aplicado, produce conflictos de saberes sobre lo que es legítimo en temas de salud reproductiva. En este sentido, se encuentran tensiones en el mismo Estado sobre la concepción de este tipo de intervenciones y, a nivel local, al ser recibida por los demás

³Ver con más detalle la tabla de operacionalización en el Anexo 1.

actores involucrados: los proveedores de atención primaria, parteras y población indígena.

Finalmente, el tema de esta investigación es relevante al considerar el parto como una práctica biológica enmarcada culturalmente. Por lo tanto, este se construye de manera diferente en cada sociedad, siendo un objeto de estudio de la sociología de la salud. Sin embargo, dicho tema no está trabajado académicamente desde en el enfoque de las políticas interculturales, menos aún sobre el tema de mujeres. Entonces, la gran mayoría de publicaciones sobre el tema terminan siendo informes técnicos. Dichos informes no pretenden hacer teoría, sino más bien consumirla con el fin de poder adscribirse, y su vez, estos son consumidos por el Estado, con los cuales trabaja.

I. El problema de investigación

A nivel nacional, según sus costumbres o antepasados, existe un 26% de peruanas que se considera indígena, nativa o parte de un pueblo originario. Inclusive, sólo en Condorcanqui el 84% de mujeres se identifica de la misma manera. En este sentido, más de la mitad de las mujeres de dicha provincia mencionó que su lengua materna es el awajún (64%) (Censo 2017).

Históricamente, las mujeres indígenas han dado a luz en sus casas, acompañadas de una partera y/o sus familiares mujeres más inmediatas. El acontecimiento del parto es algo conocido y compartido por todos los miembros de la comunidad, siendo el ambiente cálido y familiar. Referente al ambiente donde se realiza el alumbramiento, normalmente se condiciona la habitación para garantizar abrigo (ausencia de corrientes de aire, luz baja), privacidad (posibilidad de concentrarse y no ser vista) e intimidad (recubrimiento de genitales) (MINSAL, 1999, p. 191-197).

En cambio, el proveedor de salud asume un rol puramente funcional con las mujeres durante el parto institucional, es decir, no es la

misma persona que actúa en la vida cotidiana de la madre. En consecuencia, cuando una mujer indígena acude a un servicio de salud para dar a luz, suele haber un evidente conflicto entre las expectativas o la experiencia que ella tiene de un parto en casa con respecto al servicio que se le brinda en el centro de salud. Inclusive, hay resistencia por parte de las mujeres para atender su parto en los centros de salud por temor a complicaciones que ellas relacionan al usar la posición horizontal. También, porque en esta posición la parturienta se siente obligada a mostrar los genitales, “exponiéndose al frío y a la vergüenza”. Asimismo, existe un profundo miedo a las cesáreas y una disconformidad con el trato, lo cual es resultado de la falta de diálogo y comunicación. De igual manera, existen ciertas condiciones desfavorables en el establecimiento donde se realizaban los partos, pues eran fríos, abiertos, luminosos, con demasiada gente extraña, muy contrarios al sistema de salud indígena. (MINSA, 1999, p.191-197).

Además, los lazos de confianza entre las mujeres y las parteras son una razón de peso para que ellas opten por la atención domiciliaria. Asimismo, las propias prácticas indígenas para atender el alumbramiento son una motivación muy fuerte para que las mujeres prefieran el espacio comunitario. Incluso, se reconoce el temor de las mujeres indígenas hacia los procedimientos biomédicos y al instrumental utilizado en los servicios. También, la vergüenza que la madre indígena tiene al exponer sus partes íntimas durante el parto (MINSA, 1999, p.191-197). Aunque se percibe una actitud de cierta apertura y flexibilidad en el personal de salud hacia la incorporación de algunas prácticas tradicionales en el proceso de atención, esto podría deberse más a una necesidad de adaptación que a una real valoración por comprender y respetar la cultura local (MINSA 1999 214-238)

Con respecto a la manera en que interactúan el personal de salud de primer nivel y las usuarias del servicio, es evidente que se establece

una relación jerárquica entre ambos, pues el saber legitimado es apropiado únicamente por el personal de salud. Este último aspecto conlleva a concepciones desvalorizadoras, invalidando los conocimientos y saberes indígenas. También, se reconocen desigualdades estructurales de carácter cultural, económico, social y de género (tales como el nivel educativo, la procedencia étnica, el idioma, la procedencia urbana, etc.), lo cual facilita la reproducción de situaciones de discriminación y maltrato. Esto último terminaría por limitar el diálogo y la construcción de un saber común entre los actores involucrados en el proceso de atención del servicio (MINSa, 1999, p. 214-238).

Debido a que el parto no institucional sigue siendo la norma en las zonas rurales, la situación de la muerte materna en mujeres indígenas se agrava. En muchas zonas rurales del país es imposible que se acceda a un establecimiento de salud en el tiempo que puede durar una emergencia obstétrica, de ser así, la mayoría de las muertes pudo haberse evitado. Además, existen demoras en el reconocimiento de los signos de alarma, así como en la elección de una estrategia de respuesta por parte de la pareja o los familiares de la parturienta. Sin embargo, existen otro tipo de fuentes de retraso que son también cruciales, las relacionadas con recursos e infraestructura. En este sentido, el MINSa no ejerce control sobre muchos de estos factores (MINSa, 1999, p.175-194).

Adicionalmente, existen condiciones que ponen en especial riesgo las vidas de las madres indígenas, las cuales consisten principalmente en la disponibilidad de ciertos recursos para resolver las emergencias obstétricas oportunamente (MINSa, 1999, p.11-32). Se identifican ciertos patrones en los casos de las fallecidas por muerte materna como: bajo nivel educativo, la presencia de una pareja, condición de pobreza, etc. Con respecto a los cuidados que ellas tuvieron durante su embarazo, varias eran primerizas o mujeres mayores con varios hijos (en su mayoría adultos). Igualmente, realizaban esfuerzos físicos en estado de

desnutrición, anemia o delgadez extrema y ninguna obtuvo controles prenatales completos por motivos económicos. En relación a la planificación familiar, a pesar de no haber adoptado algún método anticonceptivo, varios allegados a las difuntas afirmaron que lamentaban no haber evitado el último embarazo de esta. Esto último se debe a la poca capacidad de negociación que ellas tenían con sus parejas y el poco control sobre su vida sexual (MINSA, 1999, p.175-194).

Con respecto a sus partos, las causas de muerte se concentran en las hemorragias (en el 60% de los casos), el lugar de fallecimiento más común es su propia casa y el momento de la muerte de la mayoría se produce durante el puerperio. En caso de presentarse dificultades, se recurre con mayor frecuencia a la partera. Cuando las complicaciones son mayores, por recomendación de la partera, se acude al establecimiento de salud. Si bien el hogar y el centro de salud no estaban condicionados para atender adecuadamente las emergencias obstétricas en su debido momento, es innegable que hay menos riesgos en un parto cuando es atendido por una obstetra en un establecimiento de salud (MINSA, 1999, p.175-194).

En este sentido, existen tres tipos de problemáticas que dificultan la resolución oportuna de muertes maternas. El primer problema corresponde al nivel del acceso y disposición de recursos a nivel local. Estos últimos abarcan la economía familiar, la cual es un factor determinante en la muerte materna (MINSA, 1999, p.175-194). Adicionalmente, la falta de capacidad técnica y resolutive del servicio de salud también influye directamente en la confianza de la población (MINSA, 1999, p.175-194). Estos últimos comprenden barreras materiales que dificultan el acceso de las mujeres indígenas a servicios de salud pública de calidad. Entre ellas, se encuentra la carencia de medios de transporte (ambulancias o chalupas), las limitaciones de los caminos, la existencia de cobros excesivos.

El segundo problema consiste en las brechas de género, pues es necesario cuestionar el valor que se asigna a las mujeres en las comunidades rurales. Esta valoración se expresa en cómo se organiza el trabajo a nivel familiar, pues muchas más responsabilidades recaen sobre la mujer (lo que impide que descansen en su puerperio). También, en el limitado acceso a los recursos que tienen las mujeres, evidenciado cotidianamente en el estado de desnutrición que se encontraron las fallecidas en comparación a los demás miembros de su familia. Asimismo, el poco control que ellas tuvieron sobre su salud reproductiva y lo fácil que pareció para sus familias reemplazarlas cuando murieron. En efecto, fueron lamentables las condiciones de vida de las fallecidas, por lo que recibieron la muerte como el descanso que buscaban. Al estar tan agobiadas, prefirieron morir para que sus familias no gastaran o se molestaran en ellas (MINSA, 1999, p.175-194).

El tercer ámbito problemático se ubicó en las redes sociales de mujeres, pues algunas podían vivir muy aisladas del tejido social de su comunidad, incapaces de velar por ellas mismas o existir en situaciones de grandes conflictos (madres solteras, mujeres mayores, pobres, viudas, etc.). De esta manera, se confirma la importancia de las redes sociales como elemento de protección de muchas mujeres. Aunque en algunos casos estas podrían funcionar como bloqueos cuando impiden dar solución oportuna a emergencias obstétricas (MINSA, 1999, p.175-194).

Como primeros intentos para abordar el problema de la mortalidad materna en mujeres indígenas, se encontró que desde 1990 se crean iniciativas financiadas por ONGs internacionales. Estas últimas iniciativas conforman los precedentes de lo que hoy conocemos como salud intercultural. Sin embargo, en estos programas no se tenían en cuenta percepción de la salud y enfermedad que tienen los propios pueblos indígenas, incluso cuando éstos tuvieran presentes especialistas indígenas como parteras, yerberos y sanadores (Abad, 2004, p. 75-90).

Con respecto a los 25 años posteriores, los programas de salud en zonas indígenas se han caracterizado por su tendencia a extrapolar modelos urbanos marginales ajenos a la realidad social e idiosincrasia de estas poblaciones. En este sentido, las propias organizaciones indígenas (asesoradas por ONGs) han replicado estos modelos ajenos (“desarrollistas”), los cuales se han ido abandonando por no ser sostenibles ni auto-gestionables. Esto último se debe a que los verdaderos ejecutores de esos programas eran actores foráneos y no los verdaderos destinatarios. Por esta razón, al retirarse la ayuda exterior estos proyectos fracasaron rotundamente. Actualmente, este aspecto ha cambiado, pues en teoría estos agentes externos pasan a ser “facilitadores” y los indígenas los reales ejecutores y protagonistas de los programas (Abad, 2004, p. 75-90).

Con respecto a la manera en que el Estado ha abordado esta problemática en zonas rurales e indígenas, desde 1983 se reconoce legalmente la promoción de la medicina tradicional⁴. Sin embargo, hasta el momento de la creación de la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural (2005), no se lograba cumplir con la obligación de garantizar la disponibilidad, la accesibilidad y la adecuación cultural del servicio a la población de las comunidades nativas (ID-N°134, 2008, p.203-204).

Cuando dicha estrategia sanitaria llevaba unos años implementada, se publica el segundo Informe Defensorial N°138 (2008), “Derecho a una Maternidad Segura: Supervisión Nacional de los Servicios de Ginecología y Obstetricia del MINSA”. En opinión de la Defensoría del Pueblo, fue desfavorable que este programa no contara con fondos propios para el desarrollo de sus acciones de promoción, dependiendo enteramente del apoyo de la Cooperación Internacional en su proceso de consolidación a nivel nacional. Para lograr la efectiva implementación de la norma, se

⁴ Ley N° 26842 y Ley General de Salud

recomendó que el MINSA adoptara ciertas medidas para combatir la resistencia del personal de salud a atender el parto vertical, tomando en cuenta que durante su formación profesional sólo han sido entrenados para atender el parto en posición horizontal. Al respecto, se reportó que el MINSA formó alianzas con facultades de medicina de determinadas universidades e institutos en Lima para introducir la técnica del parto vertical en sus currículas de estudios (2008, p.57-58).

Años posteriores, se publica el tercer Informe Defensorial N° 169, “La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural”, el cual tenía como objetivo evaluar las principales acciones de política de salud en relación con estos pueblos y la incorporación del enfoque intercultural (2015, p.7-11). Con respecto a la salud reproductiva de las mujeres indígenas amazónicas, se identificó que el trato que se les brindó durante la atención de su salud sexual y reproductiva era poco sensible, pues las mismas usuarias indicaron que sus saberes y prácticas muchas veces fueron desvalorados. Como consecuencia, se creaba un ambiente de desconfianza e incomodidad, lo cual se agravaba con la ausencia de personal femenino que hable el idioma, así como por las distancias geográficas que existen entre la comunidad y el establecimiento de salud. Además, sólo 16 de los 47 establecimientos supervisados contaban con el servicio de parto vertical institucional. De ellos, solamente siete habían atendido partos verticales en el último año. Por estos motivos, las mujeres afirmaron que prefieren el parto domiciliario, ya que así pueden recibir el trato adecuado según sus costumbres y los cuidados de personas de confianza (parteras, madres o parejas). En efecto, las parteras son las que atendieron el mayor número de partos que ocurren en las comunidades indígenas, desligándose por completo del servicio brindado por personal de salud (ID-N°169, 2015, p.130).

Desde las ONGs nacionales, el IEP publicó “El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica (PFETSIA) de AIDSESP (Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana) a la salud intercultural”. Esta última investigación evidencia que el Estado tiene ciertas limitaciones y retos para implementar la salud intercultural en el primer nivel de atención, pues no se tiene asignado un presupuesto, así como la Reforma de Salud tampoco ha contemplado formas concretas de promoverla e implementarla. De esta manera, se dificulta la continuidad, sostenibilidad y el mayor impacto de este tipo de iniciativas públicas (Yon et al., 2015, p.23).

De igual forma, este estudio reconoce que la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (2005) no llega a tocar ciertos temas de fondo sobre cómo se brinda el servicio de salud a las mujeres indígenas, tales como: el grado de intimidad y comodidad que requieren las mujeres durante la atención, la posibilidad de ser informadas y decidir sobre procedimientos del parto, etc. (Yon et al., 2015, p. 26-64).

A nivel local, se rescata que las Redes del MINSA de Bagua y Condorcanqui están intentando implementar formas de adecuación intercultural que apuntan a mejorar la atención del parto para volverlo más pertinente a las necesidades y expectativas de las mujeres indígenas, acondicionando el espacio con elementos de su cultura. Con el fin de mejorar la calidad de atención se realiza un plan de parto, lo cual facilita que la gestante pueda manifestarse sobre su alumbramiento. En esta línea, también se viene coordinando con agentes comunitarios de salud, incluyéndolos como aliados para la referencia de las pacientes (Yon et al., 2015, p.64).

Como se puede observar en las anteriores investigaciones y evaluaciones de impacto, el campo de salud indígena no ha sido trabajado académicamente desde la política o la salud intercultural,

menos aún desde el género. La mayoría de publicaciones relacionadas sobre el tema son informes técnicos, los cuales sirven de insumo para la toma de decisiones del Estado. En menor medida, la salud reproductiva de las mujeres indígenas ha sido abordada desde la antropología, utilizando un enfoque más cultural. En este sentido, es necesario aclarar que también existe un vacío teórico para abordar esta problemática.

Todo lo anterior muestra la necesidad y urgencia de estudiar la manera en que el Estado está intentando solucionar o reducir la mortalidad materna en mujeres indígenas. Por ende, la presente tesis busca contribuir académicamente a los estudios sobre salud y servicios públicos dirigidos a mujeres indígenas. Es por ello que propongo esta investigación que tiene la finalidad de entender cómo se está brindando el servicio de parto institucional a nivel local, profundizando en el enfoque de salud intercultural. En ese sentido, se estudiaron las narrativas y experiencias de diez madres awajún, cinco obstetras, cuatro parteras, dos promotoras de salud y una técnica en enfermería, con el propósito de conocer a fondo sus subjetividades y responder al objeto de estudio planteado en la siguiente sección.

II. Objeto de estudio

Esta investigación tiene como propósito entender cómo se está implementando el enfoque de interculturalidad en la atención del parto en los servicios públicos a nivel local, tomando como referencia la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural. El caso que se estudiará se ubica en el distrito de Santa María de Nieva, provincia de Condorcanqui, en el departamento de Amazonas. Entonces, este estudio analiza las narrativas de los sujetos de estudio que interactúan en el proceso de atención del servicio del parto. Para este caso, los sujetos de estudio serían los siguientes: el personal de primer nivel de atención (técnicas enfermeras, promotoras de salud y obstetras), las mujeres awajún y las parteras.

III. Pregunta General

¿Cómo se está implementando el enfoque de interculturalidad en la atención del parto en los servicios públicos de salud a nivel local?

Preguntas Específicas⁵:

Pregunta específica 1 - Cronología: El largo camino de La Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural: ¿Cómo surge la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural?

Pregunta específica 2 – Desde la experiencia de los proveedores de salud, la implementación del enfoque de interculturalidad en el servicio de parto institucional

¿Cómo experimenta y percibe el personal de salud la implementación del enfoque de interculturalidad en la atención del parto en el Hospital de Santa María de Nieva, tomando como referencia la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural?

Pregunta específica 3 - Desde la experiencia de las mujeres awajún, la implementación del enfoque de interculturalidad en el servicio de parto institucional

¿Cómo experimentan y perciben las mujeres awajún la implementación del enfoque de interculturalidad en la atención del parto en el Hospital de Santa María de Nieva?

IV. Objetivo general

Explicar la manera en que se está implementando el enfoque de interculturalidad en la atención del parto en los servicios públicos de salud a nivel local.

⁵ Ver con más detalle en el Anexo 2.

Objetivos Específicos⁶:

Objetivo específico 1 - Cronología: El largo camino de La Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural: Explicar cómo surge la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural.

Objetivo específico 2 – Desde la experiencia de los proveedores de salud, la implementación del enfoque de interculturalidad en el servicio de parto institucional

Analizar la manera en que el personal de salud experimenta y percibe la implementación del enfoque de interculturalidad en la atención del parto en el Hospital de Santa María de Nieva, tomando como referencia la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural.

Objetivo específico 3 - Desde la experiencia de las mujeres awajún, la implementación del enfoque de interculturalidad en el servicio de parto institucional

Analizar la manera en que las mujeres awajún experimentan y perciben la implementación del enfoque de interculturalidad en la atención del parto en el Hospital de Santa María de Nieva.

V. Hipótesis

Hipótesis 1:

A pesar de que el Estado propone un servicio intercultural de salud reproductiva que está pensado para responder una necesidad nacional real, esta iniciativa termina siendo interculturalmente funcional por la manera en que se está implementando. En efecto, dicha estrategia sanitaria contribuye al aumento de la cobertura del servicio del parto, sin incluir necesariamente la cultura de las usuarias awajún.

⁶ Ver con más detalle en el Anexo 3.

Hipótesis 2:

Cuando esta estrategia se implementa a nivel local, se ve desafiada aún más por la profunda desconfianza que tiene las mujeres awajún a las instituciones estatales de salud, haciendo mucho más difícil brindarles un servicio intercultural de calidad y con enfoque de derechos. Como consecuencia, el parto vertical institucionalizado no satisface del todo a sus usuarias, quienes buscan otras alternativas para satisfacer sus necesidades o emergencias obstétricas.



CAPÍTULO 2: MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA

1. Marco conceptual

Para explicar la manera en que el Estado a nivel local ha intervenido en la salud reproductiva de las mujeres awajún se van a debatir categorías como interculturalidad, política social, calidad de atención con enfoque de derechos, salud, poder y recursos. Estos conceptos y enfoques aportan mucho para el análisis del caso, en la medida que pueden ayudar a explicar la manera en que se ha estado implementando la estrategia del parto vertical institucional en el Hospital de Nieva.

I. La naturaleza social de la política pública

Desde análisis de las políticas sociales, la implementación de la Estrategia Sanitaria del Parto Vertical con Adecuación Intercultural se ha convertido en un instrumento que da forma y organiza el comportamiento de los sujetos que se encuentran implicados directa o indirectamente en dicho proceso, incluso en los espacios más íntimos y privados como en el caso de esta investigación: el parto.

Actualmente, cada vez es más fuerte el surgimiento de este tipo de iniciativas y su penetración en esta área de la vida cotidiana (en el caso de las mujeres indígenas), pues la idea de la medicalización del parto y la intervención del Estado en su reproducción es relativamente reciente⁷. Por ello, la importancia del análisis de la implementación de esta estrategia radica en el poder comprender cómo ha sido incorporado el enfoque de salud intercultural aplicada a población indígena amazónica.

Las políticas públicas son construcciones sociales, pero su naturaleza social se encuentra oculta detrás del lenguaje objetivo y legal-

⁷ Según la OPS (2014), entre las poblaciones indígenas de Amazonas prima el parto domiciliario en un 82,8% de los casos, mientras que en Condorcanqui la cifra se eleva a un 88,7%.

racional con el cual son presentadas. Este ocultamiento se da bajo el discurso de eficiencia o la neutralidad con las cuales son legitimadas, lo cual es un rasgo central del poder moderno. Las políticas públicas a menudo definen sus problemas y soluciones de manera que anulan las demás opciones. Además, trabajan mejor cuando son percibidas como técnicas racionales y como soluciones “naturales” para los problemas sociales que enfrentamos. En este sentido, logran desplazar el discurso a un registro que posiciona el debate fuera de la política, a una esfera donde el desacuerdo es visto como inapropiado o imposible. En consecuencia, estas son vistas como asuntos científicos o “técnicos” y “deben ser dejados en manos de los expertos” (Shore, 2010, p.34; Wedel et al., 2005, p. 35-40).

Tradicionalmente, el análisis de las políticas públicas ha seguido un modelo positivista, pues se centraba en los efectos (en cuanto a sus costos y beneficios calculables) desde los enfoques de la teoría de acción racional. Desde los 80's surgieron investigaciones con un giro interpretativo, en las cuales se desarrollaron metodologías y perspectivas muy distintas. Desde este enfoque se consideraban a la formulación de las políticas como parte de una actividad sociocultural, en otras palabras, perteneciente a un mundo inmerso en procesos sociales. Además, la manera en que las políticas suelen ser objetivadas y utilizadas proveen una comprensión crítica de algunos principios organizativos más profundos que estructuran nuestra sociedad, particularmente los regímenes de poder y los códigos culturales que construyen la forma en que se comportan los individuos y las organizaciones (Shore, 2010, p.24-29).

Existen diversas corrientes de investigación que exploran el carácter social de las políticas públicas. Por un lado, las políticas son pensadas de manera más participativa en relación con la sociedad civil. En esta línea de análisis se entiende la participación como la capacidad y

el derecho de la sociedad civil de intervenir en las decisiones de los temas públicos en distintos niveles (local, regional y nacional), dentro de un marco legal que brindan las actuales leyes. Además, se plantea la participación de la sociedad civil como una oportunidad para participar en el diseño e implementación de políticas públicas de manera más consensuada, para lo cual se requiere una ciudadanía activa dispuesta a responsabilizarse (Lauro, 2006, p.29)⁸

Por otro lado, para esta investigación, el enfoque que se va a utilizar para las políticas sociales refleja maneras de pensar sobre el mundo y cómo actuar en él. También contienen perspectivas de cómo los individuos deben relacionarse con la sociedad y entre ellos. Una parte del interés de las ciencias sociales en este tema reside precisamente en la manera en que las políticas inciden en la construcción de nuevas categorías del individuo y de la subjetividad. En este sentido, las políticas son herramientas de intervención y acción social para administrar, regular y cambiar la sociedad. También le da coherencia a una realidad y otorga legitimidad a las decisiones tomadas por aquellos en posiciones de autoridad (Shore, 2010, p.31-32). Entonces, la sociología nos sirve como lentes para explorar este mundo de las políticas y a las personas a quienes están dirigidas.

Las políticas públicas se entienden como un proceso y, a la vez, como un conjunto de objetivos, decisiones y acciones. Por un lado, dicho proceso posee diferentes etapas, las cuales forman una dinámica de interacción entre diversos actores involucrados. Para implementar una política se toma en cuenta los recursos disponibles para su elaboración, entre ellos: las normas jurídicas, los recursos físicos y financieros disponibles. Por otro lado, el conjunto de intenciones, decisiones y acciones son ejecutadas por un gobierno con el fin de solucionar los problemas considerados prioritarios. Como consecuencia, posteriormente

⁸ Encontrado en: (Arámbulo 2013, p. 64-65)

se determina su efectividad, el alcance y el impacto en el desarrollo humano (Berthin y Espinoza, 2010, p.1-3).

Asimismo, las políticas públicas poseen una dimensión instrumental, incluso si no son necesariamente racionales, pues estas contienen una “voluntad de poder” que no solo forman parte de un ejercicio de persuasión y legitimación (Majone 1989), sino que también objetivan a quienes se dirigen y los someten a la anónima mirada de los expertos. Una de las mayores consecuencias de esta visibilidad es que las políticas crean nuevas categorías de personas y nuevas formas de subjetividad (como, por ejemplo: indígena, mujer, ciudadana, madre, etc.). Si la función de las políticas es intervenir en lo social, entonces su estudio se convierte en un instrumento para comprender los motivos que fundamentan dichas intervenciones y las lógicas culturales que las impulsan (Shore, 2010, p.24-39).

Del mismo modo, es importante el investigar cómo esta estrategia sanitaria está funcionando a nivel local, pues normalmente cuando cualquier política que es implementada suele tener efectos que sobrepasan los diseños e intenciones de sus creadores, ya que una vez fundadas y efectuadas estas entran en una compleja red de relaciones con varios agentes, actores e instituciones. Como consecuencia, las políticas construyen activamente las narrativas de los sujetos involucrados directa o indirectamente en el proceso, pues muchas veces sirven para legitimar a quienes están en posiciones de autoridad, para otorgar orden y certeza a las acciones del gobierno, para formar redes de alianzas (como una manera de unir a la gente en pro o en contra de algo) y marcar fronteras simbólicas que separan a un “nosotros” de un “ellos” u “otros” (Shore, 2010, p. 36).

De igual manera, la categoría de “Gubernamentalidad” es “el encuentro entre las técnicas de dominación ejercidas sobre los otros y las técnicas de cada uno” o “técnicas del yo” (Foucault, 1994), las cuales se

expresan tanto en las tecnologías médicas como en las políticas públicas. El gobierno moderno se apoya cada vez más en esto, desarrollando métodos que implantan las normas y las prácticas por medio de las cuales los individuos se gobernarán y administrarán a sí mismos. El arte del gobierno moderno se ha convertido en el arte de gobernar desde la distancia, inculcando los hábitos de la autogestión y de la autorregulación.

En este sentido, la perspectiva sociológica puede aportar a rastrear grandes procesos de cambios sociales, históricos y culturales a través de las múltiples categorías en conflicto presentes en las políticas (indígena, intercultural, comunidad nativa, etc.), los cuales poseen significados escondidos que valen la pena tomar en cuenta. También, se puede revelar el carácter complejo de los procesos de formulación de políticas; además del esfuerzo por parte de las personas afectadas por ellas para darles sentido (¿qué quieren decir para ellas?, ¿por qué funcionan o no?, ¿cómo son recibidas y experimentadas en su vida diaria?). Desde la sociología se puede ver más allá del sentido común y dejar al descubierto la estructura de un sistema social, los principios sobre los cuales se basa un orden social y rastrear las relaciones que se reformulan entre los individuos, los Estados y la sociedad (Shore, 2010, p.29-32).

Además, la aproximación sociológica provee herramientas metodológicas y teóricas para explorar lo que significan las políticas. Sin embargo, es necesario ir más allá del acercamiento a los significados si nuestra meta es explicar fenómenos particulares. Para ello, es necesario tomar en cuenta contextos socioeconómicos, políticos e históricos más amplios en los cuales están inmersas las políticas y el rol social que cumplen. De esta forma el análisis interpretativo de las políticas nos da una visión holística que nos permite reflexionar transformaciones más generales de la sociedad, en los patrones socioeconómicos cambiantes y en las nuevas y emergentes racionalidades de gobierno (Shore, 2010, p. 44).

En conclusión, desde este enfoque, esta investigación analiza las políticas en cuanto a los efectos y significados y no tanto respecto a los orígenes o causas, pues se considera que estas construcciones sociales tienen agencia, independientemente de la voluntad de sus creadores. Por esta razón, se busca dar voz a las personas a quienes estas políticas están dirigidas y revelar el sentido que ellas les dan a las mismas.

II. El debate en torno al enfoque de interculturalidad aplicado a la salud

Un pre-requisito de la interculturalidad, según Michaux (2014, p.109-116) es la pluriculturalidad, es decir, la coexistencia dentro de un espacio delimitado, de grupos que se autoidentifican o pueden ser identificados como pertenecientes a culturas distintas. Una situación intercultural, como es el caso de Santa María de Nieva, revela antagonismos fundamentales entre grupos culturales aparentemente dicotómicos. Ambos grupos tienen diferentes cosmovisiones de lo que es la salud, la medicina, la enfermedad y la atención. En una ciudad pluricultural, podemos observar cómo confluyen ambas culturas y se crean relaciones que muchas veces pueden ser conflictivas, pues el sistema de salud Estatal se ha pensado desde afuera y se ha construido desde un esquema verticalista monocultural (Michaux, 2014, p.116).

Durante todo el siglo XX, con el fin de ser objetivo y legítimo es que surgen los intentos por parte del modelo biomédico de distanciarse de la cultura en el abordaje del fenómeno que comprende la salud, la enfermedad y la atención. Actualmente, cuando el modelo biomédico occidental parece tener casi todas las respuestas y todo parece estar protocolizado, muchos gobiernos plantean un retorno hacia servicios de salud “culturalmente competentes” sobre todo en aquellos donde existe una alta tasa de población inmigrante o indígena. Con esta medida se busca responder a las necesidades de diversos grupos raciales, étnicos o lingüísticos que tienen una experiencia desigual en el acceso a servicios

de salud (Comelles, 2014, p.17-25; Michaux, 2014, p.109-116; Caramés, 2014, p.31).

Ser “culturalmente competente” es un concepto adoptado en la literatura biomédica norteamericana, el cual revela un cambio en la conciencia de los profesionales, de los responsables políticos, respecto a la diversidad cultural, en la línea de la discusión sobre los derechos de las minorías. La “competencia jurídica” o “competencia lingüística” hace referencia a la necesidad de los hospitales de asegurar que toda documentación clínica tenga una traducción en diversas lenguas. Por ejemplo: el documento que el enfermo firma a su ingreso, el derecho del enfermo a ser informado adecuadamente de las actuaciones que van a ejercerse sobre él (consentimiento informado) (Comelles, 2004, p.17-23). Según Fernández (2004, p.11), el hecho de que los proveedores del servicio de salud manejen las lenguas de sus pacientes facilita de una manera importante el enfoque intercultural, pues al ser el servicio de salud sea “culturalmente competente” se pueden sobrepasar las barreras comunicacionales entre los diferentes actores implicados en cualquier situación de crisis sanitaria.

Sin embargo, para Comelles (2004, p.17-25) la “competencia cultural”, “competencia lingüística” o “competencia jurídica” no es suficiente, pues lo único que se produce es una traducción sistemática de los protocolos médicos, lo cual no garantiza que necesariamente se produzca un cambio cultural en el modelo médico ni tampoco ninguna sensibilidad a favor de la diversidad cultural del paciente. En el caso de los servicios de salud, esta situación se resuelve para dicho autor cuando la narrativa del paciente y el modo cómo este expresa su enfermedad, tiene relevancia en su diagnóstico, pronóstico, terapia y seguimiento. En caso contrario, la racionalidad médica que se aplica sigue siendo la misma. Por lo tanto, se sigue excluyendo el valor de lo cultural y lo social

en la práctica médica, aunque se le permite “añadir” superficialmente alguna noción a la lista de ítems en los protocolos clínicos.

Es aquí donde el concepto de interculturalidad aplicada a la salud juega un rol importante. Por un lado, Albó (2004, p.65-69) define la interculturalidad como cualquier relación entre individuos o grupos sociales de diversas culturas. Por consiguiente, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura. Por un lado, es necesario mencionar que las relaciones interculturales pueden ser negativas si estas conllevan a la destrucción del que es culturalmente distinto o a su disminución o asimilación. Por otro lado, resultan beneficiosas si estas conllevan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente, aprendiendo unos de otros. En otras palabras, la simple tolerancia del que es culturalmente distinto (sin lograr un verdadero intercambio enriquecedor) no llega a ser todavía una interculturalidad simétrica.

Por otro lado, Tubino (S/A, p.4-9) rescata diferentes dimensiones de la interculturalidad. Primero, como un concepto descriptivo y académico, el cual alude a un principio de la convivencia social. También, se refiere al estudio de las diversas mezclas y relaciones entre culturas que coexisten en un mismo espacio. Desde esta perspectiva, se puede hablar de encuentros o desencuentros, de hibridaciones y de los diversos tipos de intercambios y relaciones entre culturas. Segundo, como un concepto normativo o como parte de propuestas ético-políticas y de transformación de relaciones sociales asimétricas entre culturas, con el fin de generar espacios públicos de diálogo y deliberación intercultural que hagan posible avanzar en la solución concertada de los problemas comunes.

Además, Tubino (S/A, p4-9) propone dos tipos de interculturalismo. Por un lado, se encuentra el de tipo funcional, el cual establece una

necesidad de diálogo y reconocimiento sin darle la debida importancia a la pobreza en que se encuentran los ciudadanos que pertenecen a las culturas subalternas de la sociedad. Desde esta perspectiva funcional se sustituye el discurso sobre la pobreza por el discurso sobre la cultura, ignorando la importancia que tienen ambas para comprender las relaciones sociales. De esta manera, este discurso culturalista sirve para negar o invisibilizar las asimetrías sociales, la injusticia distributiva, las desigualdades económicas y las relaciones de poder en una sociedad. En otras palabras, al no cuestionar el sistema vigente, facilita su reproducción. Como consecuencia, esto deriva en una estructura económica y social que excluye sistemáticamente a sectores subalternizados de nuestras sociedades. Por otro lado, el interculturalismo crítico busca promover el diálogo, tocando y suprimiendo las causas de la asimetría cultural. De manera que se recupera la memoria de los excluidos, visibilizando los conflictos sociales del presente como expresión de una violencia estructural más profunda, gestada a lo largo de la historia. Desde esta perspectiva, la injusticia cultural y la injusticia económica son dos caras de la misma moneda de la inequidad social.

De igual manera, se trata de una justicia cultural vinculada a la búsqueda de equidad y ciudadanía diferenciada en un país pluricultural y multiétnico. Para esto es necesario el enfoque de salud intercultural, pues esto presupone la existencia de relaciones de simetría y equidad (Tubino S/A, p.7). De esta manera, se hace una crítica a algunos principios más profundos que estructuran nuestra sociedad, particularmente jerarquías de poder que influyen en cómo se está ofreciendo el servicio.

En efecto, la interculturalidad es un proceso de diálogo entre iguales, es decir, entre individuos que pertenecen a distintas culturas, las cuales se encuentran en el mismo nivel de valoración. Esto resulta en un esfuerzo y necesidad de descolonización del sistema de salud público, pues no puede haber interculturalidad si se sigue creyendo que solo la

sociedad occidental produce conocimientos y que los pueblos indígenas producen saberes que necesitan ser validados desde su perspectiva (Rengifo, 2015, p.15-22)⁹.

En este sentido, AIDSESEP propone una idea de interculturalidad que valore los conocimientos indígenas y sean validados por sus propios sistemas de conocimientos. Por consiguiente, se apuesta por una interculturalidad simétrica entre los pueblos indígenas y la sociedad occidental. También, se concibe la interculturalidad como una posibilidad de producir transformaciones en la manera en que el Estado peruano se relaciona con los pueblos indígenas y en cómo brinda sus servicios públicos. De esta manera, se producirían nuevos espacios que podrían definir otro modelo de atención surgido del consenso entre representantes del Estado y de las organizaciones indígenas. Desde este enfoque, la salud intercultural es tomar lo mejor del sistema médico occidental y lo mejor de los sistemas de salud indígenas, con el fin de diseñar un nuevo sistema que permita la articulación de ambos, sin que esto implique la desaparición del sistema de salud indígena (el cual seguiría su propio desarrollo) (Rengifo, 2015, p.16-17).

Asimismo, se estudia la salud intercultural en los servicios de salud públicos, dentro del marco de la calidad de atención. Esto se debe a que la incorporación del enfoque de interculturalidad es un elemento decisivo para mejorar la salud de las poblaciones indígenas. Sin embargo, este último no es suficiente si no se mejora la capacidad resolutive y otros componentes de la calidad de atención de los establecimientos. Esto último se torna más crítico en las zonas más pobres y alejadas (Anderson, 2001; Ramírez, 2011).

Entonces, se toma en cuenta la calidad de atención desde un enfoque de derechos porque esta implica una transferencia de poder e

⁹ Encontrado en: Yon, C., C. Chávez & C. Cárdenas (2015) El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESEP a la salud

iniciativa desde el personal de salud a los usuarios. Acorde con este enfoque, se entiende que la salud intercultural aporta a la calidad de atención en tanto es parte de este cambio sustancial de las relaciones sociales de poder entre usuarios/as y proveedores/as de los servicios de salud. En este sentido, la interculturalidad no se reduce a hablar el mismo idioma o a un trato respetuoso, sino que necesariamente se cuestiona jerarquías sociales entre profesionales y usuarios, se reconoce la cultura de estos últimos y el marco jurídico desigual del sistema biomédico y los sistemas médicos indígenas, así como la presencia de formas de discriminación étnica y cultural (Anderson, 2001, p. 26).

III. La salud como una construcción social

Para entender mejor cómo el Estado promueve el parto vertical institucional en mujeres awajún e interviene en sus prácticas reproductivas se pretende utilizar conceptos como biopoder, bio-lógica, biopolítica y “Gubernamentalidad”. Las teorías y categorías presentadas a continuación aportan mucho para el análisis del caso, en la medida que rescatan las múltiples dimensiones de la salud y del cuerpo, no solamente vistos desde su ámbito cultural sino también desde el poder y lo político.

Para los propósitos de este estudio, se entiende como “biomedicina occidental” a un modelo de intervención científica que pretende la objetividad positivista con un enfoque biológico y técnico. La concepción sobre lo que es considerado ciencia y modelo científico se ha elaborado dentro del contexto conocido como «mundo occidental» y, desde él, se ha exportado e impuesto al resto del mundo (Comelles, 2014, p.17-25; Michaux, 2014, p.109-116 y Caramés, 2014, p.31-33).

Por un lado, la biomedicina occidental analiza la realidad como recortada en unidades mínimas a partir de las cuales se piensa llegar a la totalidad del fenómeno. Este último, con el fin de alcanzar la máxima

eficiencia diagnóstica, pronóstica y terapéutica. Este modelo médico utiliza esta perspectiva para promover el estudio del cuerpo de manera mecánica, como aislado de sus demás dimensiones humanas (social, mental, afectiva, espiritual). Entonces, se afirma que dicho modelo tiene carácter invisibilizador, pues subsume la compleja realidad que rodea al fenómeno (salud- enfermedad- atención), contemplándolo solo desde una perspectiva biológica (Comelles, 2014, p.17-25; Michaux, 2014, p.109-116 y Caramés, 2014, p.31-33).

Por otro lado, el significado del fenómeno (salud-enfermedad-atención) de muchas minorías étnicas trasciende el enfoque biomédico occidental y toma un significado simbólico de acuerdo a sus contextos socioculturales particulares. Según la OMS (1978), el concepto de medicina tradicional es la “suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para el diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y en la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra”. Desde este paradigma, se concibe la salud como un estado de bienestar y adaptación consecuencia del equilibrio sistémico entre el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo cosmológico. Comprendiendo la enfermedad como un trastorno en uno de estos “cuerpos” que afecta a la totalidad del sistema (Michaux, 2014, p.111-115).

Con respecto al cuerpo individual, se piensa la enfermedad como la consecuencia del abandono del carácter preventivo. Acerca del cuerpo social, se dice que sufre enfermedad como resultado del quebrantamiento de normas morales que trae consigo la desintegración y la exclusión. En relación al desequilibrio del cuerpo cosmológico, se afirma que es producto de la violación de normas de racionalidad en el uso y aprovechamiento de recursos naturales, lo que acarrea improductividad y carencias. Entonces, las enfermedades son los resultados de las

interacciones del ser humano con su medio físico y medio social. Por esta razón, las soluciones que se toman son de carácter colectivo (espirituales, políticas, sociales, etc.) y, a la vez, de carácter individual (Michaux, 2014, p.111-115).

Hasta este punto del estudio se ha planteado que existen jerarquías entre grupos culturales. Adicionalmente, es necesario abordar las diferencias entre mujeres y hombres, las cuales también constituyen un componente importante de las desigualdades sociales junto a la etnia y la clase social. Esto último permite una mirada más integradora a la categoría salud. En este sentido, el marco teórico de este tipo de investigación tiene que contemplar también el enfoque de género en salud para comprender las diferencias injustas, innecesarias y evitables en los roles impuestos a las mujeres. Dichos roles consisten en la triple carga de trabajo que ellas soportan: trabajo social, doméstico y de procreación-reproducción, lo cual termina repercutiendo diferenciadamente sobre la salud de ellas en cuanto a morbilidad, mortalidad y calidad de vida (Castañeda, 2014, p. 253-255, Estrada, 2009, p.108-119).

Siguiendo un enfoque histórico y de género, Bárbara Ehrenreich y Deirdre English (2010) explican que, en muchas sociedades, las mujeres vienen asumiendo ciertos roles relacionados a la salud, tales como: el cuidado de los enfermos, los partos, la crianza de los niños, la alimentación de la familia y la limpieza del hogar. Tradicionalmente, en dichas funciones se aplicaban los saberes que ellas tenían sobre el cuerpo y medicinas caseras, basados en su experiencia empírica. Sin embargo, con el proceso de institucionalización del sistema médico especializado (el cual durante mucho tiempo ha sido desarrollado especialmente por hombres, de clase alta o media y occidentales) se va excluyendo estos conocimientos sobre la salud de las “mujeres sanadoras” o “mujeres expertas”, a partir de un proceso de descualificación y confrontación de sus prácticas. En efecto, todo ello de

la mano de un proceso de normalización y biopolíticas de regulación de la salud (Cabruja-Ubach, 2014, p.382-383).

Igualmente, el enfoque de género es alternativa que revaloriza el rol de las mujeres como constructoras y actoras activas de su propia historia y de su salud. Además, logra abrir un nuevo espacio a su autonomía y a su ejercicio ciudadano. Por consiguiente, esta investigación considera que las mujeres no son objetos sobre los cuales impactan pasivamente las políticas del Estado, sino más bien sujetos activos que gestionan su propio bienestar e inciden en las prácticas de salud de su comunidad (Estrada, 2009, p.108-119).

Dado que se han asignado a mujeres y a hombres diferentes roles en la sociedad (sumados a diferencias biológicas inherentes), se producen perfiles de salud diferentes entre ambos, a lo que se denomina “perfiles epidemiológicos de género”. En este sentido, cada género, clase social y etnia tiene un perfil de salud particular. Esta perspectiva permite dirigir la atención a la relación existente entre la biología y el medio social, la cual se evidencia en situaciones de desventaja o de ventaja de las mujeres frente a los hombres. Dichas situaciones se manifiestan en una sociedad, no sólo en la distribución de la enfermedad en una población en particular, sino en la manera como se promueve la salud, se previene y se controla la enfermedad, se cuida a los enfermos y a los recién nacidos. Además, a nivel de políticas, se observa en los modelos empleados para estructurar los sistemas de salud y la seguridad social (Estrada, 2009, p.108-119).

Las desventajas del perfil epidemiológico de las mujeres en comunidades rurales se expresan de diferentes maneras, tales como: la organización del trabajo a nivel familiar, en la cual recaen muchas más responsabilidades sobre la mujer (lo que impide que ellas descansen en su puerperio). También, el limitado acceso a los recursos que tienen las mujeres de estas comunidades, evidenciado cotidianamente en el estado

de desnutrición que se encuentran en comparación a los demás miembros de su familia. Asimismo, el poco control que ellas tienen sobre su salud reproductiva y lo fácil que les parece a sus familias reemplazarlas al momento de sus muertes (MINSA, 1999, p.175-194).

Para este estudio, la salud es un producto de relaciones dicotómicas entre ser físico y ser psíquico, por un lado; y del mundo social y el mundo político, por otro. Esto significa que la idea de “ausencia de enfermedad” al que se la aproxima a menudo o la idea de “bienestar global” que se promociona no es necesariamente una particularidad de lo viviente¹⁰. La salud es una construcción social, pues es una realidad que varía en el tiempo y según los contextos nacionales o locales. Por consiguiente, la salud es objeto de competencias y luchas entre agentes que se esfuerzan por imponer visiones diferentes sobre lo que es un problema de salud. Esta disputa determina prácticas especializadas, instituciones e ideologías para el tratamiento de los desórdenes del cuerpo y de la mente. Fassin también rescata la categoría de “bio-lógicas” y la define como un conjunto de lógicas sociales que ponen lo viviente y la vida a examen de la política con el fin de ejercer poder, donde el término de “biotecnología” actúa sobre lo viviente y el concepto de “biopolítica” gobierna la vida (Fassin, 2004, p.283-287).

La salud se encuentra presente la relación entre las dimensiones de “objetivación” y “subjetivación” (Fassin, 2004, p.287-300). Por un lado, el autor se refiere a este proceso de “objetivación” como el reconocimiento de una realidad social que forma parte de un registro de salud, el cual no es una simple operación de clasificación por parte de epidemiólogos o economistas, si se toman en cuenta sus consecuencias concretas en la acción. Puesto que cuando un problema es identificado y cualificado, se convierte en objeto de intervenciones por parte de especialistas, el Estado y la sociedad. Por otro lado, el proceso de

¹⁰ Se refiere a lo humano, como forma que dialoga entre la naturaleza y la cultura.

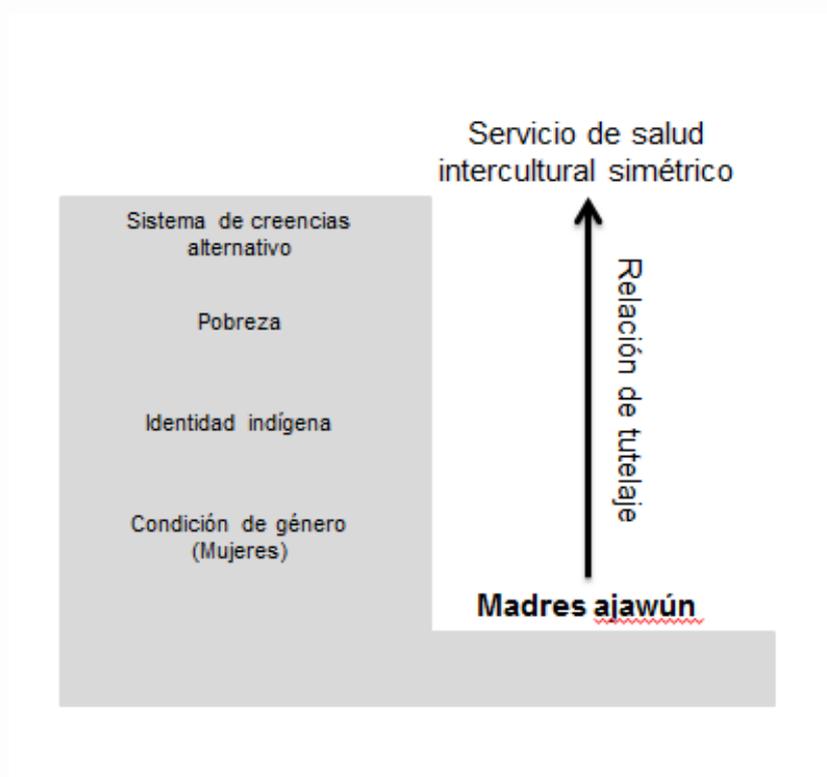
“subjetivación” comprende la traducción subjetiva de estos fundamentos biológicos o evidencias en las representaciones y las acciones. El hecho está que estas dimensiones se encuentran inmersas en juegos de poder y conflictos, con el fin de imponer una visión contra otra.

Con respecto a la dimensión de poder enfocado a la salud, Foucault (1976, p.177-191) desarrolla la Teoría del Biopoder aplicada a las sociedades en las cuales la especie humana se vuelve un desafío para sus propias estrategias políticas. El concepto de “biopoder” es definido como el poder sobre la vida y posee dos modalidades: por un lado, la “anatómico-política del cuerpo humano” cuando diversas disciplinas someten al individuo a procedimientos para garantizar el funcionamiento de la sociedad. Por otro lado, la “biopolítica de la población” se refiere específicamente al control demográfico (fenómenos relacionados con el nacimiento, la enfermedad y la muerte). Este poder es característico de estas sociedades porque su función no se centra en matar, sino en conceder vida.

En relación al concepto de “tutelaje”, la palabra tiene un origen jurídico, referente al derecho de familia. Esta categoría básicamente consiste en una forma de representación para el caso de que alguien se encuentre incapacitado para la representación de sus propios intereses. Entonces, el ejercicio de la tutela genera las figuras del tutor y del tutelado. Como consecuencia, se producen formas de pesimismo cultural, los cuales consisten en señalar las incapacidades de los pueblos antes que una condición humana. Esto último, construye la idea de que la ciudadanía es incapaz de hacerse cargo de sus propios intereses y refuerza la supuesta necesidad de tutela. En este sentido, para ser el tutor de alguien, no se requiere de un especial mérito sino de una reconocida incapacidad del tutelado (Nugent, 2005, p.11-12).

Todo lo anterior contribuye a explicar la situación de desventaja en que se encuentran las madres indígenas awajún de Santa María de

Nieva, así como la manera en que se les brinda el servicio de parto. El siguiente gráfico representa las diferentes capas de desigualdad que se abordan en esta investigación, las cuales deben ser superadas para que las mujeres awajún puedan acceder a un sistema de salud intercultural simétrico y de calidad, el cual debe respetar sus derechos como ciudadanas y aprender de sus particularidades como mujeres indígenas.



Fuente: Elaboración propia

2. Metodología

Para el presente estudio plantea usar la metodología cualitativa de corte fenomenológica, la cual se encuentra enfocada en el análisis de las narrativas y experiencias del sujeto de estudio. Para este tipo de metodología, se usó como herramienta principal de recolección de datos la entrevista a profundidad, lo cual permitió recoger las perspectivas, opiniones y experiencias de los diversos actores entrevistados.

Este enfoque metodológico se basa en los principios de las obras de Geertz: Interpretación de las culturas (1987) y Local knowledge. Further essays in Interpretative Anthropology (1983), las cuales muestran una aproximación hacia la cultura a partir de las experiencias inmediatas e individuales de los sujetos. La cultura desde este enfoque metodológico se entiende no solo como un texto constituido únicamente por símbolos sociales susceptibles de ser descifrados o interpretados, sino que es también un instrumento de intervención sobre el mundo y un dispositivo de poder, que requieren ser explicados (Nivón & Rosas, 1991, p.40-49).

Siendo así, el estudio de la cultura como el análisis de "ideas semiformadas dadas por descontado, nociones indiferentemente sistematizadas que guían las actividades normales de los hombres corrientes de la vida diaria" (1987, p.300). Este método consiste básicamente en "describir y analizar las estructuras significativas de la experiencia... tales como son aprehendidas por los miembros representativos de una determinada sociedad en un determinado momento de tiempo, en una palabra, una fenomenología científica de la cultura" (1987, p.302). Es por esto último que se vuelve pertinente para Geertz la idea del pensamiento como algo público, externo a los individuos y por ello susceptible de ser analizado (Nivón & Rosas, 1991, p. 40-49).

Por consiguiente, la narrativa se usa como estrategia metodológica para acceder a la experiencia del proceso de atención del parto y puerperio compartida por las mujeres awajún y el personal de salud. El análisis de las narrativas de estos sujetos es importante en la medida que estas se convierten en fuentes propias de información acerca de su realidad y en la estructura de sus prácticas, es decir, estos relatos terminan guiando sus acciones.

A pesar de que una de las limitaciones de este método es que muchas veces la experiencia excede a su narrativización, pues algunas

partes se omiten porque tienen escaso significado para el sujeto. También, porque la experiencia es sensitiva y afectiva. Sin embargo, estos retos metodológicos no restan que las narrativas de los sujetos de estudio sean importantes porque son formas de comunicar y dar sentido a las experiencias relacionadas al parto (tanto el dar a luz como atender a una parturienta). Además, se escogió esta metodología porque permite estudiar el discurso desde la misma visión de los protagonistas, pero dentro de un marco temporal que toma en cuenta las experiencias del pasado y sus proyecciones al futuro. De esta manera, se revela un mundo cultural y social, incluyendo roles y relaciones sociales.

Para ello, se realizaron dos visitas a la zona, la primera visita duró una semana en el mes de agosto de 2016. Esto sucedió gracias a que se me presentó la oportunidad de apoyar en un diagnóstico de la zona. Esto último me permitió estar en contacto con actores clave y, en la segunda visita, recaudar información con mayor facilidad por el método de “bola de nieve”. La segunda visita duró 20 días durante el mes de octubre de 2016. El contar con contactos estratégicos fue muy necesario, pues las mujeres awajún tienen un tabú muy fuerte con respecto al tema de la sexualidad y la salud reproductiva. Además, por la particularidad del idioma, en algunos casos se contó con una mujer awajún bilingüe que traducía lo que algunas entrevistadas no expresaban en español.

En la segunda visita se aplicaron entrevistas a profundidad al personal de salud que se encontraba en ese momento en el hospital. Se entrevistaron seis proveedores de servicio de parto institucional, entre ellos obstetras y técnicas enfermeras. También, se acudió al Centro de Vigilancia y Promoción de Nieva, donde se entrevistó a la encargada y a una promotora de salud. Asimismo, se visitó a las cuatro parteras de la zona y se recogió el testimonio de diez mujeres awajún. Estas últimas

proviene de distintos niveles socioeconómicos, desde una autoridad con un cargo estatal hasta una madre de 18 años sin familia ni bien alguno¹¹.

3. La elección del caso emblemático

El caso que se quiere estudiar se ubica en el distrito de Santa María de Nieva, en la provincia de Condorcanqui, la cual se encuentra en el departamento de Amazonas (ubicada en la zona nororiental del Perú). Está en una provincia que limita por el Norte con Ecuador y ocupa el territorio más grande entre las siete provincias que conforman el departamento: Bagua, Utcubamba, Bongara, Luya, Rodríguez de Mendoza y Chachapoyas. La hidrografía de la zona está comprendida por los ríos Marañón, Nieva, Cenepa y Santiago; siendo estos las principales vías de transporte que conectan a todas las provincias de Condorcanqui, ya que solo el distrito de Nieva cuenta con un sistema de carretera que conecta el distrito con otras provincias. La ciudad de Santa María de Nieva se organiza en tres distritos: Nieva, El Cenepa y el Río Santiago. El distrito de Nieva se encuentra ubicado entre el río Nieva, el Domingusa y el Marañón.

En 1984 con la Ley No. 23832, Condorcanqui es reconocida como una provincia por el Estado. Esta cuenta con 43311 habitantes, siendo el 50,35% hombres y el 49. 65% mujeres. Sobre la composición de la población de la provincia según la edad, el 51% se encontraban entre los 0-14 años de edad. El segundo grupo más importante era el de 15-29 años representando el 25,8%, mientras que de 45 a más eran el 9%.

El Censo del 2017 también muestra que la ciudad de Santa María de Nieva estaba conformada por 21 324 habitantes, lo cual representa el 43% del total de población provincial de Condorcanqui. Sobre la composición del tipo de área, se reporta que el 21,88% de esta población vive en zonas urbanas y el 78,12% en zonas rurales. Otra dimensión

¹¹ Para ver el mapa de actores con más detalle, revisar el Anexo 4.

socio-demográfica a considerar es el Estado civil o conyugal pues el 56,56% de la población reporta ser conviviente; el 5,67% casados y el 30,25% solteros (as).

Históricamente, Condorcanqui ha sido una zona ocupada por dos grupos indígenas: los wampis y awajún, los cuales pertenecen al llamado grupo etnolingüístico Jíbaro o Jibaroano. De este último grupo, el más numeroso es el pueblo Awajún, con una población total estimada en 45.137 habitantes localizados fundamentalmente en las cuencas de los ríos Marañón, Cenepa, Mayo, Potro y Apaga. Ellos representan a un 8% de la población indígena de la Amazonía peruana.

Santa María de Nieva es que esta ciudad se caracteriza por ser intercultural; es decir, tiene la complejidad de ser un lugar conformado por habitantes migrantes (de la costa norte y de la sierra norte) y en su mayoría población indígena. Según el INEI (2017), a nivel distrital, el 77,6% de los habitantes de Nieva menciona haber aprendido a hablar con el awajún o awaruna.

Es muy probable que estas cifras vayan cambiando con los años, pues desde el 2015 se ha habilitado una carretera asfaltada que conecta la ciudad con otros centros poblados, por lo que se ha vuelto aún más accesible. En consecuencia, Santa María de Nieva se encuentra conectada por tanto vía fluvial como terrestre, generado un gran flujo de migraciones de “colonos” provenientes de la zona norte del Perú.

La situación de salud de los pueblos indígenas de Amazonas está estrechamente relacionada con la situación de pobreza en que vive la mayoría de los hogares indígenas de esta región. Del total de familias de Bagua y Condorcanqui, el 99,4% son pobres y el 76,6% son pobres extremos (OPS, 2014). En consecuencia, se podría afirmar que una gran parte las personas que residen en esta ciudad no se encuentran con la posibilidad económica de acceder a servicios de salud privados. Esto

último también se debe a que no hay clínicas o policlínicos privados y, por lo tanto, solo están disponibles en ciudades más grandes como Bagua o Jaén.

Con respecto a las condiciones materiales en las que viven los habitantes de la ciudad de Santa María de Nieva, el 77.23% de la población vive sin conectarse a una red pública dentro de su vivienda, así como el 91.55% de viviendas no posee una conexión a la red pública de desagüe. Específicamente, el 72.5% de las viviendas no cuenta con alumbrado eléctrico (INEI, 2017).

Otra particularidad sobre el caso escogido es que Santa María de Nieva es una ciudad intermedia, las cuales se definen por la posición que ocupan y por el rol que desempeñan, no sólo en una sociedad red, sino también dentro sistema económico (Bolay y Rabinovich, 2004). En el ámbito económico, este un centro de producción y venta agrícolas con pequeños negocios que conectan a la economía rural con la urbana. Esto significa que -a pesar de poseer zonas rurales- articula una gran red de comercios, servicios y familias. En consecuencia, esta ciudad cuenta con servicios importantes como hospital, municipalidad, colegios, banco, etc.

Desde el ámbito de los servicios de salud, Santa María de Nieva es un nodo que articula 24 establecimientos de salud ubicados en comunidades más alejadas, de las cuales 18 están categorizados como I-1 y 2 como I-2, 4 como I-3¹². También, esta ciudad cuenta con el Hospital Regional de Nieva que se ubica en el distrito con el mismo nombre. Según los datos del MINSA, hasta el 2013 Nieva contaba con 151 personal de salud entre médicos, obstetras, enfermeras, personal administrativo, entre otros.

¹² El I-1, el I-2 y el I-3 pertenecen al primer nivel de atención, el primero corresponde a un centro o posta de salud que cuenta con atención de un profesional no médico. El segundo se refiere a centros y postas de salud que cuentan con médicos. El tercer rango se refiere a un policlínico que brinda una atención integral de salud.

Acorde con la realidad social de esta ciudad en particular, un aspecto importante es que el Hospital de Santa María de Nieva se encuentra equipado con un área dedicada exclusivamente al parto vertical. En este sentido, este establecimiento juega un papel crucial en las interacciones rural-urbanas porque ofrecen servicios de salud tanto a los usuarios mestizos o indígenas, como a los habitantes locales y de comunidades aledañas. Esto último se debe a que el Hospital de Santa María de Nieva es un establecimiento de clasificación II-1 donde se encuentra laborando personal de segundo nivel de atención. Esto quiere decir que dicho hospital brinda atención integral ambulatoria y hospitalaria en 4 especialidades básicas como: medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría o anestesiología.

En este Centro de Salud se concentra a la red de salud Condorcanqui, la cual tiene como ámbito de responsabilidad operativa a las microrredes de salud de los distritos de Río Santiago, Cenepa y Nieva. Asimismo, esta red de salud se encuentra dentro de la jurisdicción de La Red de Salud Bagua, la cual agrupa a los centros de salud de la Provincia de Bagua, entre otras redes como la Red de Salud Utcubamba. La Red de Salud de Condorcanqui tiene bajo su jurisdicción al 11.76% de la población de la región Amazonas. De esta población, solo el 15% es considerado proveniente de un ámbito urbano; mientras que el otro 85% pertenece a zonas rurales (MINSA, 2011,19).

Otro aspecto que diferencia el caso consiste en que en este lugar el proceso de medicalización del parto es relativamente reciente por ser una zona indígena, rural, pobre y alejada¹³. Como consecuencia, aún hay resistencia por parte de las mujeres indígenas a cualquier tipo de parto institucional. Por esta razón, se han creado Centros de Promoción y Vigilancia Comunal en cada comunidad. Estos centros están a cargo de la Municipalidad y se mantienen en coordinación con el hospital y la red del

lugar. Esta iniciativa tiene como población objetivo a las madres gestantes y niños menores de 3 años, quienes son monitoreados para que asistan a sus controles, vacunas, den a luz en el hospital, etc.

En conclusión, Santa María de Nieva es un caso adecuadamente elegido por su contexto intercultural, es decir, porque sus habitantes son indígenas y colonos de la sierra y costa norte del país. Igualmente, en este lugar se cuenta con un Hospital que brinda el servicio del parto vertical, el cual se encuentra dirigido a una población que no está muy familiarizada con el parto institucional. Además, por ser una zona pobre y alejada no se tiene la posibilidad de acceder a servicios privados, lo que concentraría la demanda y la oferta de servicios de salud. Finalmente, esta ciudad tiene la característica de ser intermedia, es decir, articula una gran red de comercios, familias y servicios, en especial, centros de salud ubicados en comunidades más pequeñas y distantes.

¹³Según la OPS (2014), entre las poblaciones indígenas de Amazonas prima el parto domiciliario en un 82,8% de los casos, mientras que en Condorcanqui la cifra se eleva a un 88,7%.

CAPÍTULO 3: HALLAZGOS

Este capítulo brinda un contexto para entender la problemática de la mortalidad materna en nuestro país, en especial en las zonas rurales. Además, se explicará cronológicamente cómo se llegó a la creación y posicionamiento de la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural, así como las críticas y los aportes de dicha estrategia sanitaria. Para esto, se revisaron fuentes secundarias como encuestas, otras investigaciones y el mismo documento de la estrategia sanitaria.

1. El largo camino de La Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural
 - 1.1. La necesidad de crear estrategias sanitarias para combatir la mortalidad materna

El diagnóstico a continuación permitirá comprender la situación de vulnerabilidad que sufren los pueblos indígenas, evidenciada en las brechas de salud materna-neonatal entre zonas urbanas y rurales¹⁴. Específicamente, se observará la evolución de los indicadores de mortalidad materna, la mortalidad neonatal y en la incidencia de partos institucionales.

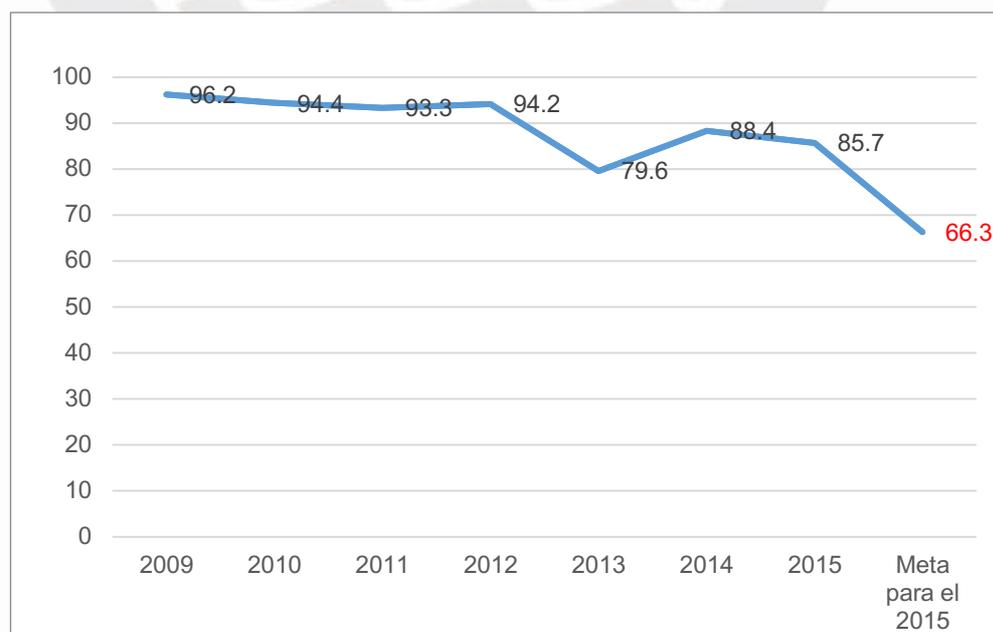
La ENDES (2015) define como muerte materna a “la incidencia de muertes maternas ocasionadas por complicaciones del embarazo, parto o postparto”. Este problema social siempre estuvo presente y sus cifras siguen siendo alarmantes, pues la ENDES (1996) estima que en algún momento llegamos al punto en que “la mortalidad materna fue de 265 casos por cada 100 mil nacidos vivos. Para entonces, el Perú se ubicaba

¹⁴ El 51.2 % de las comunidades nativas carece de algún tipo de establecimiento de salud. Además, una de cada dos comunidades nativas no estaría siendo atendida con estos servicios vitales. (INEI, 2014, IV Censo Nacional Agropecuario. Lima, p.162) Fueron censadas en total 1,113 comunidades nativas.

en el tercer lugar, justo después de Haití y Bolivia, y su razón de muerte materna era 1,5 veces más alta que el promedio de América Latina”¹⁵.

Uno de los indicadores que se usa para medir la muerte materna en el Perú es “Muerte Materna según notificación semanal”, del cual se encarga el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Al obtener este dato y el número de partos por año, se puede estimar la Tasa de Muerte Materna (TMM). La TMM mide el riesgo de morir de una mujer en edad fértil si llegará a embarazarse, siendo la meta estimada para el año 2015 en 66.3 por cada cien mil partos. Desde esta medición, se estima que la cantidad de mujeres que pierden la vida (debido a complicaciones de embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación) disminuyó en 10.5 puntos, entre el periodo 2009-2015, al pasar de 96.2 a 85.7 muertes maternas por cada 100 000 partos. Estos resultados muestran un descenso continuo, aunque todavía se está lejos de la meta planteada por los ODM para el 2015 (66.3).

Gráfico 1: Tasa de Mortalidad Materna, 2009 – 2015 (Por cada 100 000 partos)



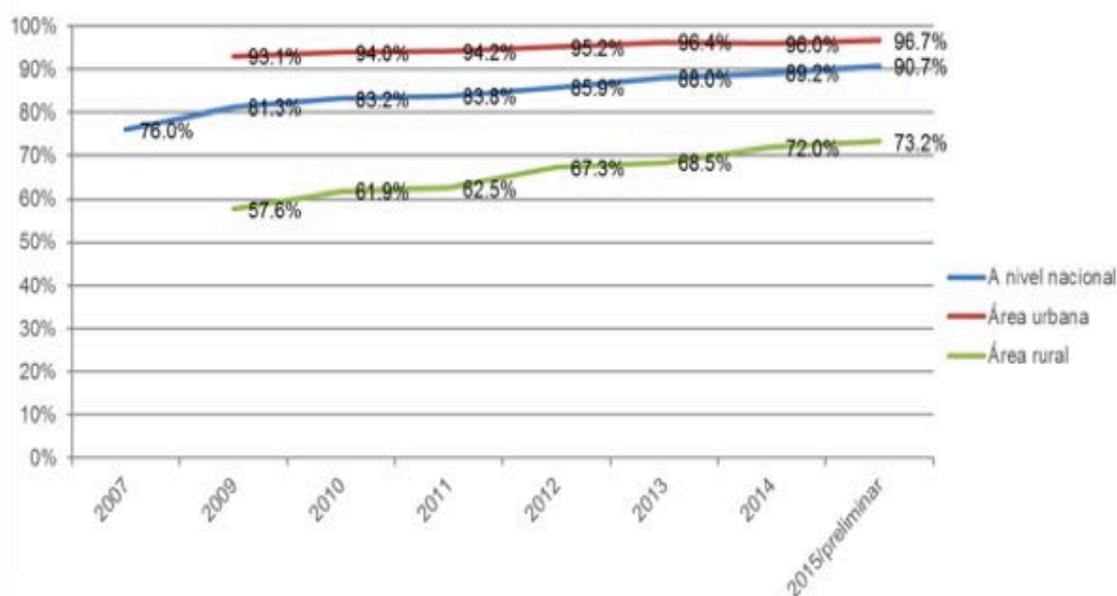
¹⁵ Encontrado en: Programa Estratégico Salud Materno Neonatal S/A, p.5

Fuente: Elaboración propia. En base a los datos publicados por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2009 - 2015)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES (2015) define el parto institucional como “aquel parto atendido en un establecimiento de salud (público o privado) por personal de salud calificado (médico, obstetra o enfermera), en el cual se asume que hay menos riesgo, tanto para la madre como para el recién nacido que con uno domiciliario”. En otras palabras, aumentando la proporción de partos institucionales, se reducirían los riesgos obstétricos tras las complicaciones de un parto.

A nivel nacional, la proporción de partos institucionales fue de 90.7%, mayor en 14.7 puntos porcentuales respecto a lo observado en el año 2007 (76%). Desagregando este indicador, hasta la fecha se aprecia la persistencia de una gran brecha entre los ámbitos urbano-rurales. Para el 2015, dicha brecha se mantiene en una diferencia de 23.5 puntos porcentuales, teniendo el ámbito urbano 96,7% y el rural 73.2%. Si bien del 2009 al 2015 la proporción de parto institucional ha aumentado considerablemente en zonas rurales en 15.6 puntos porcentuales, aún persiste una brecha muy marcada con respecto al ámbito urbano. Esto significa que en el ámbito rural mucha más gente se atiende en servicios de salud con profesionales calificados; por lo tanto, se puede deducir que los intentos por aumentar la cobertura están funcionando.

Gráfico 2: Proporción de partos institucionales del último nacimiento en los 5 años antes de la encuesta (2007-2015)

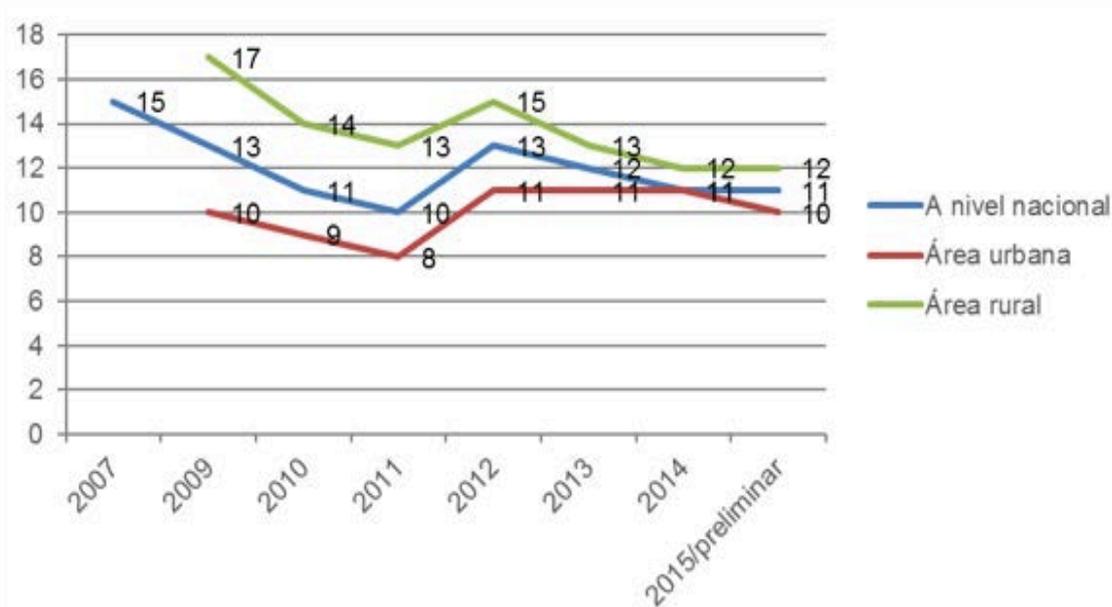


Fuente: Elaboración propia. En base a los datos publicados por la Encuesta Demográfica y de salud familiar- ENDES (2007 - 2015)

Por otro lado, otro indicador utilizado por la ENDES es la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN), la cual mide la probabilidad de morir durante el primer mes de vida por cada mil nacidos vivos. Según la ENDES (2015), a nivel nacional la probabilidad que actualmente tiene un neonato de morir es de 11 cada mil nacidos vivos, menor en 4 puntos respecto a lo observado en el año 2007 (15). Desagregando este indicador, hasta la fecha se aprecia la persistencia una diferencia entre los ámbitos urbano-rurales. Para el 2015, dicha brecha se mantiene en una diferencia mínima de 2 puntos, teniendo el ámbito urbano (10) y el rural (12).

Como se puede observar en el siguiente gráfico, la ENDES (2015) determina que el proceso para llegar a las cifras actuales no fue sostenido, pues hubo un alza entre el periodo 2011-2012 que perjudicó sobre todo al ámbito urbano.

Gráfico 3: Tasa de Mortalidad Neonatal en los 10 años anteriores a la encuesta (por cada 1 000 nacidos vivos) (2007-2015)



Fuente: Elaboración propia. En base a los datos publicados por la Encuesta Demográfica y de salud familiar- ENDES (2007 - 2015)

Las cifras anteriores evidencian la urgencia de estrategias sanitarias que incidan favorablemente en la salud de la población, en especial, de las zonas rurales. Es en este contexto que surge la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical (2005), la cual está focalizada a comunidades indígenas en zonas rurales donde la concepción del parto no está medicalizada y es una costumbre arraigada practicarla en los propios hogares¹⁶.

Esta norma técnica define el parto vertical como “aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pies, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca por delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los

¹⁶ Según la OPS (2014), entre las poblaciones indígenas de Amazonas prima el parto domiciliario en un 82,8% de los casos, mientras que en Condorcanqui la cifra se eleva a un 88,7%. Para incentivar los partos institucionales en esta zona se ha implementado la opción de parto vertical en el hospital de Santa María de Nieva.

traumatismos del recién nacido”. En este sentido, el parto vertical (originalmente indígena) se posiciona como institucional siempre y cuando sea asistido por un personal de salud especializado (obstetra, médico, enfermero, etc.) y se realice en un centro de salud.).

Desde esta investigación, se considera dicha iniciativa como acertada en la medida que apuesta por mejorar la salud de la población indígena y respetar sus prácticas culturales. En efecto, al agregar tratamientos o procedimientos del sistema de salud indígena al servicio que se brinda normalmente en el hospital, estarían disminuyendo los riesgos asociados a un parto domiciliario. Además, produce que el servicio sea mucho más accesible a las poblaciones que no están familiarizadas con el procedimiento del parto biomédico institucional. Por consiguiente, al acercar el servicio a la población se contribuiría al aumento de cobertura de esta zona y se mejoraría la calidad de atención del parto institucional, volviéndolo más inclusivo con las prácticas culturales de las usuarias.

1.2. Cronología: ¿Cómo llegamos hasta las estrategias sanitarias interculturales?

Esta parte de la investigación pretende explicar cómo ciertos sucesos contribuyeron en la creación de un marco normativo y sirvieron de antecedentes para lo que actualmente se está implementando: Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural. Efectivamente, para llegar a esta es necesario desarrollar el proceso que atravesó la inclusión del enfoque de interculturalidad en políticas de salud sexual-reproductiva dirigidas a poblaciones indígenas en zonas rurales. Asimismo, explicar cómo ciertos debates sobre el concepto de “desarrollo” en conferencias internacionales les dieron forma y contenido a las primeras políticas de salud sexual-reproductiva.

Aunque el enfoque de interculturalidad es relativamente reciente, ha pasado por un largo proceso para posicionarse en las estrategias

sanitarias que buscan incluir a la población indígena. En efecto, existieron diversos enfoques aplicados a políticas sociales que también buscaban aportar a solución del problema de la mortalidad materna, el cual siempre fue una preocupación. Sin embargo, la manera en cómo esta problemática fue abordada por el Estado, dependió mucho del contexto y la coyuntura del momento.

En el Perú, el enfoque de la interculturalidad es desafiado por una gran paradoja con respecto a su relación con las políticas públicas, pues este concepto se menciona constantemente en los discursos oficiales como “enfoque transversal” de políticas nacionales y planes sectoriales¹⁷. Sin embargo, no suele concretarse en algún plan de acción que mejore significativamente la atención del Estado a la población indígena. Dado que hay escasa información estadística sobre la magnitud y las condiciones sociodemográficas de la población indígena, la toma de decisiones basadas en evidencia se convierte en todo un reto. Además, no existe un consenso político sobre el valor de la diversidad cultural y sobre qué tan intercultural debería ser la acción del Estado peruano. Esto sucede a pesar de que el Perú es considerado el tercer país con mayor población indígena de América Latina¹⁸ (CEPAL, 2007). Por este escenario, en parte, se puede explicar el limitado alcance de este tipo de políticas públicas en las comunidades indígenas peruanas (Correa, 2011, p. 11-14).

Dentro del marco normativo a nivel internacional, el Estado peruano actualmente se encuentra asociado a convenios y declaraciones internacionales vinculados a la interculturalidad. Entre ellos, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (1989) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas (2007). Es necesario también mencionar el carácter vinculante del Convenio N°

17 Resolución Ministerial N° 638-2006 – Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de DD.HH., Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.

169, pues implica necesariamente la adecuación de sus principios a la legislación peruana y genera obligaciones exigibles para los países comprometidos. Por su lado, este último establece que el Estado está obligado a ofrecer a los pueblos indígenas servicios de salud adecuados, tomando en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, y sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales¹⁹. De igual manera, establece que los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados sin discriminación o exclusión alguna. Además, se propone que los servicios de salud deben organizarse a nivel comunitario; es decir, con la cooperación de los pueblos indígenas en cuanto a su planificación y administración²⁰.

A nivel nacional, La Constitución Política del Perú reconoce, además, los derechos de las personas a la protección de su salud²¹ y a su identidad étnica y cultural²². Asimismo, establece la obligación del Estado de respetar la identidad cultural de las comunidades campesinas y nativas²³. Con respecto al rubro de salud intercultural se encuentra la Ley General de Salud N° 26842, la Resolución Ministerial N° 771-2004 – Creación de Estrategia Sanitaria de Salud de Pueblos Indígenas y la Resolución Ministerial N° 195-2005 – Aprobación del Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Según Correa (2011, p.14), dentro del sistema legislativo peruano se pueden encontrar vacíos y contradicciones con respecto al tema de la interculturalidad, lo cual denota la necesidad de una política clara y coherente. Correa (2011,14) observa que el reconocimiento de la diferencia (de carácter cultural) “aparece subordinado al principio de la

18 El Censo Nacional de 2017 determinó que el 77,6% de los habitantes de Nieva mayores de 5 años son indígenas awajún, considerando su lengua materna.

19 Artículo 25° Encontrado en: informe defensorial N° 169 de la Defensoría del Pueblo.

20 Artículos 24°, y 25.2° respectivamente. Encontrado en: informe defensorial N° 169 de la Defensoría del Pueblo.

21 Artículo 7° Encontrado en: informe defensorial N° 169 de la Defensoría del Pueblo.

22 Artículo 7° inciso 19° Encontrado: informe defensorial N° 169 de la Defensoría del Pueblo.

igualdad de todos los peruanos en la Constitución”. Además, la misma autora señala que existen deficiencias en los códigos vigentes, pues estos no reconocen explícitamente “la diferencia cultural como fuente de derechos específicos”.

Como antecedentes a las políticas sociales de salud con enfoques interculturales, se implementó una política dirigida a población indígena en el ámbito de la planificación familiar: el Plan Nacional de Población 1991-1995. Sin embargo, esta política de salud estuvo concebida, diseñada y orientada a combatir la pobreza, no a brindar un servicio con enfoque de derechos o calidad de atención. Por lo tanto, las acciones de dicha política se enfocaron en zonas urbano-marginales y rurales para evitar que la población de ese sector se reproduzca.

En aquel entonces, los temas centrales en las conferencias internacionales de Bucarest (1974) y México (1984) eran la sobrepoblación mundial y los procesos migratorios. De esta manera, el debate entre ambas conferencias se enfocó en el temor a la sobrepoblación y a la escasez de recursos, lo que posteriormente promovió el control de la fecundidad como política que facilitaría el desarrollo de los países (Galdos, 2013,455).

Desde esta visión se creó el Plan Nacional de Población 1991-1995, el cual estuvo orientado principalmente a la Planificación Familiar con el fin de combatir la pobreza y el subdesarrollo. Para tal propósito, el gobierno de turno recibió ayuda técnica y económica del Fondo para la Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) de los E.E.U.U. y de Nippon Foundation del Japón (Jibaja, 2009).

Este plan tenía como principal objetivo el “reducir la fecundidad mejorando simultáneamente la salud materna”²⁴. Como se pudo observar en la sección Anexo del documento, se sostiene que el crecimiento poblacional -en teoría- debería guardar estrecha relación con la cantidad de recursos naturales disponibles y el cuidado del medio ambiente. En base a esto, el Estado decidió promover políticas de población con el fin de permitir la satisfacción de las necesidades de las generaciones futuras. Para el gobierno de Fujimori, la solución a este problema social significaba controlar el índice de natalidad mediante de la aplicación de una diversa gama de métodos anticonceptivos: hormonales (píldoras, inyectables e implantes), de barrera (tabletas vaginales y diafragma), dispositivos intrauterinos (T de cobre y espiral) y los definitivos: ligadura de trompas (AQV) y vasectomía (Huayhua, 2006, p.5-14).

Posteriormente, por la Defensoría del Pueblo se pudo comprobar en diversos informes²⁵ los atropellos a los derechos humanos cometidos directamente por el personal de primer nivel de atención (médicos, obstetras, enfermeras y técnicos). De esta manera, la agresiva política olvidaba que el problema social de fondo era la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios.

En efecto, hubo muchos problemas en durante la implementación de Plan Nacional de Población 1991-1995. Entre ellos, se criticaba la falta de garantías para la libre elección por la insuficiente consejería previa, la ausencia de un plazo entre la decisión y la intervención quirúrgica, así como el ofrecimiento de estímulos en alimentos. También, se encontró que las campañas de dicho programa estaban destinadas exclusivamente a la ligadura de trompas y a la vasectomía, en vez de promover por igual todos los métodos anticonceptivos. Asimismo, se confirmó que hacía falta seguimiento después de la intervención quirúrgica, pues las ejecutoras del programa (que en muchos casos anteriormente tocaron las puertas de las

24 DS N.°011-98-PROMUDEH (1998-2002)

casas de las potenciales usuarias) no siempre les realizaron el seguimiento domiciliario a las que no regresaban al control post operatorio (a pesar que así lo establecían las normas)²⁶. Además, hubo un mal planteamiento de metas, pues en muchos casos solo establecían mediciones exclusivamente para las mujeres (haciendo este tratamiento diferenciado). De igual manera, se estableció la intención de que todas las usuarias citadas usen anticonceptivos luego de que fueran atendidas por abortos o partos, lo que promovía la vulneración de los derechos al libre desarrollo de la persona.

Paralelamente, durante el tiempo en que esta política se encontraba en implementación, se aconteció la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994). En este evento se rompió con el esquema de las conferencias anteriores, por lo que centraba el debate en el desarrollo de los grupos sociales y de los sujetos individuales como eje de la dinámica de población. Además, se reconoció que las instituciones sociales perpetuaban una posición de desventaja de las mujeres con relación a los hombres, por lo que se realizaba el empoderamiento de la mujer y la mejora de la situación de las niñas. De igual manera, se rescataba el derecho a la salud sexual y reproductiva como una estrategia importante para la reducción de la pobreza, mejora de la salud y la calidad de vida (Galdos, 2013, p.455).

En 1997, la Mesa Tripartita de Seguimiento al Programa de Acción (PA)²⁷, acordado en la conferencia del Cairo, fue conformada e impulsada por organizaciones feministas. Efectivamente, este espacio de diálogo se desarrolló a partir del trabajo y la coordinación de representantes de la sociedad civil, del gobierno como el MINSA y los organismos internacionales como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, con

25 Informes Defensoriales N° 7, 25, 27 y 69

²⁶ Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV, op. cit., p. 35. Encontrado en: Informe Defensorial N°7

²⁷ “El PA es un conjunto de recomendaciones con las cuales se comprometieron los Estados y cuya aplicación sería enmarcada en el derecho soberano de cada país” (Galdos, 2013, p.455).

el objetivo de impulsar la implementación del PA. Sin embargo, este espacio de concertación entre Estado y sociedad civil se truncó y sus ideales nunca pudieron ser efectuados. Esto último se debió a que la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres invalidó la posibilidad de continuar trabajando, pues se negaba lo esencial del PA: el derecho de cada persona a decidir sobre su cuerpo y su reproducción (Galdos, 2013, p.456).

Tan pronto como este contexto de acusaciones de estilizaciones forzadas se tornó un asunto de justicia, de reparaciones y de derechos humanos; se dejó de lado la iniciativa de que esta experiencia formara parte de un nuevo comienzo o de una guía para la reforma política en la calidad de servicios de salud reproductiva en mujeres.

Es en esta coyuntura que el pedido de servicios interculturales surge (inmediatamente después a la renuncia de Alberto Fujimori), cuando Valentín Paniagua asume la Presidencia de la República de manera transitoria en el 2000. Este gobierno transitorio intenta generar las condiciones para un próximo proceso electoral democrático y transparente. El primer ministro del gobierno transitorio, Pérez de Cuéllar, presentó su discurso al Congreso de la República sobre las principales prioridades y acciones se iban a llevar a cabo hasta convocar elecciones. En aquel discurso, se expuso la necesidad de cambiar el enfoque de lucha contra la pobreza que tenía que ser abordado desde un enfoque integral (Arámbulo, 2013, p. 87-88).

En el 2001, al abrirse el diálogo con la sociedad civil, Paniagua se reúne con una delegación de 29 indígenas Asháninka y Nomatsiguenga quienes formaban parte de la organización regional de AIDSESP. Esta reunión tenía como objetivo el informar sobre la situación y los problemas que afectaban la amazonia en general, en especial la selva central. Producto de este acontecimiento, se crea la Comisión Especial

Multisectorial²⁸ para solucionar ocho temas prioritarios relacionados a los pueblos indígenas y la Comisión Indígena Nacional Amazónica (CINA). De esta manera, se conformó la Mesa de Diálogo y Cooperación para las Comunidades Nativas²⁹, la cual trabajó en un Plan de Acción para los Asuntos Prioritarios para las Comunidades Nativas.

Paralelamente a la Mesa de Diálogo y Cooperación para las Comunidades Nativas, aparece la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza (MCLCP)³⁰ como un espacio de articulación entre el Estado y la Sociedad Civil. Ambas instituciones significaban el respaldo y compromiso del gobierno transitorio por garantizar una democracia donde se reconocía el valor de la sociedad civil como un interlocutor y actor social relevante para el alcance efectivo de objetivos comunes (Arámbulo 2013, p.87-88). El Decreto Supremo 015-2001-PCM el primer documento oficial donde aparece por primera vez la noción de “interculturalidad”. Aunque este término surge desde el tema de la educación, también se plantea la necesidad de adecuar culturalmente el servicio de salud. Concretamente, se afirma que “se tendrá en cuenta la posibilidad de integrar la medicina tradicional indígena con la medicina tradicional de origen científico”.

Al cumplirse el segundo milenio, los representantes de 191 países (incluido Perú) se comprometieron a luchar contra distintos problemas que afectaban el desarrollo de la humanidad. Estos compromisos son conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Es así que, en los últimos años, la nueva gestión pública (desde el enfoque de GpRD) ha ido recogiendo y agregando las metas planteadas en los ODM para incluirlas directamente al valor público (entendido como cambios observables y medibles). De esta manera, el Estado busca responder a las demandas sociales, lograr calidad de vida en la sociedad y

²⁸ DS No. 015-2001-PCM Encontrado en: http://www.servindi.org/pdf/DS_015PCM.pdf

²⁹ DS 072-2001-PCM

³⁰ DS 001-2001-PROMUDEH

perfeccionar la toma de decisiones (García López y García Moreno, 2010, p.6; Arámbulo, 2013, p.71-74).

Los ODM se encuentran presentes de manera transversal en muchas estrategias que buscan promover el desarrollo en el país. Actualmente, es posible observar en documentos oficiales, la voluntad política del Estado de asumir estas metas internacionales. Estos objetivos, guardan una relación que promete garantizar resultados óptimos sin afectar los derechos de las personas. En el ámbito del sector salud, se pueden identificar en los documentos que emite el MINSA cuatro metas que están vinculados directamente con los ODM. Entre ellos, se plantea la mejora de la salud materna, cuya meta sería reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, teniendo como indicadores clave: la Tasa de mortalidad materna y la incidencia de Partos con asistencia de personal sanitario especializado (partos institucionales); los cuales, como ya se mencionó anteriormente, en la actualidad se encuentran en vigencia.

Esta lógica que relaciona el parto institucional con la mortalidad materna-neonatal se encuentra detallada en las investigaciones del Proyecto 2000³¹. Este proyecto fue un esfuerzo financiado por USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) a través del contrato 527-0366-C-5049-00 suscrito con Pathfinder International (Institución de Cooperación Técnica Internacional en Salud, sin fines de lucro) para promover la agenda salud materna-neonatal y contribuir a la reducción de la mortalidad materna perinatal e infantil. Para lograr esto último, se trabajó conjuntamente con el MINSA con el fin de implementar una serie de estrategias orientadas a incrementar el acceso de la población a los servicios prenatales y de parto institucional; así como también, a mejorar la calidad de dichos servicios.

³¹ Encontrado en: MINSA (1999) Mujeres de Negro: La Muerte Materna en Zonas Rurales del Perú

Es en este contexto que se establece la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva³² (2004), tomando en cuenta los ODM y la reunión técnica con las Mesas Departamentales de Concertación de Lucha contra la Pobreza (conformada por población civil, funcionarios estatales y consultores del Proyecto 2000). Dicha estrategia tiene como propósito: mejorar la salud sexual y reproductiva de la población peruana concentrando el mayor esfuerzo en la reducción de la mortalidad materna y perinatal. Entre los objetivos planteados se busca “mejorar la calidad de los servicios de atención materna para facilitar el acceso a la atención prenatal reenfocada y a la atención institucional calificada del parto y del recién nacido, haciendo uso de la adecuación cultural”.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es la responsable de conducir el diseño y ejecución del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 – 2015³³, el cual tiene por finalidad contribuir a modificar sustancialmente en el país los indicadores negativos relacionados a la muerte en mujeres por embarazo, parto, puerperio y perinato, especialmente de los sectores vulnerables de la población nacional. Este plan, financiado por la Cooperación Internacional, tiene como objetivo el establecer las pautas que deberán cumplir las diferentes instancias del MINSA, las DISA y DIRESA, las redes y microrredes, así como sus respectivos establecimientos a nivel nacional (MINSA, 2009, p.1-15).

El carácter innovador de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva radica en su iniciativa multisectorial, pues reconoce la importancia de diversos actores para la reducción de la mortalidad materna a nivel nacional. Además, se propone coordinar esfuerzos en diferentes niveles (nacional, regional y local), apoyándose en los enfoques de participación social y de descentralización. De tal manera que convergen diversos elementos como el compromiso político,

³² Establecida el 27 de Julio de 2004 con RM N° 771-2004/MINSA

la inversión en el sector salud, el desempeño del sistema de salud, los derechos humanos, sexuales y reproductivos, las características culturales e histórico-sociales del país, el enfoque de género, el abordaje multisectorial, el empoderamiento social y el involucramiento del sector privado (MINSA, 2009, p.10-12). De igual forma, se abordan los enfoques de derechos humanos, género, interculturalidad y el de determinantes sociales: familia y comunidad³⁴, a fin de asegurar que los servicios de salud que se brindan sean accesibles y de calidad (MINSA, 2009, p.33-39).

Es entonces que se crea la Norma Técnica para la atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (2005) como parte de la Estrategia Sanitaria Nacional. La versión del 2005 de dicha norma establece el protocolo médico de atención del parto en contextos interculturales, incluyendo a la población indígena. El objetivo de entonces era estandarizar la atención del parto vertical, cuyos métodos son parte de las costumbres de muchas mujeres indígenas en todo el Perú. De esta manera, se intentaba responder a la necesidad de adecuar culturalmente la oferta de los servicios y así acercar a la población, con el fin último de contribuir al incremento de la incidencia del parto institucional y a reducir las complicaciones obstétricas que ocasionan la muerte materna (MINSA, 2005, p. S/N).

Actualmente, la versión vigente de la estrategia sanitaria cambia ligeramente su nombre por “La Norma Técnica de salud para la atención del Parto vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural” (2016)³⁵, la cual tiene como objetivo el establecer los

³³ RM N° 195-2005MINSA

³⁴ Enfoque que reconoce a la familia y a la comunidad como actores clave para la prevención y la disminución de la mortalidad materna y perinatal, pues estos son los primeros en reconocer los signos de peligro en una gestante y en tomar o no la decisión de buscar ayuda. Este enfoque se encuentra asociado a dinámicas sociales relacionadas con la toma de decisiones, el rol de la mujer, así como la disponibilidad y el manejo de recursos.

³⁵ Decreto Supremo N° 007-2016-SA, Norma Técnica en Salud N° 121-MINSA/DGIESP V.01 2RM N°828-2013/MINSA aprobada por la Norma Técnica en Salud N° 106-MINSA/DGSP

criterios técnicos para el manejo estandarizado y de la calidad en la atención integral de parto vertical en el marco de los derechos humanos, basado en las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural. Mientras, la finalidad última de dicho protocolo es contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto vertical en todas las gestantes a nivel nacional siendo el ámbito de aplicación zonas urbanas, urbanas marginales y rurales (MINSA, 2016, p. S/N).

1.3. La Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural

A continuación, se presentará la Norma Técnica para la atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural en sus dos versiones publicadas en el 2005 y el 2016. Esto último con el fin de realizar un balance entre ambas, es decir, qué cosas han cambiado o se han mantenido en el documento protocolar hasta la actualidad. De igual manera, se hará una crítica, resaltando los respectivos aciertos y debilidades de dicha estrategia sanitaria.

Aunque la primera versión de dicha normativa sanitaria tuvo una fuerte iniciativa de incluir el enfoque de interculturalidad y a la población indígena, esta careció de indicadores de evaluación que midan el bienestar, la calidad del servicio, el reconocimiento cultural o la satisfacción del usuario. Puesto que solo se estaba tomando en cuenta la Tasa de Mortalidad Materna, la Tasa de Mortalidad neonatal y la incidencia del parto institucional para atribuirle efectividad. Entonces, no había evidencia del impacto de la implementación de este protocolo por sí solo ni en qué medida este último contribuyó a los indicadores antes mencionados, ya que estos últimos abarcaban muchas variables que en conjunto han influenciado a su incremento. Esto último cambia con la

versión del 2016; ya que se crean indicadores de resultado, proceso e impacto con el fin de evaluar la estrategia sanitaria. Esta información es reportada a nivel local de manera mensual; a nivel regional, cada trimestre y a nivel nacional, una vez al año (MINSA, 2016, p.28-31).

De igual manera, en ambas versiones de la normativa no existe consenso sobre qué tan intercultural es o debería ser el servicio, pues al parecer lo dejan al criterio de la gestante al afirmar que ella puede decidir sobre la posición de su parto, siempre y cuando no esté en condiciones médicas que exijan lo contrario³⁶. Esto último es positivo en la medida que fomenta el empoderamiento y participación activa de la mujer en su alumbramiento. No obstante, por muchos años –hasta la publicación de la última versión del protocolo- existió el riesgo de que este procedimiento médico, al no encontrarse monitoreado, deje muchos vacíos con respecto a la manera en que se está implementando.

En ambas versiones cabe resaltar la promoción de un formato innovador, el cual muchos años después se convierte en un insumo para reportar y monitorear los partos verticales. Esta ficha es el Plan de Parto, el cual resulta ser un registro de información sobre el proceso de atención de la gestante con el fin de promover el parto institucional.

“El establecimiento de salud debe propiciar que la mujer andina y amazónica exprese su voluntad con respecto de la posición en que desea se le atienda durante el parto, a través del desarrollo de un Plan de Parto... Las contraindicaciones para la atención del parto vertical son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación cesárea.” (MINSA, 2005, p. 18-19)

Esta guía contiene los datos de afiliación de la gestante, la fecha probable de su parto, el establecimiento en que realiza sus controles prenatales, los resultados de sus análisis médicos, el lugar dónde dará a luz, la posición en la cual dará a luz, el medio de transporte disponible en su comunidad, las personas que le ayudarán en caso de ser trasladada o

de necesitar sangre y la posibilidad de hacer uso de la casa de espera (MINSA, 2005, p.16; MINSA, 2016, p. 34-39). Esta herramienta resulta útil para organizar y movilizar los recursos familiares de la paciente para su atención oportuna de emergencias obstétricas. En especial, en las zonas rurales y pobres del país, pues estas presentan condiciones que ponen en especial riesgo la vida de las mujeres durante el proceso de embarazo, el parto y el puerperio.

Asimismo, ambas versiones de la estrategia sanitaria promueven activar mecanismos de prevención en dos niveles de recursos, los cuales son claves para prevenir las muertes maternas-neonatales: el doméstico y el comunal local. El primero consta de organizar a las familias para conseguir dinero en efectivo de manera rápida frente a una emergencia obstétrica. Entonces, los ahorros, los animales, las tierras, ciertos productos, etc. son clave para costear medios de transporte necesarios para los traslados de la paciente, comprar medicamentos, pagar atención médica y asegurar el acompañamiento de la paciente por algún familiar.

Mientras, los recursos comunales son aquellos medios que facilitan la conectividad y la comunicación (por ejemplo: carreteras o vías de acceso rápido, medios de transporte (autos o chalupas), teléfono, radioteléfono, altoparlante, etc.), los cuales son esenciales en casos de traslados (MINSA, 1999, p.11-32). Por ello, la versión actual de la norma técnica incentiva a los establecimientos de salud tener disponibles y operativos ciertos mecanismos de prevención para las emergencias obstétricas como: la organización de las redes comunales para las referencias/contrarreferencias, los medios de comunicación y de transporte³⁷ (MINSA, 2016, p.40-43).

³⁶ RM 668-2004/MINSA. Encontrado en: La Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural (2005, p. S/N).

³⁷ Siguiendo con la lógica del enfoque de recursos, lo anterior correspondería a los recursos a nivel del sistema de salud, los cuales son todos aquellos que influyen directamente en la capacidad que tiene un centro de salud para resolver una crisis obstétrica. Esto quiere decir que el establecimiento de salud presente en las localidades debe contar con personal calificado,

“Implementar acciones de vigilancia comunitaria con enfoque territorial de acuerdo al Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad que permita: A) Coordinar con las autoridades regionales y locales para contar con medios de comunicación (celulares y radios), así como el transporte en camilla artesanal. B) Coordinar y promover un plan para la donación de sangre en caso de emergencias obstétricas mayores. C) Operativizar los comités de evacuación de emergencias obstétricas comunales.” (MINSA, 2016, p.42)

Con respecto a los recursos humanos, la estrategia sanitaria resalta la importancia de la aplicación del enfoque de interculturalidad al servicio que dan los proveedores de salud. No obstante, en la versión del 2005 del documento técnico no se menciona acciones concretas con respecto a la actualización o capacitación del personal sobre esta normativa o sobre temas de interculturalidad en general. Esto último tampoco es tomado en cuenta como un criterio en la contratación de los profesionales que atienden en puestos ubicados en comunidades indígenas. Inclusive, se mencionan los perfiles o carreras que se necesitan para atender este tipo de servicios: médico gineco-obstetra, médico general, pediatra, obstetra, técnico, etc., sin ninguna mención relacionada al enfoque de interculturalidad (MINSA, 2005, p.17).

En cambio, en el protocolo del 2016 esto último cambia, pues se exige contar las 24 horas al día con profesionales de la salud que se encuentren capacitados en parto vertical y que respeten las costumbres locales. Además, se explican cuatro tipos de modalidades de actualización a los proveedores del servicio en temas interculturales y en la atención del parto vertical: pasantías en otros establecimientos de salud, talleres regionales o locales, capacitaciones durante el servicio, así como la incorporación de dichos temas en el plan de estudios de las universidades e institutos que enseñen especialidades vinculadas a la atención del parto (MINSA, 2016, p.41).

“Para la atención del parto en posición vertical cada establecimiento de salud debe contar las 24 horas del día con profesionales de la salud como: médicos, gineco obstetras, médicos cirujano u obstetras capacitados en parto vertical y que respeten las costumbres y creencias de la población en los casos que amerite.” (MINSA, 2016, p.41)

Hay que reconocer que también se hace un hincapié muy fuerte con respecto a la mejora del trato hacia la paciente en ambas versiones. De esta manera, se resalta que el personal de salud debe contar con ciertas habilidades que permitan establecer una relación de confianza y seguridad con la gestante y sus familiares. Por ejemplo, se recalca que los proveedores de salud deben brindar a la usuaria una cálida bienvenida, explicar los procedimientos de manera sencilla, respetar sus prácticas culturales, permitir ser atendidas en todo momento junto a un acompañante (partera, madre, pareja, etc.) que la apoye al momento del parto, explicar el consentimiento informado en caso de ser referidas, etc. (MINSA 2005: 17-19). Incluso, en la última versión del protocolo se profundiza mucho en el tema del empoderamiento de la mujer, pues se busca dar protagonismo a la paciente en su parto, brindándole la capacidad de elegir la manera en que quiere dar a luz (MINSA, 2016, p.8-13).

Otro elemento que influye en la calidad de atención del parto, es la manera en que los proveedores de salud manipulan el órgano sexual de la paciente. En especial durante el examen vaginal, el cual es un procedimiento médico muy importante porque brinda información fundamental sobre el proceso del alumbramiento y, a la vez, resulta ser muy perturbador para la usuaria del servicio. En ambas versiones del protocolo se explica detalladamente que esta táctica debe hacerse las veces que sea estrictamente necesaria, explicando prudentemente la razón de la misma, con la confianza de la parturienta y su acompañante. Incluso, en la versión del 2016 se menciona que solo se pueden hacer estos exámenes en momentos muy específicos durante el trabajo de

parto y citando a la OMS se recomienda hacer cuatro tactos como máximo. Asimismo, en la versión actual se prohíbe hacer ciertos procedimientos de rutina por ser considerados innecesarios, incómodos y científicamente descartados, pero que todavía se practican en la medicina biomédica occidental como, por ejemplo: el rasurado púbico, el enema, la restricción de alimentos y líquidos, entre otros (MINSAL, 2005, p.20, MINSAL, 2016, p.11).

“[Examen vaginal] Solo debe ser realizado por personal de salud capacitado...Tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando el porqué de los mismos y ganarse la confianza de la parturienta y familiares, ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento.” (MINSAL, 2005, p.20)

De igual manera, se recomienda que, para el manejo del dolor de la parturienta, el personal de salud debe proporcionar apoyo emocional en todo momento, en cooperación con el acompañante de la misma. Además, los proveedores del servicio deben dejar que la mujer se exprese con total libertad, ayudándole a relajarse con masajes (MINSAL, 2005, p.20-21). Incluso, en la versión más actualizada se recalca que no se deben dar órdenes innecesarias e irrespetuosas, pues pueden resultar frustrantes y ofensivas para la parturienta (MINSAL, 2016, p.17).

También, se recomienda tener disponibles plantas medicinales locales al momento del parto y se asegura que el personal de salud debería conocer la acción de algunas hierbas para prevenir el consumo de aquellas que sean dañinas o tóxicas (MINSAL, 2005, p.20). El problema con esto último es que no explican cómo precisamente se va a lograr. En todo caso, quedaría a criterio de cada proveedor de salud investigar al respecto o recomendar este tipo de tratamiento. Aunque en el anexo 2 de la versión del 2005 se pueden encontrar un listado de plantas tradicionales y sus respectivas propiedades, no es suficientemente amplio como para abarcar toda la variedad de hierbas que se usan actualmente a nivel nacional, en especial aquellas pertenecientes a zonas de la selva.

Asimismo, un listado de hierbas también aparece en la versión del 2016 en anexo 9; sin embargo, este es muchísimo más breve.

En ambas versiones del documento técnico se sugiere que en el momento de la expulsión de la placenta se usen técnicas tradicionales que faciliten este proceso, por ejemplo: soplar una botella, amarrar el cordón umbilical al pie de la paciente para que la placenta no se meta de nuevo, provocarse náuseas con el objeto de provocar un esfuerzo, etc. Luego, el personal de salud debe entregar la placenta al acompañante de la parturienta para que se pueda disponer de esta, según sean sus costumbres, a excepción de que signifique un factor de riesgo de contaminación como en el caso de que la paciente sea VIH-SIDA positiva (MINSA, 2005, p.21; MINSA, 2016, p.20-21).

“El personal de salud debe preguntar a los familiares si se desean llevar la placenta, respetando el destino final de la misma, de acuerdo a sus costumbres; salvo situaciones en que la placenta constituya un factor de riesgo de infección (VIH – Sida, infecciones de transmisión sexual u otras)” (MINSA, 2005, p. 21)

Durante el puerperio se aconseja brindar comodidad a la madre, ubicándola en una habitación junto a su acompañante y el resto de su familia. Asimismo, se aconseja que este espacio se encuentre ambientado y equipado de acuerdo a la realidad local. Por ello, es necesario hacer transformaciones en el establecimiento a nivel de infraestructura como, por ejemplo: cambiar el color de las paredes y las cortinas, proporcionar un sistema que mantenga el ambiente con una temperatura amigable, colocar una luz tenue, etc.

Con respecto al equipamiento, se aconseja el suministro de sillas, camillas, sogas o algún aparato instalado en el techo en el cual la parturienta pueda sostenerse (MINSA, 2005, p.17-25; MINSA, 2016, p.21-25). En la versión del 2016, este último tema es tocado con mucha más precisión, detallando casos de establecimientos de salud en Lima y provincias donde se aplicaron estos cambios (MINSA, 2016, p.16). De

esta manera, los establecimientos de salud no resultarían ser tan ajenos a la realidad de las usuarias, lo que promovería su asistencia a los controles prenatales correspondientes e influenciaría en la decisión de tener un parto institucional.

Según la versión del 2016, es obligatorio tener especial cuidado con la paciente durante las primeras 24 horas post-parto, ya que en este periodo ocurren el 50% de muertes maternas consecuencia de hemorragias (MINSA, 2016, p.21). Mientras dure el periodo de puerperio, el protocolo del 2016 obliga a que la madre y su acompañante reciban información clara y en su idioma respecto a ciertas prácticas saludables como el lavado de manos, lactancia materna exclusiva, técnicas de amamantamiento, métodos anticonceptivos, vacunación del recién nacido, etc. Asimismo, finalizado el servicio, se le debería aplicar una encuesta de satisfacción a la usuaria (MINSA, 2016, p.23-24)

Un aspecto interculturalmente desfavorable en ambas versiones de la norma técnica es que se legitima el parto vertical en la medida que sus beneficios son comprobados científicamente, tomando solamente el enfoque de la medicina occidental (MINSA, 2009, p.2, MINSA, 2016, p.13-25). En el anexo N° 2 de la última versión de la norma técnica se hacen referencias históricas a nivel mundial, sin mencionar ningún aspecto de la cultura peruana en la actualidad. En esta parte del documento se relaciona la medicina indígena y sus prácticas culturales como parte de creencias ancestrales, tradicionales y estáticas en el tiempo. En consecuencia, la idea que se maneja sobre la medicina indígena es exotizante y deslegitimadora. Incluso, existe un anexo N° 4 llamado “Los mitos y verdades de la atención del parto en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural” (2016, p.60-61), en el cual se narran distintas prácticas culturales de manera aleatoria, sin mencionar a qué población indígena en específico pertenecen. De manera, esta sección advierte a los proveedores de salud mantenerse al tanto de “las

ideas y leyendas ancestrales con respecto al tratamiento de enfermedades que todavía algunas mujeres de las zonas alto andinas y amazónicas mantienen” (MINSA, 2016, p.61).

Desde el enfoque de interculturalidad propuesto por AIDSESP, se rechaza totalmente este tipo de justificaciones o afirmaciones. Se requiere un esfuerzo y necesidad de descolonización por parte del sistema de salud público, ya que no puede haber interculturalidad si se sigue creyendo que sólo la sociedad occidental produce conocimientos y que los pueblos indígenas producen saberes que necesitan ser validados desde su perspectiva. Por consiguiente, lo ideal sería que la salud intercultural tome lo mejor del sistema médico occidental y de los sistemas de salud indígenas con el fin de diseñar un nuevo sistema que permita la articulación de ambos, sin que esto implique la desaparición de las culturas subalternas (Rengifo, 2015, p. 15-22).

Finalmente, en ambas versiones del protocolo no hay especificación a qué población se dirige, es demasiado general. No se menciona a ninguna población indígena en particular; incluso ni siquiera se toma en cuenta la palabra “indígena”, pues sólo se habla a nivel nacional de las “mujeres andinas y amazónicas”. En este sentido, resulta paradójico que una estrategia sanitaria intercultural intente incluir a comunidades indígenas, si es que ninguna es mencionada en lo absoluto. En la versión anterior sucede lo mismo, ya que sólo se habla de que la población objetivo pertenece a la sierra y selva. De esta manera, se estaría invisibilizando u homogeneizando la población a la que esta norma busca llegar.

Se concluye que los respectivos aciertos mencionados anteriormente no se llegan a abarcar todos los elementos que comprometen una relación intercultural simétrica, pero igualmente son fundamentales para el aumento de la cobertura y la mejora en la calidad de atención. Efectivamente, lo fundamental sería que, al ejecutarse estos cambios en

el protocolo de parto, se realice una transferencia de poder e iniciativa desde el personal a las usuarias, lo cual sería positivo para mantener una relación más simétrica durante la atención del servicio.

2. Desde el personal de salud, el servicio de parto vertical institucional

Para el presente estudio, las políticas suelen tener efectos que sobrepasan los diseños e intenciones de sus creadores, ya que una vez fundadas y efectuadas estas entran en una compleja dinámica de interacción entre varios agentes, actores e instituciones. (Shore, 2010, p. 29-36; Berthin y Espinoza, 2010, p.1-3). Por ello, se ahondará en las condiciones laborales y las circunstancias materiales de los proveedores de salud del Hospital Santa María de Nieva. Además, se explicará la forma en que el personal de salud concibe a sus pacientes con el propósito de explicar el tipo de relaciones que mantienen con las usuarias del servicio.

Estos factores son fundamentales porque pueden limitar o facilitar la efectividad con la que se está implementando la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical. Adicionalmente, dichos aspectos influyen significativamente en la capacidad resolutoria del Centro de salud, es decir, en la capacidad que tiene este establecimiento por resolver emergencias o complicaciones obstétricas eficazmente.

2.1. Condición laboral de los proveedores de salud

Según Foucault (1994), todas las sociedades confrontan su propio proceso de reproducción humana (nacimiento, enfermedad y muerte) de maneras distintas. Lo particular entorno a las sociedades modernas se centra en el desafío que representa la reproducción de la especie humana para sus propias estrategias políticas. Como consecuencia, en sus biopolíticas se destinan muchos recursos (culturales, religiosos, económicos, sociales, etc.) con el fin de asegurar la perpetuación de la vida.

A nivel local, que un servicio de salud sea intercultural solo contribuye en parte a mejorar la calidad de atención, mas no resuelve por completo el problema de las emergencias obstétricas. En este sentido, si bien la interculturalidad es importante por ser una manera de acercar el servicio a los usuarios, hay otros factores que influyen o limitan fuertemente en la capacidad resolutive de un hospital. Entre ellos, se encuentran las condiciones materiales en la que trabaja el personal de salud.

Tanto en ámbitos urbanos como rurales se presentan emergencias obstétricas, lo crucial es la disponibilidad de ciertos recursos para resolverlas. Es por ello que las zonas rurales y pobres del país se encuentran en condiciones adversas que ponen en especial riesgo la vida de las mujeres durante el proceso de embarazo, el parto y el puerperio (MINSA, 1999, p.11-32). Entonces, no todo depende de la voluntad o agencia del personal de salud, pues bajo ciertas condiciones su trabajo se vuelve casi imposible de realizar, más aún si se intenta brindar un servicio de calidad y con enfoque de derechos.

Los recursos salud considerados por el MINSA como fundamentales para que un establecimiento pueda resolver una crisis obstétrica son los siguientes: personal calificado, agentes comunitarios, equipamiento adecuado, disponibilidad para atender a los usuarios, medicamentos, medios de transporte y comunicación (1999, p.11-32).

Para que el Centro de Salud tenga a su disposición personal calificado en parto vertical, son necesarias las capacitaciones de acuerdo a la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical. Sin embargo, ningún personal de salud entrevistado afirmó haber recibido alguna capacitación durante su estancia trabajando en el Hospital de Santa María de Nieva.

“Todavía no he recibido capacitaciones. Es que eso de las capacitaciones depende mucho de que haya dinero destinado a eso. Sí pues, porque no hay fondos para eso.” (Jovana, obstetra)

Esto último es un aspecto preocupante, pues Santa María de Nieva es una ciudad donde históricamente predomina la población awajún, wampis y, en una minoría, la mestiza. Por consiguiente, existe la necesidad real de un servicio de salud intercultural que respete los derechos de estas mujeres indígenas, incluyendo sus prácticas culturales. Se supone que la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical se encuentra implementada hace más de 15 años, pero sin contar con personal capacitado o especializado en el tema.

Si bien todos los conocimientos que las obstetras aplican al momento de atender un parto vertical se deben a la experiencia que ellas tienen por el tiempo que llevan trabajando con la población awajún, esto no es suficiente para poder brindar un servicio intercultural positivo. Dado que el no tener capacitaciones para poder brindar un parto intercultural dificulta que tengan una mayor apertura a las concepciones de los usuarios, destreza en sus prácticas culturales y un trato más horizontal.

“¿Capacitaciones? Mmm... no. En mis 10 años que llevo trabajando no. Aprendí a atender con el tiempo. Uno sabe de la teoría y las fotos, pero en la práctica es así. Así aprende uno aquí (Lourdes, Obstetra)

Por el contrario, en el caso del personal de salud awajún que se encuentra disponible en el hospital, la situación es diferente. Esto se debe a los conocimientos que ellos ya poseen sobre la cultura de su comunidad. Asimismo, el trato que ellos dan es más horizontal en comparación al resto de los proveedores de salud. Además, ellos tienen mayor apertura para conversar con los especialistas indígenas de la zona, como las parteras. De esta manera, ellos trabajan como puente y traductoras entre las usuarias y las obstetras. Esto último se evidencia, por ejemplo, en las habilidades que Amelia (técnica awajún) tiene para atender partos verticales institucionales.

“Ahora último una gestante primeriza quería dar parto. Entonces, no quería que le veamos en camilla horizontal. Entonces lo que yo

hice es que tuve que ser yo como la partera. Tenía que ponerse la chica en cuclillas y yo detrás de ella. Entonces, yo siento clarito que el canal, cuando entra el bebé, las piernas entre la columna parece que se abre. Y yo lo siento porque yo tengo la rodilla acá [en el coxis de la usuaria]. Entonces, yo le digo a la licenciada: “¡licenciada, ya viene!” para que coja al bebé y no caiga. Ella estuvo ahí. La niña [usuaria] quiso chorrearse, se dejaba como desmayándose. Entonces, yo tuve que ser fuerte y agarrarla de acá [la barriga]. En eso le presiono y salió rapidito...Pero ella misma [la obstetra] no puede atender un parto, no puede ayudar en vertical porque yo creo que mmm no sé. No creo que [la obstetra] esté capacitada para atender así como nosotros...” (Amelia, Técnica awajún)

Amelia no necesita capacitaciones para atender partos institucionales, ya que puede guiar y dirigir el parto vertical al manejar las prácticas culturales propias del sistema de salud indígena awajún y, a la vez, por sus estudios técnicos en el sistema de salud biomédico. De esta forma, conocer ambos sistemas de salud le permite brindar efectivamente el servicio. Si bien los técnicos awajún son quienes dominan la situación durante el parto, ayuda bastante que las relaciones con las pacientes sean más “simétricas”, pues comparten los mismos códigos culturales y lengua.

El caso de Amelia es muy especial, pues es un claro ejemplo de que ambos sistemas de salud (tanto el biomédico como el indígena) pueden llegar a articular saberes para enriquecer un servicio de salud, implementando la interculturalidad con un enfoque más igualitario y basado en derechos. Para llegar a esto con respecto a los demás profesionales que trabajan en el Hospital de Santa María de Nieva, es necesario las capacitaciones sobre salud intercultural.

Respecto a las condiciones materiales o de infraestructura del hospital, se pudo constatar en varias visitas que este espacio no ha sido diseñado para el contexto de la selva. La edificación consta de muchos materiales que retienen el calor, como concreto, calamina o material prefabricado en algunos espacios. Además, las ventanas que hay en las

habitaciones para las personas que se encuentran internadas son muy pequeñas y no dejan circular el aire.

Como consecuencia, la gente evita quedarse por mucho tiempo en el hospital. Las madres suelen firmar el acta voluntaria para salir antes de lo recomendado, pues no se sienten cómodas al internarse. En este sentido, las mujeres awajún prefieren pasar el puerperio en su casa, lo cual es riesgoso, ya que en esta etapa es cuando más muertes maternas se producen producto de complicaciones como hemorragias o infecciones.³⁸

En relación a las condiciones de salubridad, durante las entrevistas y las visitas al hospital se percibió la presencia de ratas, las cuales entraban y salían de las instalaciones. Por la nula reacción de las trabajadoras, asumimos que esta situación es completamente normalizada. También, se mencionó que en una ocasión una proveedora de salud fue mordida por una serpiente, lo cual fue crítico, pues en el momento no se contaba con un antídoto. Aunque se reconoce el contexto particular donde está ubicado el centro de salud, se evidencia ciertos elementos perjudiciales que comprometen la salud de los usuarios y los trabajadores en general.

“Yo soy awajún pero no di a luz en mi casa por parto vertical. Yo fui a una clínica privada en Pucallpa. El papá de mi hija trabaja allá, fui a verlo. Tampoco me gustaría dar a luz en el Hospital de acá. Uno por la higiene, es feo. No me gusta. A veces cuando mis hijos se ponen mal, los llevo, pero les digo que no lo internen porque es asqueroso, las paredes... No permito ni que mis hijos se queden ahí. Firmo el acta voluntaria y saco a mis hijos.” (Rocío, madre awajún de 27).

Como se puede observar, esta situación es preocupante porque la asepsia es uno de los principales criterios que se evalúan en un Establecimiento de Salud. En la misma medida que el Estado sanciona la

falta de higiene, también debería proporcionar los recursos necesarios para mejorar las instalaciones del Hospital de Santa María de Nieva. De esta manera, se mejoraría el servicio, haciéndolo más atractivo o al menos más tolerable para las usuarias.

“Algunas partes del hospital son de maderita. Siempre hay telarañas por más que uno limpia. Siempre hay hormiguitas. Una cucaracha por ahí siempre hay. Entonces, por más que lo tenga limpio no está séptico. ¡No está! Pero ahí a pesar de eso, realizamos el parto vertical ¡y el Estado qué! Viene a verificar y a ver cómo atendemos y te empapelan, te empapelan, ahí está, ahí está.” (Lourdes, obstetra)

En lo que respecta a los medios de transporte para el traslado de pacientes de otras comunidades, la disponibilidad de estos no es permanente. Como se mencionó anteriormente, el Hospital de Santa María de Nieva concentra la red de salud Condorcanqui, la cual tiene como ámbito de responsabilidad operativa a las microrredes de salud de los distritos de Río Santiago, Cenepa y Nieva. Asimismo, esta red de salud se encuentra dentro de la jurisdicción de La Red de Salud Bagua, la cual agrupa a los centros de salud de la Provincia de Bagua, entre otras redes como la Red de Salud Utcubamba.

Lo anterior implica que el hospital, como parte de una red, debe tener a su disposición distintos medios de transporte para recibir y referir pacientes según sea el caso. En cuanto a la llegada de pacientes del Río Santiago, Cenepa y Nieva, la única vía de acceso al hospital es por río, para el cual necesitan chalupas y gasolina. Mientras, para los casos que necesiten ser referidos al Hospital de Bagua, se tiene que ir por tierra y para esto necesitan una ambulancia. Entonces, conversando con el personal de salud del hospital, se mencionó que algunas veces hace falta gasolina para la chalupa o para la ambulancia, así como hay indicios de que esto se debe a la falta de presupuesto o, también, por actos de

³⁸ Con respecto a los partos en zonas rurales, las causas de muerte se concentran en las hemorragias, siendo el lugar de muerte del 60% de los casos, sus casas y el momento de la muerte de la mayoría, el puerperio (MINSa, 1999, p.175-194).

corrupción o robos. Inclusive, cuando los vehículos se averían, se debe esperar un tiempo prolongado para que estos vuelvan a estar disponibles.

“Ya sea por chalupa o por carretera, es bien maltratado. Hay que considerar porque las señoras en trabajo de parto, eso sí duele. En el trayecto pasará un montón de cosas por no tener especialista. No tener un equipo de profesionales disponibles.” (Lourdes, obstetra)

Respecto a los especialistas disponibles, en las visitas al Hospital se constató que para asistir partos sin complicaciones sí se cuenta con personal las 24 horas. En cambio, para atender emergencias obstétricas, los anestesiólogos y especialistas sólo se encuentran laborando quince días al mes. Efectivamente, es un hecho que siempre existe un porcentaje de partos que se van a complicar y, por lo tanto, necesitan atención más especializada. Frente a ello, lo único que queda por hacer en estos casos es referir a las parturientas a establecimientos más complejos como el Hospital de Bagua.

En consecuencia, la falta de disponibilidad de especialistas también dificulta el desarrollo de iniciativas interculturales de largo alcance y la construcción de relaciones de confianza con la población. Especialmente, si se busca una mayor aceptación con respecto a las cesáreas que, como ya se mencionó anteriormente, es un procedimiento que tiene bastante rechazo por parte de las mujeres awajún.

En relación a las normativas y protocolos médicos que provee el MINSA para atender el parto, muchas obstetras están de acuerdo que la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical no está pensado para la realidad de Nieva. De esta manera, la falta de ciertas condiciones materiales (como la carencia de equipamiento y medicinas) hace imposible que pueda implementarse efectivamente esta estrategia sanitaria.

“La Norma Técnica no está adecuada a la realidad en dónde atendemos. Los que la escribieron solo sabían la teoría, pero no es

la realidad...A veces los protocolos no se cumplen. En un hospital grande, en Lima ahí sí porque todo está estructurado, el protocolo. Pero acá debes ingeniártelas como sea para atender. No tienes medicamentos, no tienes lo otro del equipo que necesitas. ¿Qué vas a hacer? ¿Me cruzo de brazos? ¿No voy a hacer nada? Yo cuando llegué sí me tropecé con la realidad. No es como trabajar en Lima. No tenemos todo el equipamiento. ¿Qué vas a hacer?, es depende de la obstetra. Verás cómo, pero para esto te pagan.” (Lourdes, obstetra)

Efectivamente, se produce un desfase en la calidad del servicio por la falta de equipamiento en el Hospital de Santa María de Nieva. Muchas obstetras coinciden que no llegan ciertos implementos que son necesarios para brindar un parto vertical institucional de acuerdo como lo ordena la Norma Técnica. Incluso, se compara cómo se brinda el servicio de partos verticales institucionales en algunos centros de salud de Lima como el Instituto Materno Perinatal, lo cual evidencia una brecha enorme en la capacidad resolutive entre ambos hospitales.

Aparte del problema de la falta de equipamiento, también se puede discutir la pertinencia de la adquisición de algunos otros. Por ejemplo, durante una visita al hospital se observó la presencia de una incubadora en estado de abandono. Las obstetras y técnicas de turno noche explicaron que esta máquina no se usaba porque el Hospital de Santa María de Nieva no estaba habilitado para tratar ese tipo de casos extremos en que el recién nacido tenga que contar con cuidados intensivos, en tales casos siempre se referían los pacientes al Hospital de Bagua. Asimismo, el Hospital de Santa María de Nieva no cuenta con la suficiente potencia y disponibilidad de energía eléctrica para hacer funcionar la incubadora, pues en la región de Condorcanqui la electricidad siempre se va hasta por unos días y normalmente usan un generador de energía.

“La incubadora esa que no funcionaba era por el voltaje y porque no la sabemos manejar bien. No funciona mucho porque no es adecuado. Puede estar unos minutos el bebé en la incubadora, pero inmediatamente tiene que ser transferido a Bagua porque aquí

no corresponde ese nivel de atención. ¿No ves que a cada rato se corta la luz? Tampoco no hay combustible para que esté prendido toda la noche el motor. El motor últimamente se ha malogrado y nos hemos quedado sin luz.” (Amelia, técnica awajún)

En lo relativo a los sueldos del personal de salud de primer nivel, estos no son competitivos, también faltan incentivos que motiven la estancia en este tipo de contextos más difíciles. Por consiguiente, esto terminaría por expulsar a los técnicos y profesionales de las comunidades o lugares con población indígena.

“Antes, trabajando acá, te pagaban más que en un hospital de Lima. Era un incentivo para que tú te vinieras tan lejos y sola. Pero ahora, por lo que me han contado mis colegas de Lima, el sueldo es el mismo. A mí ya no me conviene trabajar aquí ¿ya? Si fuera por mí, me iría ahora. ¿Pero sabes qué? El problema es que ahora hay demasiada oferta de obstetras y ya nadie encuentra trabajo así nomás.” (Marveli, obstetra)

En conclusión, todo lo anterior demuestra que el servicio que se brinda en el Hospital de Santa María de Nieva es precario, produciéndose un desfase con respecto a lo que exige la Norma Técnica (de contar con un centro de salud más complejo y equipado). En caso de una emergencia obstétrica, las parturientas no pueden ser atendidas adecuadamente, ya que no se dispone con especialistas e implementos necesarios.

Esta situación se agrava, pues la mayoría de las usuarias no cuenta con recursos suficientes (dinero en efectivo, vías de acceso rápido y medios de transporte) como para trasladarse por su cuenta a establecimientos de salud de más complejos en caso de una emergencia obstétrica. Por este motivo, aquellas que están en condición de pobreza dependen enteramente del servicio que provee el Hospital de Santa María de Nieva y de lo que cubre el SIS (Seguro Integral de Salud) frente a una complicación. La falta de recursos afecta directamente el nivel de confianza y las expectativas de atención que tienen las madres awajún, lo cual contrarresta los esfuerzos de algunos proveedores por implementar un servicio con enfoque de derechos y calidad de atención.

2.2. Las concepciones que tiene el personal de salud sobre sus pacientes

En esta sección del estudio se quiere analizar las concepciones que tienen los proveedores de salud sobre sus pacientes con el fin de explicar el tipo de relación y el trato que mantienen con estas últimas. Estos aspectos son relevantes en la medida que forman parte de una relación interculturalmente simétrica, la cual comprende el diálogo entre iguales, es decir, entre individuos que pertenecen a distintas culturas que están en el mismo nivel de valoración (Rengifo, 2015, p.15-22).

Efectivamente, se encontró que la concepción del personal de salud hacia sus pacientes awajún es negativa. En tal sentido, a estas últimas les atribuyen ciertos atributos como irresponsables, interesadas, negligentes, tacañas o que no les interesa la vida de sus hijos.

“A ellas no les importan sus hijos, vienen a dar a luz acá por los ropones. Cuando vienen a dar a luz vienen sin nada, solo con su DNI. Acá les damos ropones, pañales, una caja grande de “Bienvenidos a la Vida”, pero ellas no traen nada. Yo digo: “¿En serio no pueden ahorrar 30 soles durante todo el embarazo para comprarse sus propias cosas? No quieren priorizar sus gastos, es otra cosa. Por eso te digo, los awajún son gente interesada, todo lo ven ganancia. Esa señora [la técnica awajún Amelia] que te está ayudando para tus entrevistas. ¿Cuánto le estás pagando?... ¿Nada? Qué raro porque ellos son así ah.” (Marveli, obstetra)

Desde el enfoque de Nugent (2005, p.11-12), se pueden distinguir las figuras de tutor y tutelado en la narrativa del personal de salud, pues conciben a sus pacientes awajún como niñas o personas que no saben lo que es mejor para ellas, incapaces de tomar buenas decisiones sobre su salud reproductiva, lo cual también refleja un tipo relación asimétrica.

“Las gestantes awajún son como niñas, hay que estar detrás de ellas para que se hagan sus controles. La verdad es que prefiero atender a de Chapapoyas. Son más responsables. La tasa de natalidad es bien baja. La gente de allá sí se cuida. Dicen que quieren tener tantos hijos y se cuidan con ampollas o pastillas. Pero acá no. Tienes que insistir, decirles: “cuídate, cuídate”. Allá sí

les importa su bebé y acá, la verdad es que no les importan, no van a sus controles. Es que la mayoría son embarazos no deseados, por eso no le toman importancia a sus controles o al mismo bebé, no toman sus vitaminas o no acuden a su parto.” (Helen, obstetra)

Como se observa en la cita, se intenta señalar las incapacidades que tienen las usuarias para ser unas buenas madres o de hacerse cargo de sus propios intereses, a su vez, se refuerza la supuesta necesidad de un “tutor” o alguien con legitimidad para poder dirigir o incidir en sus decisiones reproductivas.

Por lo señalado anteriormente, se podría afirmar que el servicio que brindan estos profesionales no llega a ser interculturalmente positivo. Adicionalmente, es necesario reconocer que la población awajún se encuentra inmersa en un marco estructural desigual en comparación con el resto de la población local.

En definitiva, esta figura de tutelaje muy presente en los testimonios anteriores trae como consecuencia la posibilidad de que el personal de salud de primer nivel del hospital se sienta con la legitimidad de decidir sobre la salud reproductiva o el cuerpo de sus pacientes, sin tomarlas mucho en cuenta al momento de planificar o atender su parto. Asimismo, el trato que brinda el hospital y la confianza que tienen las mujeres al servicio se verían afectados por este tipo de relación asimétrica que los proveedores de salud mantienen.

3. Distintas visiones sobre la salud, enfermedad, riesgo y tratamiento

Esta parte de la investigación se enfocará en la salud sexual y reproductiva de las mujeres de Santa María de Nieva. En este sentido, se ahondará en la cosmovisión y prácticas culturales de las usuarias en temas relacionados a la menstruación, ITS (infecciones de transmisión sexual), el embarazo, el parto, el puerperio, la placenta, etc. Con el fin de dar voz a las mujeres involucradas en torno a la estrategia sanitaria y

enmarcar culturalmente el sentido que ellas les dan al servicio de parto vertical institucional.

Adicionalmente, se quiere analizar la manera en que los proveedores del servicio toman en cuenta o excluyen tratamientos o procedimientos del sistema de salud indígena awajún al servicio que brindan en el hospital, como el uso de plantas medicinales, el manteo, etc. De igual manera, se van a exponer ciertos casos en los cuales ocurrieron conflictos entre el sistema de salud indígena y el sistema de salud biomédico. Estos desencuentros incluyen las perspectivas de las mujeres awajún y del personal de salud que trabaja en el Hospital de Santa María de Nieva sobre los siguientes temas: el protocolo de parto institucional, los tratamientos o cuidados adecuados para una gestante, así como las distintas concepciones de enfermedad y riesgo.

3.1. La salud sexual y reproductiva de las mujeres awajún de Santa María de Nieva

Debido a la naturaleza social de la salud, las concepciones entorno a la salud, enfermedad, riesgo y tratamientos varían en el tiempo, según sean los contextos nacionales o locales. Por ello, en esta sección se busca exponer diferentes aspectos relacionados a la salud sexual desde la mirada de las mujeres awajún, con la finalidad de dar voz a las mujeres involucradas en torno a la estrategia sanitaria y enmarcar culturalmente el caso. Dichos temas incluyen la menstruación, las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo, el proceso de parto y el puerperio.

Con respecto a la menstruación, antiguamente se tenía la concepción de que en cada menstruación un ser llamado Etse cortaba el útero de las mujeres, lo cual producía un sangrado y la imposibilidad de tener embarazos. Durante el periodo menstrual, se consideraba que el tener relaciones sexuales podría debilitar físicamente a los hombres, ya que se exponían a estar en contacto con Etse (Belaúnde, 2005, p. 118).

Actualmente, las awajún son conscientes de que el primer periodo menstrual de una joven indica que ya puede tener hijos y, por lo tanto, son capaces de formar una familia. Por ello, las mujeres de esta comunidad tienen embarazos a muy corta edad. No se encuentra incorporada la concepción occidental de adolescencia o juventud como parte de etapas de vida, simplemente existe niñez y adultez. Asimismo, las awajún son conscientes que el periodo menstrual indica que no están embarazadas, así como consideran posible suspender su menstruación, sin afectar la fertilidad. Para esto último, las mujeres consumen diversas plantas como métodos anticonceptivos y para causar voluntariamente amenorrea durante un tiempo específico.

En relación a los métodos anticonceptivos, por un lado, existe un fuerte rechazo por las mujeres awajún de usarlos, ya que desconfían de su eficacia, así como consideran que pueden tener efectos secundarios dañinos para su salud.

Por otro lado, el machismo representado en las relaciones de poder que existen por parte de los hombres a las mujeres awarunas, les impide a ellas tener capacidad de decisión sobre sus cuerpos o salud sexual. Las mujeres temen molestar a sus parejas, quienes consideran que el uso de métodos anticonceptivos es un signo de promiscuidad e infidelidad.

Asimismo, el uso de preservativo también es rechazado porque se considera que afecta de alguna manera la sensibilidad al momento de tener relaciones sexuales. De igual manera, no hay una visión muy dimensionada sobre el riesgo o posibilidad de exposición a las enfermedades de transmisión sexual.

Específicamente, el VIH se encuentra en aumento en estas comunidades, lo cual se debe a la reciente apertura que tiene la zona al intercambio comercial y la migración de sus habitantes hacia las ciudades, sobre todo en el caso de los hombres. Como resultado de estos

nuevos procesos, a mediados de la década del 2000, se reportaron los primeros casos importados de VIH en población indígena amazónica (Pérez, 2015).

Aunque es evidente la tendencia del aumento de casos de VIH, es difícil hablar de perfiles epidemiológicos de género en esta población, pues no se conoce con exactitud el impacto cuantitativo de dicha enfermedad a nivel regional. Por un lado, debido a que no existen cifras desagregadas por pertenencia étnica; por otro lado, la población indígena no suele realizarse despistajes antes de presentar síntomas. En consecuencia, la magnitud de las cifras e informes locales que se manejan son el resultado de estimaciones que se hacen basados en las mujeres embarazadas que son detectadas durante sus controles prenatales y en los casos de pacientes que son terminales.

El VIH es una enfermedad que genera mucha discriminación hacia quienes la padecen. Cuando una persona awajún empieza a presentar los síntomas, se cree que está embrujada y, por lo tanto, es segregada de la comunidad. Por este motivo, los pacientes VIH positivos suelen migrar hacia otras comunidades donde nadie los conoce y viven con su enfermedad en secreto o también cerca a un hospital con el fin de recibir un tratamiento adecuado de forma discreta.

El VIH suele detectarse a tiempo en las mujeres embarazadas al momento en que acuden a sus controles prenatales. Sin embargo, para confirmar en qué grado se encuentra la enfermedad, ella debe viajar desde su comunidad hasta el centro de salud más cercano y, desde allí, al hospital regional para realizarse la primera prueba. Luego, la mujer debe regresar para recibir el diagnóstico. Si es este es positivo, se le aplica la primera carga de medicinas (TARGA) y debe volver en los siguientes días con el fin de prevenir reacciones adversas. Seguidamente, la persona deberá acercarse al centro de salud cada mes para continuar con el tratamiento. En el caso de las mujeres awajún que viven en

comunidades más alejadas, cada uno de los viajes por río puede llegar a costar más de S/.100 nuevos soles ida y vuelta (Fuller, 2009, p.46-52).

A continuación, una promotora de salud explica la experiencia de Micaela (su paciente VIH positivo). Ambas estuvieron presentes al momento de la entrevista; no obstante, Micaela no entendía español y la promotora tuvo que traducir lo que manifestaba.

“Micaela estaba sola en su parto, sin los papás de su hija. No hubo apoyo de alguien que le brinde a ella. Eso creo que ha sido lo más difícil para ella, pero gracias a Dios que ahora tiene a su hija. Durante el embarazo estuvo sin el papá y ahora también. Ella tiene dos niñas acá. Vive en la casa de su suegra. Su familia es de la comunidad del Cenepa. Sus padres no viven acá, pero estando acá tiene beneficios porque está cerca del Hospital para poder hacerse sus controles. Aparte que en la comunidad es diferente porque, ¿quién te va a vender un sol de hígado? No hay nada, allá nadie te vende eso. Acá no se come, pero se rebuscará como sea. Allá pues, no hay lo que acá hay en Nieva. Es muy diferente la comunidad. Pero ella está acá y a su hijita le pone en Cuna Más y al menos a ella le dan su refrigerio y su comidita y al menos ahí está. Es por eso que ella está más por acá...” (Melissa, promotora de salud & Micaela, madre awajún VIH positivo)

El testimonio anterior es el más extremo que se pudo recopilar, pues es la experiencia de una madre soltera, sin familia cerca, joven, con tres hijos, con VIH y de extrema pobreza. Al igual que Micaela, Melissa cuenta que pudo ayudar a muchas embarazadas awajún que fueron detectadas con dicha enfermedad. No obstante, la mayoría de ellas optó por dejar el tratamiento, el cual también incluía el cuidado especial de sus bebés con el fin de no contagiarles verticalmente la enfermedad. En cambio, otras mujeres prefirieron migrar hacia otras comunidades, formar otra familia y mantener su enfermedad en secreto.

En general, el personal del hospital señala que los awajún rechazan el tratamiento contra VIH, pues tienen miedo de ser identificados como portadores, así como tampoco confían en la eficacia que este tiene. En este sentido, existe resistencia a consumir

medicamentos de manera diaria, sin ver inmediatamente resultados de mejoría. Por estos motivos, la mayoría de personas VIH positivos prefieren acudir a curanderos o yerbateros, los cuales diagnostican la enfermedad como brujería, recomendando el consumo de ciertas plantas y una dieta especial.

Con respecto a los cuidados durante el periodo de gestación, estos se encuentran enfocados en la alimentación y la restricción de ciertas actividades diarias. Por un lado, la gestante awajún trata de tener precaución al realizar trabajos pesados o esfuerzos bruscos. Por otro lado, las dietas restrictivas son los cuidados que se tiene con el consumo de ciertos alimentos. Al no cumplir estas normas, se percibe que puede traer consecuencias sobre la salud de la madre y la del bebé. Por ello, la alimentación es ligera, esperando evitar que la barriga crezca demasiado para así prevenir una cesárea. Esta dieta consiste en insumos que se pueden conseguir en la zona básicamente plátanos verdes, algunas menestras, alimentos elaborados en base a la yuca (masato), así como semillas, frutos y tubérculos. Además, no se consume mucha carne animal, ya que de por sí es difícil conseguirla en la zona debido a la deforestación y a la caza excesiva. Por ende, las únicas fuentes de carne animal provienen de la propia crianza o la compra al por menor en pequeñas bodegas.

Con respecto a los controles prenatales, las embarazadas awajún suelen acudir a la partera para que les revise el vientre, así como a un centro de salud para recibir la atención de una obstetra. No obstante, es cierto que la gran mayoría no percibe los controles prenatales de un puesto de salud como algo estrictamente necesario de cumplir. Por ello, las promotoras realizan visitas a todas las gestantes de su comunidad. De esta manera, se les convence para que cumplan con todos sus controles prenatales.

Con respecto a la manera en que las mujeres dan a luz, hay una variedad de plantas medicinales locales, las cuales son utilizadas para facilitar o preparar el momento del parto.

Tradicionalmente, al iniciarse el proceso de parto se llama a la partera, las cuales son mujeres mayores del entorno familiar de la parturienta o de su esposo. Normalmente, son las mujeres quienes dirigen el proceso. Particularmente, las mujeres awajún dan a luz acompañadas por una mujer mayor con experiencia, quien monitorea la intensidad y la frecuencia del dolor. Sin embargo, dicha mujer no interviene “físicamente” en ningún momento, pues solo aconseja y motiva a la parturienta (MINSAL, 1999, p. 191-197).

Entre los elementos que diferencian a los partos del sistema de salud indígena en relación a la medicina biomédica, es que en el primero las reglas de comportamiento son más “simétricas”. Es decir, la partera se encuentra en la misma posición de igualdad que la parturienta. Además, ambos actores comparten los mismos códigos y pese a que en el momento del parto la partera es una autoridad, las reglas de comportamiento son interpretadas de tal manera que toda persona será tratada en forma similar, tal como se acostumbra tratar a los demás. También, el acontecimiento del parto es algo conocido y compartido por todos los miembros de la comunidad, siendo el ambiente cálido y familiar. En cambio, en el sistema biomédico el proveedor asume un rol particular, es decir, no es la misma persona que actúa en la vida cotidiana y termina asumiendo un rol puramente funcional con la población, produciéndose una relación con los demás de características asimétricas (MINSAL-Proyecto 2000, 1999, p.16-17). En consecuencia, cuando una mujer indígena acude a un servicio de salud para dar a luz, suele haber un evidente conflicto entre las expectativas o la experiencia que ella tiene de un parto en casa con respecto al servicio que se le brinda en el centro de salud. De resolverse estas diferencias, incorporando el enfoque

intercultural en los servicios de salud, se contribuiría al cierre de la brecha existente en la cobertura, así como la atención del parto institucional se volvería un servicio más humano y accesible.

Referente al ambiente que se prepara para el alumbramiento, normalmente se desarrolla en la vivienda de la parturienta, acondicionada para garantizar abrigo (ausencia de corrientes de aire, luz baja), privacidad (posibilidad de concentrarse y no ser vista) e intimidad (recubrimiento de genitales) (MINSA, 1999, p. 191-197).

Posteriormente, la placenta es expulsada y se entierra en un hoyo en el mismo lugar donde sucedió el parto. Esta no se puede botar o descartar en cualquier lugar, pues se cree que podría afectar la salud del recién nacido. Para finalizar el proceso, la madre se higieniza y descansa por unos días (MINSA, 1999, p.191-197).

En resumen, como se observa a lo largo de esta sección, históricamente las mujeres awajún son quienes tienen el monopolio de los saberes relacionados a su salud reproductiva, los cuales fueron transmitidos por generaciones, así como también están basados en sus propias experiencias. No obstante, a partir del reciente proceso de medicalización del parto y la normalización de las biopolíticas de salud en Nieva, estos conocimientos se están descalificando y dejando de lado.

Por consiguiente, se concluye que las mujeres awajún no son objetos pasivos sobre los cuales impactan las intervenciones del Estado, sino más bien son sujetos activos que gestionan su propio bienestar e inciden en las prácticas de salud de su comunidad. Por ello, es necesario que sus saberes también puedan incluirse en los tratamientos o procedimientos que reciben en su centro de salud local, al ser estos importantes como parte de su identidad y su derecho como ciudadanas.

3.2. Inclusión de tratamientos o procedimientos del sistema de salud indígena al protocolo de parto institucional

En esta sección de la investigación se busca mostrar el grado y la manera en que se incluyen ciertos tratamientos o procedimientos del sistema de salud indígena al protocolo de parto institucional. Posteriormente, se van a exponer casos en los cuales ocurrieron conflictos entre el sistema de salud indígena y el sistema de salud biomédico occidental. Estos desencuentros incluyen las experiencias de las mujeres awajún y del personal de salud del Hospital de Santa María de Nieva, los cuales están relacionados a los tratamientos o cuidados que cada uno considera como adecuados o riesgosos para una gestante. De esta forma, se pretende entender las perspectivas de ambas partes con el fin de explicar cómo estos relatos terminan guiando sus acciones.

Como se mencionó anteriormente, la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical contiene protocolos de atención que buscan empoderar a las parturientas, así como darles una mayor capacidad de decisión sobre la manera en que quieren dar a luz y con quién quieren ser atendidas. Entre los procedimientos que se recomiendan incorporar del sistema médico indígena, se menciona la aplicación de algunos tipos ungüentos o hierbas, la elección libre del tipo de vestimenta al momento de dar a luz, la posición al momento del alumbramiento, etc.

“...Le decimos que aquí se permite todo. Escoge tú para dar parto vertical. Así te vamos a atender. Y la señora a veces ahí mismito dice: “no quiero que me atiendan más personas, si es mujer mucho mejor. Pero solo tú”. A veces si es varón, le tienen confianza y le dicen: “yo quiero que me atiendas y me controles todo, pero parto yo quiero que me atienda una mujer” ... Si ella permite dar parto en la camilla. Si también acepta parto vertical también. Ella escoge. En el hospital también le decimos, todo lo que tú me digas va a salir...”
(Amelia, técnica awajún)

Para ello, se utiliza como herramienta principal el Plan de Parto, el cual es un registro de información sobre el proceso de atención con el fin de promover el parto institucional, sin restarle autonomía a las gestantes. Esta guía contiene los datos de afiliación de la gestante, la fecha probable de su parto, el establecimiento en que realiza sus controles prenatales,

los resultados de sus análisis médicos, el lugar dónde dará a luz, la posición en la cual dará a luz, el medio de transporte disponible en su comunidad, las personas que le ayudarán en caso de ser trasladada o de necesitar sangre y la posibilidad de hacer uso de la casa de espera (MINSA, 2009, p. 16; MINSA, 2016, p.34-39). En caso de ser necesario y para la comodidad de la usuaria, esta ficha es traducida al awajún por algunos técnicos, personal de limpieza o promotores de salud que pertenecen a la comunidad. De esta manera, se está brindando un servicio culturalmente competente, asegurando así un consentimiento informado oportuno.

“Desde que tiene su primer control, hay un plan de parto. En ese plan de parto que tienen, se les hace las preguntas. Por ejemplo: ¿Dónde te quieres atender tu parto?, en el hospital, en tu Centro de Salud, en tu casa. ¿Quién quieres que te atienda?, la obstetra, algún familiar. ¿Cómo quieres tu parto?, sentada, arrodillada, echada. Entonces, desde ahí, nosotras sabemos más o menos cómo quiere la paciente. En el caso que te digan que quieren parto en su casa y con un familiar...Y aquí la mayoría quiere su parto vertical...” (Helen, Obstetra)

Cualquier servicio de salud que pretende llegar a un grado interculturalidad simétrica, con calidad de atención y enfoque de derechos, abarca mucho más que el consentimiento informado y el agregar o cambiar ciertos ítems al protocolo médico de parto institucional. Por consiguiente, el Plan de Parto no garantiza que necesariamente se produzca un cambio cultural en el modelo médico. Tampoco, este protocolo de atención supone sensibilidad a favor de la diversidad cultural del paciente.

A continuación, se presentarán ciertas situaciones donde normalmente se ocurren tensiones y luchas entre el personal de salud y las madres awajún. Ambos actores se esfuerzan por imponer o resistir a las distintas visiones de lo que cada uno considera que es un problema de salud. Como resultado, la manera en que estos conflictos se resuelven

determina las prácticas especializadas para el tratamiento o cuidado de la salud reproductiva.

Una práctica local muy común es el manteo o el acomodo del bebé mediante masajes, el cual se realiza como tratamiento en caso de que las gestantes awajún tuvieran al bebé en una posición que dificultaría el parto. Si bien es necesario reconocer que las cesáreas son clave para salvar vidas en casos extremos, es una realidad que las mujeres awajún evitan este protocolo a toda costa al igual que ser referidas al Hospital de Bagua.

“No les gustan las referencias, no han querido. Me dicen: “yo no tengo plata”, “si me van a llevar allá hasta Bagua”, “yo no quiero eso”. Cuando regresan te dicen: “he gastado”. Ellas hacen lo que sea para que tú no las refieras. De verdad, si el bebito está de nalgas tienes que referirlo. Eso está en la Guía Nacional. Ellas se lo acomodan. Se lo mantean. ¿No has escuchado del manteo? Lo mueven así para acomodarlo de cabeza y dar un parto normal. Ahí ellas no son conscientes que haciendo eso pueden desprender la placenta o hacer un nudo en el cordón. Ellas igual lo hacen...”
(Helen, obstetra)

Por un lado, como se puede observar en el último testimonio, las obstetras se niegan rotundamente al manteado porque es un procedimiento que conlleva riesgos para el bebé. Sin embargo, este riesgo no es percibido en la misma magnitud por la gestante awajún o la partera. Por el contrario, a estas últimas les parece mucho más peligroso, invasivo y dañino una cesárea.

“Si yo saliera embarazada de nuevo, iría al doctor. Pero no me dejaría hacer cesárea porque la mitad de tu vida pierdes ahí. Ya no eres normal ya. Ya no puedes hacer fuerza. Ya no puedes hacer nada, ni alzar peso. Nada nada. Esas mujeres viven llorando con esa picada que te dan, la anestesia que te ponen en la columna. Una de mis hijas se ha cortado, vive mal. Sufriendo vive. Mal mal vive, adolorida. Ella dice que cada vez que llueve como que le duele la espalda. Mi nuera una vez me dijo: “me quiero cortar”. Yo le dije que estaba loca ¿Quién la iba a atender? Para eso tienes que estar 2 o 3 meses en cama. Aparte que no puedes hacer ni fuerza ni nada” (Hermelinda, mujer awajún de 60 años)

Por otro lado, las mujeres se rehúsan a ser cesareadas por cinco razones principalmente. En primer lugar, si no está disponible el especialista, cuesta mucho dinero trasladarse al hospital de Bagua, en especial si quieres ser acompañada por alguien de confianza, pues esto implica gastos extra en comida, alojamiento, pasajes, etc. En segundo lugar, el viajar hasta Bagua significa que estarán fuera de su hogar por un tiempo hasta el puerperio, lo cual es imposible, pues muchas de estas madres son responsables de cuidar a sus demás hijos, entre otros trabajos domésticos. En tercer lugar, viajar durante el trabajo de parto es muy doloroso, cansado y riesgoso. En cuarto lugar, este protocolo médico no es propio de su cultura, percibiéndose como muy invasivo o dañino. Tal como puede observarse en la cita, se ha construido narrativas alrededor de esta práctica asociadas a condiciones de discapacidad permanente. En quinto lugar, al operarse necesitarían mucho más tiempo de recuperación post-operatorio en comparación a dar parto vertical, lo cual las privaría de sus capacidades productivas. En consecuencia, la cesárea sería un riesgo que muchas mujeres no estarían dispuestas a tomar, si se considera que la mayoría de ellas es pobre y sólo cuentan con trabajos informales y manuales. Mientras no trabajen como mano de obra en la chacra o como pequeñas comerciantes, no producirán y no podrán generar ingresos para su familia.

Este desencuentro se refleja cuando el personal de salud hace los controles pre-natales, pues en ese momento ellos pueden anticipar una cesárea y generar la orden para sus pacientes. En algunas ocasiones las estrategias de disuasión usadas por el personal de salud y las promotoras pueden caer también en la intimidación, esto varía dependiendo del compromiso y el buen trato de la persona que brinda el servicio. Aun así, sean por buenas o malas maneras, esta forma de persuadir no está funcionando, ya que no se está contemplando la situación de pobreza en la que se encuentra la mayoría de mujeres awajún. Por consiguiente, sólo se maneja esta situación como si fuera un problema netamente cultural,

pero no como una consecuencia de asimetría social. Efectivamente, en la mayoría de casos las mujeres awajún siguen prefiriendo a una partera o el manteado a ser cesaréadas.

“A una amiga que tiene diabetes quisieron sacarla a Bagua para dar a luz. Cuando llega la fecha dicen que lo tienen que operar. Entonces la mamá no acepta. Y una obstetra le dice que su bebe estaba podrido adentro y ella le dice: “pero yo, si estuviera podrido, me hubiera muerto o mi bebe se hubiera salido o sentiría un olor, pero yo lo siento a mi bebé que se mueve”. Estos a propósito la querían operar y no se fue. Se salió. Se escapó.” (Lucett, madre awajún de 32 años)

A partir del enfoque de la interculturalidad crítica (Tubino, S/A, p. 4-9), se puede observar que el miedo a la cesárea es un problema de pobreza que va de la mano con desencuentros culturales. En otras palabras, esta disputa sobre que tan conveniente es para la salud dicho procedimiento se encuentra atravesada por una dimensión estructural y de pobreza. Como se pudo observar en las citas anteriores, la manera en cómo se está manejando esta problemática niega la dimensión de pobreza en la que están las usuarias awajún y se le atribuye como naturaleza de su causa solamente a una “barrera cultural”. Por lo tanto, se cae en un error de culturalismo, ignorando así la importancia que tienen ambas dimensiones para comprender este tipo de relaciones o fenómenos sociales.

En el caso de la inclusión del uso de plantas medicinales, en la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical (2005, p. 20-21) se recomienda el uso de hierbas o plantas medicinales según las costumbres locales. Además, aseguran que el personal debe conocer la acción de algunas hierbas y prevenir el uso de aquellas que acentúen las contracciones uterinas. Aunque en el documento se reconoce la existencia de una amplia diversidad de preparaciones e infusiones que indican las parteras a las gestantes, no existe la posibilidad de conocer todas las variedades o sus efectos colaterales. Por lo tanto, se prefirió

solo brindar una lista de opciones de las más comunes, conocidas e inofensivas en el anexo 2 del mismo documento.

“Acá las señoras tienen varias costumbres. Durante todo el embarazo se echan unas plantitas en su barriga y se tapan y todo. A veces en el mismo parto se echan las plantitas. El piri-piri se echan para que no le salgan estrías dicen. Entonces a veces ellas no vienen porque tienen miedo que les digas no no te echas esto, no te echas el otro.” (Helen, obstetra)

El uso de plantas medicinales es muy común en la localidad y el personal de salud lo reconoce. Las mujeres awajún tienen conocimiento sobre estas y las aplican de diferentes formas: echándose como ungüento, tomándolo como un mate o por enema. No obstante, siempre midiendo las dosis, como ellas lo explican, con la uña. Asimismo, como se mencionó anteriormente, la incorporación de algunas de estas hierbas en el protocolo clínico se encuentra respaldada por la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical.

Normalmente, los trabajadores del hospital no se oponen al uso de plantas medicinales, siempre y cuando estas sean aplicadas externamente, mas no ingeridas. En efecto, durante la entrevista a una obstetra, hubo un caso en el que una señora había dado a luz bajo los efectos de una planta llamada toé. Al consumir oralmente esta planta alucinógena, había entrado en estado de shock, por lo que inconsciente fue trasladada de emergencia al hospital. Lo interesante de este repentino acontecimiento fue que se pudo observar de cerca un desencuentro entre una obstetra y una técnica awajún. Básicamente, el conflicto consistía en las diferentes preocupaciones en la que cada una se enfocaba con respecto a este tratamiento y sus efectos.

Por un lado, la obstetra estaba consternada e indignada por el estado de inconsciencia en la que había llegado la mujer awajún, pues afirmaba que la planta no facilitaba el alumbramiento; por el contrario, esta podría intoxicar al bebé al atravesar el útero. Por consiguiente, la

especialista no recomendaba el ingerir esta planta, ya que la consideraba una droga perjudicial y riesgosa para la salud. Inclusive, ella se mostraba en desacuerdo con este tipo de procedimientos, considerándolos como irresponsables y negligentes.

Por otro lado, la técnica awajún estaba muy preocupada porque la mujer tenía fiebre y eso era una alarma de peligro en la etapa de puerperio. En este sentido, a Amelia (la técnica awajún) no le inquietaba que la mujer hubiera consumido toé, ni que estuviera inconsciente, pues afirmó que este era un tratamiento propio de su cultura para tratar el dolor durante el parto, al igual que la anestesia usada por los médicos. Por lo tanto, ella confiaba en que los efectos de la planta pasarían en el lapso de unas horas, sin el menor riesgo o complicación. Incluso, hizo mención que ella también pasó por una situación similar cuando dio a luz a uno de sus hijos.

“Esa señora que vino también estaba con planta, la trajo la obstetra. Esa señora era puerpera, había dado a luz, pero con planta, con toé y que el toé así como me hizo dormir a mí, la hizo dormir después del parto... Eso te deja anestesiada porque la anestesia es algo así. A veces la anestesia cuando a ti te aplican, a veces tú no sientes y los médicos trabajan y al despertarte no sabes qué ha pasado y quedas media borracha. Eso pasa y eso no lo entiende la gente. Es anestesia para nosotros el toé como ayahuasca, como tabaco... Acuérdate de esto: el cogollo del algodón le das y ahí mismo da parto. Igual hace el médico cuando da oxitocina para que dilate más rápido. Eso nosotros también hacemos. A Marveli [la obstetra] le da miedo porque no entiende. No acepta nuestras costumbres y ella cree que hacemos mal para nuestros hijos. Mi hijo no es bruto porque he tomado toé, mi hijo es inteligente, un chico listo. La droga, como aquí lo llaman, dicen que pasa a nuestro útero.” (Amelia, técnica awajún)

Como se pudo observar a lo largo de esta sección de los hallazgos, existen desencuentros sobre lo que cada actor define como salud, enfermedad, riesgo y tratamiento. Por consiguiente, la salud es un objeto de competencias o luchas entre los agentes implicados (las parteras, la técnica awajún, las obstetras, y las mujeres awajún), los cuales se

esfuerzan por imponer o resistir las diversas visiones sobre lo que es un problema de salud. Esto último, es más explícito cuando se le pregunta al personal de salud sobre qué identifican como el problema principal para el aumento del parto institucional y la disminución de las muertes maternas.

“El problema, o sea vemos como problema, la cultura, la costumbre que tenemos. Eso es lo que no permite. Es una barrera grande para que pueda atenderse más gente. Es un poco difícil, pero ahí vamos. Si usted ve por años, se nota la deferencia...” (Amelia, técnica awajún)

La mayoría de las profesionales entrevistadas respondieron que el problema principal era la cultura de las usuarias; inclusive, que preferirían atender a personas mestizas o colonos. En menor medida, otras mencionaban tener dificultades con la familia o también la falta de educación de sus pacientes. Este discurso da luz a un problema de fondo, ya que se percibe la cultura de sus pacientes como una barrera, en vez de que esta particularidad sea parte de la solución o sean válidos como parte de sus derechos como ciudadanas. Por consiguiente, no hay una verdadera intención de valorar o enriquecer el servicio de salud del Hospital de Nieva. En consecuencia, sólo se asimilan ciertas prácticas a la lista de ítems en los protocolos clínicos del parto, mas no se pretende una verdadera inclusión de la cultura awajún.

En este sentido, la situación del Hospital de Santa María de Nieva es preocupante debido a que el grado y la forma en que se incorpora el enfoque de salud intercultural para la implementación de la Norma Técnica depende únicamente del compromiso que tienen los trabajadores del hospital. Por lo tanto, la calidad de atención varía dependiendo de cada individuo. En parte, esto último se debe a que el personal de salud no ha llevado capacitaciones sobre la estrategia sanitaria. Tampoco se monitorea el aspecto de la interculturalidad, pues solo se evalúa a los trabajadores según las metas de cobertura. De igual manera, solo se sancionan las muertes maternas o neo-natales, mas no las quejas sobre mal trato. Del mismo modo, el tener experiencia en temas de

interculturalidad tampoco tiene relevancia para la contratación de nuevo personal.

Estas situaciones que se presentan con cotidianidad en el Hospital de Nieva pueden ocasionar conflictos entre el personal de salud y la población awajún, por lo que es necesaria la interculturalidad simétrica, en la medida que se produce una transferencia de poder desde el personal de salud a los usuarios del servicio. En este sentido, la interculturalidad no sólo se reduce a hablar el mismo idioma o a un trato respetuoso, sino que necesariamente cuestiona jerarquías, reconociendo la cultura de los usuarios y los sistemas médicos que usan con el fin de mantener una relación horizontal y de comunicación efectiva.

En conclusión, para brindar un servicio de salud con enfoque de derechos es necesario aplicar la interculturalidad simétrica a la calidad de atención y cumplir con una eficiente capacidad resolutive. Para ello, se debe producir un verdadero cambio en las relaciones asimétricas entre profesionales y usuarios. Esta transformación consiste básicamente en revalorar la cultura de estos últimos, tomando en cuenta el modo en que ellos expresan su enfermedad con el fin de esta cosmovisión tenga relevancia en su diagnóstico, pronóstico, terapia y seguimiento. En caso contrario, la racionalidad médica que se aplica sigue siendo la misma. En resumen, si lo anterior no cambia, se seguirá excluyendo el valor de lo cultural, aunque se añada superficialmente algunas prácticas awajún a la lista de ítems en los protocolos clínicos en el Hospital de Nieva.

4. Desde las mujeres awajún, una mirada sobre la atención y cuidados relacionados a la salud reproductiva

En esta parte del documento se va a exponer la manera en que las mujeres awajún manejan ambos sistemas de salud, tanto el biomédico y el indígena. Asimismo, se describirá la situación de las parteras y cómo su rol en la comunidad ha ido cambiando hasta la actualidad. Finalmente, se

analizará la manera en que las parteras se vinculan con los proveedores de salud y cómo se ven involucradas en el servicio de parto institucional.

4.1. Experiencias y concepciones de las mujeres awajún sobre el servicio que ofrece el Hospital de Santa María de Nieva

Abarcar el aspecto de la confianza en las instituciones de salud es muy importante, ya que es un factor clave para que la población potencialmente usuaria se convenza de asistir al Hospital de Nieva. Por esta razón, es fundamental recoger las concepciones que las mujeres awajún tienen sobre el servicio que se les ofrece localmente. Estas narrativas se construyen colectivamente, de manera que pueden incluir experiencias propias pasadas o inmediatas, así como de personas cercanas a su entorno.

Como parte de los hallazgos, se puede afirmar que existe resistencia al servicio que brinda el Hospital por parte del grupo de mujeres awajún mayores. Aunque la mayoría de estas mujeres no tienen experiencia directa con servicios públicos, es decir, nunca han sido atendidas por el personal de salud en sus partos; igualmente, ellas han construido una opinión propia a partir de experiencias de terceros, en muchos casos negativas.

“Yo creo que los médicos hacen cesárea porque quieren ganar algo. Para que asciendan. Para que se gradúen algo así. Claro que ganan algo. Yo le veo así. Mientras más operan, aunque no tengan porqué operar. Cuando esté grave o cuando esté estrecha la mujer ahí sí, pero cuando puede dar a luz normal, ¿para qué? Otra señora que es paisana, también murió...” (Hermelinda, mujer awajún de 60 años)

Esto último conlleva consecuencias negativas, pues al ser mujeres mayores (madres, abuelas y suegras) podrían influenciar de alguna manera en la decisión de las mujeres menores de su familia, tal como en el caso de Nelly (madre awajún). Por este motivo, es importante

considerar trabajar con ellas también, a pesar de que ya no sean potenciales usuarios del servicio de parto.

“Yo creo que dar a luz en el puesto de salud u hospital es más fácil. Mi primer hijo lo tuve en mi casa y he sufrido mucho. He sufrido bastante. Como tú estás en tu casa así nomás es, casi morí del dolor. No podía aguantar. A pesar que mi mamá no quería que diera a luz en el centro de salud, como ahí hay algunas que no dan a luz rápido le hacen cesárea y se la llevan, por eso. Mi mamá se oponía mucho... Ya mi segundo parto, me pusieron 2 ampollas y bien rapidito le boté. No estuve sufriendo.” (Nelly, madre de 27 años)

En contraste con lo anterior, hay mujeres awajún que sí se encuentran más dispuestas a dar parto institucional, reconociendo que el servicio es menos riesgoso o más beneficioso que el parto en el hogar. Efectivamente, ellas tienen un perfil diferente, ya que cuentan con más recursos económicos, redes de apoyo y educación. Por ello, su margen de decisión fue más amplio con respecto a la manera en que se desarrolló de su embarazo, así como el momento de su parto. No obstante, este grupo de madres awajún no se encuentra de acuerdo en su totalidad con los protocolos del sistema de salud biomédico. Entre los procedimientos médicos que prefieren evitar, se menciona el miedo a las cesáreas, sienten vergüenza e incomodidad con los tactos para medir la dilatación, los masajes fuertes para extraer la placenta, el estar desnudas durante el alumbramiento y las miradas por parte de desconocidos a sus órganos reproductivos. De igual manera, se sienten perturbadas al ser atendidas por diferentes proveedores de salud al momento del parto, en especial, en los casos que estas personas resultan ser practicantes o varones.

“Yo creo que los que me atendieron eran practicantes porque primero aparecía una cara, luego, otra cara y así. Y cada cara que venía me tenía que preguntar que a qué hora me bajó tal cosa, que a qué hora se te bajó el sangrado, en qué mes, qué fecha, quién es, cómo te llamas, esas cosas. Y en ese rato que tú estás con dolor. Hasta en una oportunidad reventé y les grité: “¿Qué tanto me preguntan?!” [risas]. En un hospital siempre hay eso. Y en el hospital te tocan a cada rato, te ven todo. Eso incomodaba. Y cuando la placenta se quedó adentro, otra vez tenían que abrirte y

revisarte. Cuando te quedan bolas de sangre como coágulos, te aplastan la barriga. Y no les importa si duele o no a las enfermeras ahí. En mi segundo parto, cuando yo di a luz ahí, estaba tan desnuda, tan abierta, todos miraban. Después que di a luz, no me taparon. Seguía echada ahí, calata. Si ya había dado a luz. Cuando me sacaron la placenta también, me apretaron muy duro, les rogaba por favor que tuvieran cuidado...” (Lucett, madre awajún de 32 años)

Como se observa en la cita, las mujeres awajún consideran ciertos protocolos anatómico-políticos como una manipulación y muchas veces los cuestionan, lo cual ni siquiera se produce con tal fuerza por parte de las mujeres occidentales, ya que dichas intervenciones se encuentran más naturalizadas y legitimadas desde un supuesto discurso científico, objetivista y neutral. Por lo tanto, el quejarse directamente de ciertos procedimientos o simplemente no asistir en lo absoluto a un centro de salud son formas de manifestar resistencia e inconformidad sobre la manera en que el Estado les impone biopolíticas bajo la lógica del sistema biomédico occidental.

Un aspecto del enfoque intercultural muy decisivo es la horizontalidad en el trato entre proveedores de salud y usuarias, pues este afecta directamente las decisiones que estas últimas toman sobre atenderse o no en el Hospital de Santa María de Nieva. Por un lado, algunas de estas mujeres entrevistadas afirmaron que no se sintieron satisfechas con la atención que recibieron. Por este motivo, prefirieron dar parto en sus casas, pues así pudieron obtener el trato adecuado según sus costumbres, así como los cuidados de personas de confianza, como familiares y parteras.

“Yo no me he atendido en el hospital mis partos porque no tengo DNI, nunca he podido sacar. No tengo SIS. Mis hijos sí tienen DNI. Si no tengo DNI, entonces no puedo atenderme. Vinieron aquí, los del hospital para ayudarme a dar parto en mi casa, pero cuando vinieron me dijeron: “que por qué no has venido, que por qué no sacas seguro”. Pero si no tengo dinero pues, ¿cómo? Aparte me tratan mal. Se amargan rápido, se molestan. Alguna vez me han gritado, me dijo: “tú no quieres venir, ni que fueras un animal para

no tener DNI". Me trataron mal, me trataron feo. La enfermera me dijo eso. No me gustaría volver..." (Virgilia, madre awajún de 28 años)

Por otro lado, algunas mujeres awajún manifestaron que en medio de la situación desagradable que comprometía el dolor del parto y los procedimientos médicos, pudieron encontrar ciertos momentos de alivio en la atención que se brindó por parte de algunos miembros del personal de salud. En este sentido, estas mujeres sintieron que estos profesionales se preocuparon por ellas, considerando este tipo de relación como la más adecuada para el difícil momento que estaban pasando.

"Bueno ahí en toda esa situación terrible, siempre hay un doctor y el me trataba como para que tu confíes. Me trató bonito. Fue amable, "que así es el parto", "que tú eres primeriza", "que no tengas miedo", "soy el doctor y te voy a cuidar", "que cualquier cosa avise" y así. Y esa confianza me salió bien. Y había una obstetra que me conocía y me visitaba, aunque no era su turno. Fue algo lindo, por un lado." (Lucett, madre awajún de 32 años)

Como se observa en las citas anteriores, si bien en el Hospital de Santa María de Nieva no todos los proveedores de salud dan un mal trato, es necesario mencionar que sí existen los casos. Esta situación es preocupante porque la calidad del servicio que se brinda puede variar dependiendo mucho de la persona que atienda en el momento. Además, por casos puntuales (como el de Virgilia) se crea un mal concepto generalizado del establecimiento de salud, así como desconfianza y rechazo por parte de la población awajún.

Como parte de los hallazgos, se encontró que la experiencia de parto varía mucho dependiendo de los recursos domésticos y las redes de apoyo con las que cuenta la usuaria en el momento. Las mujeres awajún dedican todos sus recursos disponibles con el fin de sobrevivir a esta experiencia de parto. De estos recursos, el principal es el de nivel doméstico, el cual consiste en la capacidad que tiene la familia para conseguir dinero en efectivo de manera rápida frente al parto o una emergencia obstétrica, tales como: ahorros, animales, tierras, ciertos

productos, etc. Estos recursos pueden limitar o facilitar la manera en que las madres awajún deciden dar a luz, brindándoles un margen más amplio de agencia y libertad.

Existe una tendencia observable, pues a más recursos y redes de apoyo estables, es menos probable que las mujeres awajún escojan el Hospital de Santa María de Nieva como primera opción para dar su parto. Algunas intentan trasladarse a hospitales mejor equipados y más complejos, a clínicas privadas o, por último, dan a luz en sus casas. Esta situación es preocupante, pues da cuenta sobre la falta de confianza que tienen estas gestantes por su centro de salud local.

“Yo me embaracé a los 42 años. Acá cuando me hacía controles en el SIS. Yo en ese entonces no tenía dinero, yo soy de extrema pobreza y lo sentí como una ayuda grande. Me aseguré y el ginecólogo que me atendía me decía que era añosa, que tenía riesgo. Entonces entre tantos controles, me decía que iba a ser cesareada porque mi útero no hacía contracción. Yo tuve mucho miedo dar a luz, pensé que iba a morir. Como tengo familia y hermanos en Trujillo, pensé en despedirme de ellos porque ya aseguraba mi muerte. Y luego cuando quise regresarme a Nieva, ellos me convencieron para dar a luz allá (en Trujillo). Es que es un hospital más grande, más complejo...” (Amelia, técnica awajún)

“Yo sentí más privacidad en la clínica de una amiga. Me fui a dar a luz allá. Es que como yo también he estudiado en la universidad y en el Hospital te atienden también practicantes. Aparte que la atención es deficiente. No quería que manipularan mi cuerpo, los practicantes porque yo he visto casos. No quería que me vean. Eso no me gustaría. Igual tenía mucho temor en dar en la clínica. En Establecimiento de Salud, en realidad sí hacen el esfuerzo de atender bien, muy a pesar de que el sistema de salud no le facilita con los insumos necesarios porque muchos de los puestos de salud están abandonados. Ellos hacen el esfuerzo.” (Clelia, consejera regional, madre awajún de 43 años)

Por lo expuesto anteriormente, se concluye que es necesario trabajar en la calidad del servicio con el fin crear lazos de confianza con las usuarias y cumplir con sus expectativas de atención. Para ello, es clave contar con una adecuada capacidad resolutoria y mejorar ciertos aspectos de la atención, enmarcado en una relación más horizontal entre

proveedores y pacientes. Esto último comprende la mejora del trato y cambios en el protocolo biomédico para incluir los tratamientos propios del sistema de salud awajún. Si se toma en cuenta todo lo anterior, la población potencialmente usuaria puede llegar a convencerse de elegir como primera opción al Hospital de Santa María de Nieva.

4.2. La convergencia de ambos sistemas de salud, el biomédico y el indígena-awajún

Esta investigación considera que las mujeres no son objetos sobre los cuales impactan pasivamente las políticas del Estado, sino más bien sujetos activos que gestionan su propio bienestar e inciden en las prácticas de salud de su comunidad. Por ello, en la presente sección se mostrará la manera en que las mujeres awajún utilizan ambos sistemas de salud, tanto el biomédico como el indígena-awajún, con el fin de satisfacer sus necesidades asociadas al periodo pre-natal, el parto y el puerperio.

Actualmente, es muy común que las madres awajún usen ambos sistemas de salud en su vida cotidiana, lo cual es una perspectiva intercultural porque para ellas ambas cosmovisiones son válidas por igual, siendo no necesariamente contradictorio su uso en simultáneo. Bajo esta lógica, construyen una narrativa sobre la salud en la cual usan lo mejor de ambos sistemas de salud, aplicando distintas estrategias y recursos con el fin de obtener lo que ellas consideran como los resultados más efectivos al momento de complicaciones o emergencias.

“A mí me acomodaron al bebé y me eché plantitas porque las parteras utilizan sus plantas medicinales y los médicos utilizan oxitocina para acelerar el parto, el cogollo de algodón o piri piri. Es igual. La partera te acomoda. Miles de años han dado a luz así y de la noche a la mañana no se puede cambiar la concepción, está muy enraizada. El sistema de salud debería adecuarse. Hay normas, pero poco se practica... Mi embarazo fue una mezcla, tenía en la mente lo que en mi cultura dicen que si lloras en tu primer parto, así te va a pasar en los demás. Y la obstetra me

trataba de apoyar psicológicamente. Igual traté de ser fuerte.” (Clelia, consejera regional, madre awajún de 43 años)

El embarazo también es un periodo fundamental para la cultura awajún, por ello las gestantes intentan cuidarse durante esta etapa con el fin de no tener complicaciones durante el parto. Dado que los conocimientos en este sistema de salud se transmiten de una generación a otra, las mujeres más jóvenes siguen los consejos de las mujeres mayores de su familia, sea sus abuelas, sus suegras o sus madres. De esta manera, se guían y se apoyan para seguir ciertos tratamientos y prácticas propias de su cultura.

“Yo me atendí mis dos partos en la clínica, el segundo fue cesárea. Pero me cuidé en mis embarazos. Siempre escuchaba de las madres mayores que no hay que tragar mucho aire y tu bebé que está encajado lo subes nuevamente con ese aire. Yo pensando, lo hacía y es verdad. Siempre escuchaba los consejos de las personas mayores. En este caso, el daño que hace la ventosidad para el bebé.” (Rocío, madre awajún de 27).

A continuación, se presentará el testimonio de Marilú, promotora de salud awajún. Ella trabaja como voluntaria en el Hospital de Santa María de Nieva, encargándose de convencer a las madres de su comunidad para que den a luz en el hospital, vacunen a sus hijos, tengan controles pre-natales, etc. Su experiencia de parto fue muy particular, ya que durante sus controles pre-natales los especialistas médicos le recomendaron hacerse una cesárea porque su bebé era demasiado grande, situación que podría comprometer su vida al momento del parto. A pesar que Marilú conoce y confía en el personal de salud, no estaba de acuerdo con este protocolo, pues lo consideraba muy riesgoso e invasivo. Entonces, ella acudió a su tío, un yerbero, quien le recetó tomar ayahuasca. De esta manera, ella pudo reducir su barriga y dar parto vertical normal en el Centro de Salud.

“Me dijeron que mi bebé estaba grande, vine y mi mamá me contactó con un tío que hace ayahuasca. Entonces, estando embarazada yo tomé. En el hospital me decían que no lo haga, que

mi hijo podría nacer mal. Igual tomé y vomité y vomité hasta quedar débil. Y se bajó mi barriga. Funcionó. Me dijeron que tenía aire adentro. Vomité y se quedó normal mi barriga. Eso me pasó...” (Marilú, promotora de salud awajún de 21 años)

El testimonio anterior es preciso al demostrar la lógica detrás de las prácticas de salud de estas mujeres, especialmente porque ellas tienen una concepción de riesgo muy diferente al de una persona no awajún. En este sentido, frente a un problema o complicación, usan todos los recursos, saberes y tratamientos disponibles en ambos sistemas de salud con tal de tener una solución más eficaz.

En conclusión, esta cosmovisión intercultural se evidencia sobre todo cuando el establecimiento de salud no puede cumplir con ciertas expectativas de atención al momento de resolver complicaciones durante el periodo de gestación o del parto. Por consiguiente, las madres buscan otro tipo de recursos o alternativas para cubrir sus necesidades, tomando tratamientos o estrategias alternativas al sistema de salud biomédico. Por este motivo, es fundamental implementar el enfoque de interculturalidad a los servicios públicos, mejorar la calidad de atención y la capacidad resolutive del hospital. En este sentido, al tener acceso a un servicio de calidad, acorde a sus derechos y su cultura, se podría solucionar satisfactoriamente las necesidades de las mujeres awajún.

4.3. La situación de las especialistas indígenas, las parteras

En esta sección de la investigación se pretende describir la situación de las parteras y cómo su rol en la comunidad ha ido cambiando hasta la actualidad. Posteriormente, se analizará la manera en que estas especialistas indígenas se vinculan con los proveedores de salud y cómo ellas se ven involucradas en el servicio de parto institucional.

Históricamente, en muchas sociedades las mujeres vienen asumiendo ciertos roles relacionados a la salud, tales como el cuidado de los enfermos, los partos, la crianza de los niños, la alimentación de la familia,

la limpieza del hogar, etc. La sociedad awajún no es la excepción, ya que las mujeres gestionan su propio bienestar e inciden en las prácticas de salud de su comunidad. Tradicionalmente, las funciones relacionadas a la reproducción se les atribuían a las parteras, quienes aplican los saberes que tienen sobre el cuerpo y el uso de plantas medicinales, basados en su experiencia empírica y el conocimiento acumulado de generaciones anteriores.

Actualmente, las parteras awajún trabajan en una situación precaria y de vulnerabilidad, pues no perciben un salario o remuneración por el trabajo que hacen en su comunidad. Por este motivo, es muy usual que ellas cuenten con otro tipo de trabajos aparte para mantenerse. Dado el escaso valor asignado a la labor de las parteras, las nuevas generaciones no tienen interés en continuar o aprender sobre esta actividad. Efectivamente, las únicas parteras que quedan en Nieva son adultas mayores, de 54 a 62 años. Por ello, se cree que sus saberes y conocimientos podrían llegar a extinguirse en los próximos años.

“Yo antes no cobraba. Mis padres y mis hijos me decían partera pobre porque cuando yo ayudaba me decía la gente: “¿Qué cosa quiere señora?” Yo les respondía: “¿Qué me puedes colaborar conmigo?” y dos huevitos me daban, así me daban... Yo no tengo aprendiz. Ya nadie se encuentra interesado en lo que yo hago.”
(Estefita, partera de 55 años)

Esto último no siempre fue así, pues las parteras afirman que en algún momento tuvieron el monopolio de atención de partos en Santa María de Nieva, ya que en aquel entonces no existía ningún centro de salud cercano ni mucho menos personal estable laborando. En este sentido, todas las parteras de la ciudad declararon que en algún momento de su juventud el MINSA las capacitó para detectar signos de alarma en las gestantes para que, en esos casos de emergencia obstétrica, ellas pudieran acercarse con la parturienta al establecimiento de salud más cercano.

“Ahora ya están los médicos, obstetrix, técnicos sanitarios... Cuando yo atendía no habían. Nos habían dado capacitaciones. Sí nos dieron, como 3 veces. Nos daba ESSALUD. Cómo había que atender, eso nos orientaban más.” (Estefita, partera 55)

A pesar que en la actualidad ya ninguna recibe capacitaciones como partera, igualmente intentan participar en su comunidad como promotoras de salud. Con previa capacitación o consejería que reciben por parte del personal del hospital, ellas ayudan a los servidores de salud a acercarse a sus pacientes, apoyan en la preparación de la atención y crean relaciones de confianza entre el personal de salud y las usuarias.

“Yo me he capacitado como promotora de salud, pero no para partera. Como no había nadie en la comunidad que trabajara con las mamás yo me ofrecí y fui a capacitarme... Aquí en Hector Peas murió la Sra. Martha. Desde ahí no quieren acercarse al hospital, que el Doctor las mata. Hicieron denuncia. Por eso cuando les llevo al Hospital y no quieren yo les digo: “vamos yo te voy a ayudar, te voy a apoyar. Tienes que ir a hacerte ecografía para que veas. Entonces me doy un tiempito para poder ayudarles. Unos dos o tres días me voy a ayudarle.” (Rosario, partera de 54 años)

Excepcionalmente, es cierto que las parteras aún siguen brindando sus servicios de parto vertical domiciliario. Sin embargo, ellas lo hacen de manera muy discreta, pues no quieren ser denunciadas en caso de una muerte materna. Ellas explican que esto mucho depende del caso y del contexto en que se encuentra la gestante. Normalmente, esto último sucede cuando las mujeres vienen a buscarlas desde comunidades muy alejadas, cuando es un día festivo y no hay personal disponible o también cuando las embarazadas no tienen documentos o DNI, entre otros casos extremos.

“Nunca me han dado certificado de las capacitaciones que me dieron. En base de eso, yo no puedo atender. Puede venirse mal y me pueden juzgar por eso porque profesional no tengo nada yo pues. Ahora es así. Por eso yo evité nomás. A mí me hacen amenaza que si pasa algo yo tengo que responder. Así dicen. Los médicos nos han avisado que si no tenemos certificado no podemos atender.” (Estefita, partera de 55 años)

Normalmente, las madres awajún llevan a la partera al hospital con el fin de recibir apoyo psicológico al momento de dar a luz. Por este motivo, algunos proveedores de salud suelen coordinar con las parteras antes y durante el parto, ya que las mismas pacientes piden que se queden con ellas y las acompañen en todo momento. De esta manera, las usuarias del servicio se sienten más seguras. Además, cuando la partera presencia el parto institucional, también se encarga de monitorear el trabajo que realiza la obstetra. Esto último también puede resultar en un problema, pues en caso de que la gestante necesite una cesárea, ambas se opondrán a este protocolo, comprometiendo así la salud de la usuaria.

“En el caso de mi segundo embarazo, yo lo llevé a una partera a la sala de parto. La partera es cuando te dicen que tienen que operarte y las señoras normalmente dicen que no. Entonces, yo teniendo eso en mente, por si me decían que me iban a operar, me iba con la partera y ella me sacaba. Así hacen algunos. Es que en el hospital si ven que tú no puedes [dar a luz] ya están llevándote para operación. Mejor para eso una partera. Yo le tengo miedo a la cesárea que me metan así algo y tengo miedo de morir. Aparte que dicen que el dolor de la operación te viene cada mes.” (Lucett, madre awajún de 32 años)

A causa de la normalización de las biopolíticas de regulación de la salud y por ende la medicalización del parto (el cual ha sido desarrollado especialmente por hombres, de clase alta o media y occidentales), se va excluyendo progresivamente los conocimientos de las parteras a partir de un proceso de descalificación y confrontación de sus prácticas. Efectivamente, por los testimonios recogidos, queda claro que la decisión de que las parteras no atiendan partos no depende enteramente del servidor de salud de primer nivel, ya que es una orden que viene de arriba, está jerarquizada.

“Es mejor que la paciente venga al hospital, pero que la partera induzca esa confianza a venir al hospital porque usted sabe que el parto institucional es lo que se exige en nuestros contratos. Entonces si tú no cumples mucho eso, estás observada.” (Amelia, técnica awajún)

En este sentido, el servicio intercultural que se brinda en el hospital está siendo ejecutado para que las parteras sean solo un medio, pues al final no se pretende mantener su rol o rescatar sus saberes. En otras palabras, no las quieren como parteras, solamente como promotoras de salud. Este aspecto también se refleja en La Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural, pues en ambas versiones de la estrategia sanitaria se invisibiliza a este actor al no darle funciones específicas, excluyéndolo totalmente del protocolo médico. Esto último se observa en el testimonio de Amelia, técnica awajún, quien sí considera y valora el trabajo que hacen las parteras. Sin embargo, ella afirma que los médicos que no son de la zona, no suelen compartir la misma opinión.

“Es difícil entenderse con los médicos. Así es la gente que no entiende. Con la gente médica no vas a poder entenderte. Uno está preparado de una manera y ellos de otra manera. Eso es lo que complica. Se cierran mucho. Ellos tienen que hacer como ellos han estudiado, como las normas, como las directivas. Más bonito sería investigar sobre cómo una partera trabaja si ella no ha estudiado, tienen un don. Si falla la partera, que se le enseñe. ¿Eso no te parece que sería más bonito? Deben perfeccionar y capacitar a las parteras. El paciente no quiere al profesional. Cuando llega su parto acaso dicen: “¡Llaman a la obstetra!”. No, ellos te dicen: “tía, tú ayúdame, por favor ayúdame”. Mientras que no está la obstetra. Y luego, a veces conchudos vienen y le riñen a la partera. Y la pobre viejita tiene que aguantarse.” (Amelia, técnica awajún)

Si se toma en cuenta que la mayoría del personal que trabaja en el Hospital de Santa María de Nieva tiene educación médica occidental y sus lugares de origen son la costa norte del Perú y Lima. Entonces, es comprensible que proviniendo de un contexto cultural diferente sea difícil el poder aprender, comprender, incluir y valorar las prácticas culturales de salud de la comunidad en la que trabajan. Por ello, existen los casos de algunos proveedores de salud que se muestran reacios al momento de dejar participar a las parteras en los partos institucionales, por más que la gestante lo solicite.

“¡Mira, tú has escuchado! La Noelia [obstetra] no quiere que Amalia atienda. Noelia [obstetra] dice que por qué se mete. Yo le respondo que se mete porque la gente la llaman. A veces yo escucho que las obstetras le dicen a Amalia que qué hace en la sala de parto si su trabajo es el de la limpieza. Lo que no saben ellas es que como ella es partera, muchas personas confían en ella.” (Amelia, técnica awajún)

En menor medida, otros trabajadores del Hospital de Nieva demuestran que sí reconocen los conocimientos de las parteras sobre salud reproductiva, así como su capacidad de convencer a sus pacientes.

“Las parteras tienen conocimiento empírico, sin hacer tacto ya saben que no va a salir todavía el bebito. Te dicen: “está acá” “no va a salir”. Y sin hacer tacto saben. Y uno se pregunta ¿Cómo sabe? Te parece extraño. Esto es algo muy curioso e interesante. Es algo que ellas saben de la tradición de sus abuelitas. A veces en las comunidades se trabajan con las parteras porque ellas hablan con la gestante y le hacen más caso que a la misma obstetra.” (Helen, Obstetra)

Aunque algunos servidores de salud no lo quieran reconocer, es importante mantener una comunicación efectiva con las parteras, pues ellas juegan un rol fundamental en la construcción de lazos de confianza con la comunidad. Además, las parteras pueden llegar a convencer a las pacientes críticas de atenderse en el centro de salud. A pesar de que ellas casi ya no atienden partos, participan de otra forma en la atención de las gestantes, acomodando al bebé, dando masajes o motivando a la usuaria.

“Las parteras ellas [las gestantes] la escogen y se le aconseja bastante, se le da mucha capacitación para que las parteras puedan identificar el peligro y para que hablen con las gestantes ¿no? Y también el hospital les da combustible para cuando haya problemas, pueda trasladarse el paciente...” (Amelia, técnica awajún)

Como se puede observar, la forma en que se relaciona el personal de salud con las usuarias del servicio depende también de la coordinación que estos tienen con las especialistas indígenas del lugar. Estos actores necesitan trabajar conjuntamente atendiendo las necesidades y los

problemas en salud de la población awajún. Las parteras tienen un papel fundamental al actuar como nexos entre la población y el sistema sanitario, pues ellas pueden llegar a facilitar la implementación de la Norma Técnica de Parto Vertical. En efecto, para que esta estrategia sanitaria haya podido mejorar los resultados ya expuestos, se tuvo que recurrir a las parteras en años anteriores.

“Para mí, la atención que brindan en el Centro de Salud está bien; pero les falta bastante que coordinen con las madres de la comunidad y las parteras, que haya coordinación para hacernos entender ambos lados pues. El pueblo siempre ha piteado para que los médicos trabajen con parteras tradicionales, para que puedan ayudarles. Pero parece que no quieren. No quiere que le apoyemos.” (Estefita, partera de 55 años)

Como se muestra en la cita anterior, el servicio de parto vertical en el Hospital de Nieva se implementando desde una mirada de interculturalidad funcional, ya que no está pensado ni ejecutado para que las relaciones entre el personal de salud y las parteras sean equitativas ni buscan lograr un verdadero intercambio enriquecedor. Por consiguiente, solo se quiere a la partera como promotora de salud, sin incluirla de ninguna manera en el sistema de salud estatal. Como consecuencia más grave, el no valorar el rol que tienen los especialistas indígenas podría ser percibido por la población como una falta de respeto a ellos mismos, a su cultura y prácticas de salud.

“La partera muchas veces no es valorada. Un profesional se ha formado desde la universidad, pero la partera se ha formado de toda su vida, desde su vivencia y conoce sus plantas. Sin embargo, a ella no se le valora, pero al profesional sí se le paga. Mi mamá es partera. Y la partera también tiene familia que cuidar. De alguna manera a la partera para reconocerla, que no sea una competencia...” (Clelia, consejera regional, madre awajún de 43 años)

Esto último sucede porque no se perciben los sistemas de medicina indígena locales como válidos por sí mismos sino como prácticas que tienen que ser validadas desde el sistema de salud

biomédico. Como consecuencia, estos saberes no se pueden incluir o reconocer en el servicio de salud estatal. Desde el enfoque de interculturalidad de AIDSESP, este tipo de deslegitimación o legitimación (desde la mirada de la biomedicina occidental) es una visión colonialista de ver la salud que genera desconfianza a nivel individual y colectivo.

En conclusión, se están logrando resultados importantes cuando se trabaja en conjunto con las parteras, pues ellas funcionan como un nexo entre el servicio y las usuarias. En efecto, esto está ayudando al MINSA a alcanzar las metas de cobertura. En este sentido, la estrategia sanitaria puede ser percibida como exitosa. Por el contrario, desde el enfoque de interculturalidad, se puede observar que los saberes que estos actores poseen como especialistas indígenas también se están dejando de lado al reemplazar su rol de parteras por promotoras de salud. Esto último sumado a que ya nadie quiere desempeñarse como partera por la escasa remuneración y los riesgos legales que implican una muerte materna, reduce que poco a poco esta función y que sus conocimientos se estén perdiendo con el pasar de los años.

CONCLUSIONES

Con respecto al alcance o pertinencia del enfoque fenomenológico para abarcar metodológicamente esta investigación, se encontraron limitaciones en la recopilación directa de información con respecto a las relaciones sociales entre los proveedores del servicio de salud y las usuarias. Lo ideal hubiera sido presenciar y observar directamente las consultas prenatales y los partos. No obstante, considerando el contexto, no era viable porque las mujeres awajún eran demasiado reservadas siquiera al momento de hablar sobre sus partos. Al principio no querían comentar al respecto, por lo que se tuvo que cambiar de estrategia para hacer el primer contacto. Por este motivo, se siguió el método de “bola de nieve”, el cual consiste en generar confianza a través de contactos o redes de mujeres.

A pesar de que el enfoque de interculturalidad es relativamente reciente, ha tenido que pasar por un largo proceso para posicionarse en una estrategia sanitaria que incluya a la población indígena. En efecto, existieron anteriores enfoques aplicados a políticas sociales que también buscaban aportar a solución del problema de la mortalidad materna, lo cual siempre fue una preocupación para el Estado. Sin embargo, la forma en cómo esta problemática fue abordada no siempre fue de la manera más pertinente, pues dependió mucho del contexto y la situación coyuntural del momento.

Aunque las tasas de mortalidad materna, neonatal y la cobertura siguen manteniendo las brechas entre las zonas urbanas y rurales, han venido mejorando en promedio nacional con el paso de los años. De igual manera, no existe información o datos precisos que aseguren una relación de causalidad entre la mejora de dichos indicadores y la implementación de esta estrategia sanitaria, ni el alcance o el impacto que esta tiene en la población. Esto último, se debe en parte a que la implementación de la Norma Técnica para la Atención del Parto vertical

con Adecuación Intercultural se ha ejecutado en simultáneo con otro tipo de estrategias sanitarias.

Al estudiar cómo esta estrategia sanitaria se ha implementado a nivel local, se pudo encontrar un desfase entre lo que la política planteaba o proponía y lo que ocurría realmente. Este aspecto era totalmente esperable, pues La Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural al igual que cualquier política que es implementada, suele tener efectos que sobrepasan los diseños e intenciones de sus creadores, pues una vez que son implementadas entran en una compleja red de relaciones e interacciones con varios actores e instituciones.

En general, esta investigación concluye que el servicio que se brinda en el Hospital de Santa María de Nieva podría ser calificado como culturalmente funcional sin llegar al grado de una interculturalidad simétrica, ya que no se llega a un cambio sustancial en las relaciones sociales entre usuarias y proveedores de salud. Este último aspecto es fundamental para el aumento de la cobertura y la mejora en la calidad de atención.

En efecto, no se llega a mejorar el trato del todo, manteniéndose así relaciones jerárquicas entre los proveedores de salud y las usuarias del servicio. En este sentido, la situación del Hospital de Santa María de Nieva es preocupante debido a que el grado y la forma en que se incorpora el enfoque de salud intercultural depende únicamente del compromiso que tienen los trabajadores del hospital, por lo que la calidad de atención varía dependiendo de cada individuo.

Adicionalmente, por la manera en que algunos miembros del personal de salud se expresan sobre sus pacientes, se pueden identificar las figuras de tutor y tutelado. Por ello, se teme que estos últimos se sientan con la legitimidad de decidir sobre la salud reproductiva o el

cuerpo de sus pacientes, sin tomarlas mucho en cuenta al momento de planificar o atender su parto. En consecuencia, el trato que brinda el hospital y la confianza que tienen las mujeres al servicio se verían afectados por este tipo de relación asimétrica.

Además, debido a que la cultura de las usuarias es considerada como una barrera que dificulta cumplir las metas de cobertura del personal de salud, (en vez de que esta sea parte de la solución o de los derechos de las mujeres awajún) se producen disputas entre ambos actores los cuales se esfuerzan por imponer o resistir a las diversas visiones sobre lo que es un riesgo o algo beneficioso para la salud. En consecuencia, esto último termina afectando directamente en la confianza del establecimiento de salud y, a la vez, genera rechazo por parte de la comunidad awajún.

Asimismo, se encuentran diferencias entre trabajadores awajún y no awajún con respecto a apertura a las concepciones de los usuarios, destreza en sus prácticas culturales, el trato y la apertura para conversar con los especialistas indígenas de la zona, como las parteras. En este sentido, el personal awajún es capaz de articular saberes para enriquecer el servicio de parto, implementando la interculturalidad con un enfoque más igualitario y basado en derechos de sus pacientes.

En este sentido, se encontró que algunas obstetras rechazan totalmente el colaborar con parteras y no valoran sus conocimientos medicinales. Sin embargo, estas mujeres awajún juegan un rol fundamental en la construcción de lazos de confianza con la comunidad. Las parteras ayudan a los servidores del servicio a acercarse a sus pacientes, apoyan en la preparación del alumbramiento y crean relaciones de confianza entre el personal de salud y las usuarias del servicio.

Del mismo modo, se puede observar que los saberes que las parteras poseen como especialistas indígenas también se están dejando

de lado al reemplazar su rol por el de promotoras de salud. Esto último sumado a que ya nadie quiere desempeñarse como partera por la escasa remuneración y los riesgos legales que implican una muerte materna, produce que poco a poco esta función y sus conocimientos se estén perdiendo con el pasar de los años.

Si bien la interculturalidad es un enfoque importante por ser una dimensión en la calidad de atención, hay que otros factores que influyen o limitan fuertemente la capacidad resolutive de del Hospital de Santa María de Nieva, tales como la falta de recursos humanos, equipamiento, infraestructura, etc. Estas limitaciones repercuten en la eficacia que tiene el centro de salud para responder oportunamente a emergencias obstétricas, así como en la relación confianza de la comunidad con su establecimiento de salud.

Por lo todo mencionado anteriormente, es lógico que las mujeres awajún no estén satisfechas con el servicio y no tengan buenas expectativas o referencias de este. Por estos motivos, ellas buscan alternativas propias de su sistema de salud indígena (acudiendo a curanderos, yerberos y parteras) para solucionar sus complicaciones obstétricas y satisfacer sus necesidades de salud sexual reproductiva.

En este sentido, la experiencia de parto varía mucho dependiendo de los recursos domésticos y las redes de apoyo con las que cuenta la usuaria del servicio en el momento. A más recursos y redes de apoyo estables, es menos probable que las mujeres awajún escojan el Hospital de Santa María de Nieva como primera opción para dar su parto. Algunas intentan trasladarse a hospitales mejor equipados y más complejos, a clínicas privadas o, por último, dan a luz en sus casas. Esta situación es preocupante, pues da cuenta sobre la falta de confianza que tienen estas gestantes por su centro de salud local.

BIBLIOGRAFÍA

Abad, L.

(2014) *Salud intercultural y pueblos indígenas: La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú*

(2014) *Reflexiones en voz alta acerca de las precisiones e imprecisiones de la llamada salud intercultural*

Albó, X. (2014) *Interculturalidad y salud*

Anderson, J. (2001) *Tendiendo puentes: Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de salud los servicios de salud*

Arámbulo, C. (2013) *Luces y sombras en torno al Programa Articulado Nutricional. Analizando la política pública desde la relación Estado–Sociedad Civil en el Perú, durante el periodo 2000–2012*

Berthin, G y M. Espinoza. (2010) *Unidad 3: Breve Introducción a las Políticas Públicas para la Gobernabilidad Local en América Latina. En: Gobernabilidad Democrática Local y Procesos de Descentralización para el Desarrollo Humano, Escuela Virtual del PNUD.*

Cabruja-Ubach, T. (2014) *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.*

Castañeda, I. (2014) *El marco teórico en la investigación en salud con enfoque de género. En: Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40 (2):249-257*

Callon M. (1986) *Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St Brieuc Bay. En: J. Law, Power, action and belief: a new sociology of knowledge? London, Routledge, pp.196-223.*

Caramés, M. (2014) *Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente.*

CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES (2016) *Distribución de muertes maternas Perú 2016*

CEPAL (2007) *Panorama social de América Latina 2006. Santiago de Chile: Naciones Unidas.*

Comelles, J. (2014) *El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI*

Correa, N. (2011) *Interculturalidad y Políticas Públicas. Una agenda al 2016*. Lima: CIES

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

(2008) Informe Defensorial N°134

(2015) Informe Defensorial N°169

(2002) Informe Defensorial N°69

(1999) Informe Defensorial N°27

(1999) Informe Defensorial N°25

(1998) Informe Defensorial N°7

Ehrenreich, B. y English, D. (2010) *Por tu propio bien: 150 años de consejos expertos a las mujeres*.

Espinosa, O. (2009) *Ciudad e identidad cultural. ¿Cómo se relacionan con lo urbano los indígenas amazónicos peruanos en el siglo XXI?* En: Bulletin de l'Institut français d'études andines <http://bifea.revues.org/2799>; DOI: [10.4000/bifea.2799](http://dx.doi.org/10.4000/bifea.2799)

Estrada, J. (2009) *La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable*. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Bogotá (Colombia), 8 (17): 106-122.

Fassin, D. (2004) *Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud*. Revista Colombiana de Antropología 40: 283-318.

Fernández Juárez G. Coord. (2004) *Salud e Interculturalidad en América Latina*. Cooperación España Bolivia; Abyla Yala, Universidad de Castilla Mancha, Quito Ecuador.

Foucault, M. (1976) *Histoire de la sexualité*. 1. La volonté de savoir. Gallimard. París

Fuller, N. (2009) *Relaciones de Género en la Sociedad Awajún*. Lima – Perú.

Galdos, S. (2013) *La Conferencia de El Cairo y la Afirmación de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como Base para la Salud Sexual y Reproductiva*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

García, R. y García, M. (2010) *La gestión para resultados del desarrollo. Avances y desafíos en América Latina y el Caribe*. Oficina de relaciones externas del Banco Interamericano de Desarrollo

Geertz, C. (1987) *Interpretación de las culturas*

Huayhua, M. (2006) *Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas.*

INSTITUTO NACIONAL DE DESARROLLO DE PUEBLOS ANDINOS, AMAZÓNICOS Y AFROPERUANO (2010) *Aportes para un enfoque intercultural.* Lima: Indepa.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

(2007) Censo Nacional

(2010) Resultados de la Encuesta Nacional de Hogares 2009. Lima: INEI.

(2009) Resultados definitivos del II Censo de Comunidades Indígenas. Lima: INEI.

(2008) Resultados definitivos del Censo Nacional 2007. Lima: INEI.

(1996) Encuesta Nacional de Hogares. Lima: INEI.

(2001) Encuesta Nacional de Hogares. Lima: INEI

(2014) IV Censo Nacional Agropecuario. Lima, p.162

(2015) Encuesta Nacional de Hogares. Lima: INEI

(2017) Censo Nacional

Jibaja,W. (2009) *El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.* En: Boletín Interno N°10 del Partido "Fuerza Popular" Recopilado en: <<http://es.slideshare.net/Fuerza2011eventos/el-programadesaludreproductivayplanificacionfamiliar>>

Lock, M. & N. Scheper-hughes (1990) *A critical-interpretive approach in medical anthropology: Rituals and routines of discipline and dissent.* En T. M. Johnson y C. F. Sargent (dir.). *Medical anthropology. A handbook of theory and method.* Greenwood Press. Nueva York.

Medina, A. & Mayca, J. (2009) *Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis.* En: Revista cultural electrónica Construyendo Nuestra Interculturalidad. Año5. N°5. Noviembre. Lima-Perú. <www.interculturalidad.org>

Michaux, J. (2014) *Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia: de la tolerancia a la necesidad sentida*

Mills, C. (1959) *La imaginación sociológica*

MINISTERIO DE SALUD

(1999) El Parto de la Vida en los Andes y Amazonía del Perú

(1999) Mujeres de Negro: Muerte Materna en Zonas Rurales del Perú

(2005) Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural.

<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>

(2009) Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

(2010) Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional “Salud de los Pueblos Indígenas 2010-2012”. Lima: Minsa.

(2011) Análisis de situación de salud de Amazonas

(2016) Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural

(S/A) Programa Estratégico Salud Materno Neonatal

Nivón, E. & Rosas, A. (1991) *Para interpretar a Clifford Geertz. Símbolos y metáforas en el análisis de la cultura*. Alteridades, 1 (1): Págs. 40-49

Nureña, C. (2009) *Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical*

OPS - Organización Panamericana de la Salud & OMS - Organización Mundial de la Salud (2014) *Estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la región Amazonas 2012*. En: Informe Técnico Proyecto Mejora de la salud de mujeres y niños de poblaciones excluidas en América Latina y el Caribe. Lima: OPS.

Pérez, P. (2015) *El VIH golpea a la Amazonía peruana*. En: El País. Consulta: 4 de noviembre de 2019. https://elpais.com/elpais/2015/11/26/planeta_futuro/1448549343_964635.html

Shore, C. (2010) *La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas*”, antípoda n°10

Tubino, F. (S/A) *Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico*. pp.1-9. Encontrado en: http://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/inter_funcional.pdf

Turner, B. (1992) *Regulating bodies. Essays in medical sociology*. Routledge. Londres.

Wedel, J., C. Shore, G. Feldman & S. Lathrop (2005) *Towards an Anthropology of Public Policy*. The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences, No. 600, pp. 30-51.

Yon, C., C. Chávez & C. Cárdenas (2015) *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural*

Amazónica de AIDSESEP a la salud intercultural: Estudio de caso en dos comunidades de Amazonas



ANEXO 1

Tabla 1: Tabla de operacionalización

OBJETIVO GENERAL	VARIABLE DEPENDIENTE	CONCEPTOS/ CATEGORÍAS	DIMENSIONES	INDICADORES	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	HERRAMIENTAS	PREGUNTAS	
Explicar la manera en que se está implementando el enfoque de interculturalidad en la atención del parto en los servicios públicos de salud a nivel local.	El servicio de parto vertical institucional	Capacidad resolutive (Anderson)	Las condiciones laborales en que se encuentran los proveedores de salud al resolver un problema de salud	Sueldo del personal de salud	Personal de salud	Entrevistas	¿Qué tal está funcionando la estrategia de parto vertical en Nieva? ¿Qué problemas encuentra para el aumento de cobertura de partos? ¿El hospital se encuentra adecuadamente equipado? ¿Está satisfecho con el sueldo que recibe? ¿Ha recibido capacitaciones sobre la norma técnica del parto vertical? ¿Cuentan con el personal necesario para brindar un buen servicio?	
				Capacitaciones al personal de salud				
				Equipamiento del hospital				
				Infraestructura del hospital				
		Salud intercultural (Yon, Anderson, Tubino, Albó, Rengifo y Comelles)	La inclusión de tratamientos del sistema de salud indígena al protocolo de parto	el uso de plantas medicinales en el protocolo médico	Personal de salud	Entrevistas	¿Qué prácticas, costumbres o tratamientos awajún usan sus pacientes durante la gestación, durante y después de sus partos? ¿Estás de acuerdo con ello?	
				Relación entre el personal de salud y las parteras	las condiciones en las que se encuentra la partera	Parteras	Entrevistas	¿Desde cuándo es partera? ¿Cuánto le pagan por su trabajo? ¿Tiene aprendizajes? ¿Cómo ayuda a las mujeres para que den a luz? ¿En qué casos lleva a las mujeres al hospital? ¿Qué piensa sobre el personal de salud?
			El trato entre proveedores de salud y usuarias		la participación de la partera en los servicios que brinda el hospital	Personal de salud	Entrevistas	¿Con qué actores de la sociedad civil coordinan? ¿Cuáles son sus aliados? ¿Cómo se promueve el parto vertical en el hospital? ¿Quiénes lo promueven? ¿Qué piensa sobre el trabajo de las parteras?
				Las experiencias que tienen las mujeres awajún al acudir al Hospital de Santa María de Nieva.	mujeres awajún	Entrevistas	Antes de dar a luz, ¿Alguna vez alguien intentó convencerte para parir en el hospital? ¿Qué le parece dar a luz en el hospital? ¿Por qué diste a luz en el hospital? ¿Crees que tu parto hubiera sido diferente si te hubieras en el hospital? ¿En qué sentido? En el caso de volver a quedar embarazada, ¿darías a luz en el hospital? ¿Qué cambiarías? ¿Te hubiera gustado que las cosas hubieran sido de otra manera?	
			Salud (Fassin)	Concepción de salud que las mujeres awajún usan	La concepción que tienen las mujeres awajún sobre el personal de salud del hospital.	mujeres awajún	Entrevistas	En general, ¿qué piensa de las mujeres awajún? ¿Cómo es la experiencia de asistir a una población de una cultura diferente? ¿Por qué cree que algunas mujeres prefieren dar a luz en su casa? ¿Qué piensa sobre estas mujeres?
					La concepción que tiene el personal de salud sobre sus pacientes	Personal de salud	Entrevistas	
			Recursos o tratamientos que se utilizan durante el parto		mujeres awajún	Entrevistas	¿Me podría cómo se preparó para dar a luz? Antes de dar a luz, ¿Quién te ayudó a prepararte para tu parto? ¿controles en el hospital, algún familiar (como su madre, su abuela), una partera? Cuéntame sobre tu parto... ¿Dónde diste a luz? ¿Te sentías segura en ese lugar? ¿Quiénes te ayudaron a dar a luz? ¿Quiénes te acompañaban? ¿En qué posición diste a luz? Me puedes comentar... ¿confiabas en quienes te ayudaron? ¿Qué experiencia hubieras cambiado? ¿Cómo te sentiste durante tu parto? ¿Te sentiste cómoda con la manera que diste a luz? ¿En qué momento volviste a hacer tu vida normal como antes de estar embarazada?	
			Lugar del parto					
		Persona que asiste el parto						
		Cuidados pre-natales y post-parto						

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2

Preguntas específicas:

Pregunta específica 1 – Cronología: El largo camino de La Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural

Desde la Política Social: ¿Cómo surge la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural?

- 1.1. ¿De dónde surge la noción de interculturalidad aplicada a servicios públicos?
- 1.2. ¿Cómo el Estado decide incluir en las estrategias sanitarias de salud reproductiva a la población indígena?
- 1.3. ¿Qué estrategias de salud reproductiva se aplicaron a población indígena antes de la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural?

Pregunta específica 2 – Desde la experiencia de los proveedores de salud, la implementación del enfoque de interculturalidad en el servicio de parto institucional

¿Cómo experimenta y percibe el personal de salud la implementación del enfoque de interculturalidad en la atención del parto en el Hospital de Santa María de Nieva, tomando como referencia la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural?

- 2.1. ¿Cómo los proveedores de salud del hospital de Santa María de Nieva se vinculan con las parteras?
 - 2.1.1.** ¿En qué condiciones se encuentran las parteras de Santa María de Nieva?
- 2.2. ¿Cómo el personal de salud concibe a las usuarias?
- 2.3. ¿De qué manera en que los proveedores de servicio toman en cuenta o incluyen tratamientos o procedimientos del sistema de salud indígena?
- 2.4. ¿En qué condiciones se encuentran los proveedores de salud?

Pregunta específica 3 - Desde la experiencia de las mujeres awajún, la implementación del enfoque de interculturalidad en el servicio de parto institucional

¿Cómo experimentan y perciben las mujeres awajún la implementación del enfoque de interculturalidad en la atención del parto en el Hospital de Santa María de Nieva?

- 2.5. ¿Qué experiencias tienen las mujeres awajún al acudir al Hospital de Santa María de Nieva?
- 2.6. ¿De qué forma las mujeres awajún conciben al personal de salud del hospital?
- 2.7. ¿Cómo las mujeres awajún manejan ambos sistemas de salud (el biomédico y el awajún)?

ANEXO 3

Objetivos Específicos:

Objetivo específico 1 – Cronología: El largo camino de La Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural: Explicar cómo surge la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural.

- 1.1. Describir de dónde surge la noción de interculturalidad aplicada a servicios públicos.
- 1.2. Explicar cómo el Estado decide incluir en las estrategias sanitarias de salud reproductiva a la población indígena.
- 1.3. Exponer qué estrategias de salud reproductiva se aplicaron a población indígena antes de la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural.

Objetivo específico 2 – Desde la experiencia de los proveedores de salud, la implementación del enfoque de interculturalidad en el servicio de parto institucional

Analizar la manera en que el personal de salud experimenta y percibe la implementación del enfoque de interculturalidad en la atención del parto en el Hospital de Santa María de Nieva, tomando como referencia la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural.

- 2.1. Analizar cómo los proveedores de salud del hospital de Santa María de Nieva se vinculan con las parteras. Así, como describir las condiciones en las que ellas trabajan.
- 2.2. Explicar cómo el personal de salud concibe a las usuarias.
- 2.3. Exponer la manera en que los proveedores de servicio toman en cuenta o incluyen tratamientos o procedimientos del sistema de salud indígena.
- 2.4. Describir las condiciones en que se encuentran los proveedores de salud.

Objetivo específico 3 - Desde la experiencia de las mujeres awajún, la implementación del enfoque de interculturalidad en el servicio de parto institucional

Analizar la manera en que las mujeres awajún experimentan y perciben la implementación del enfoque de interculturalidad en la atención del parto en el Hospital de Santa María de Nieva

- 2.5. Analizar las experiencias que tienen las mujeres awajún al acudir al Hospital de Santa María de Nieva.
- 2.6. Explicar la forma en que las mujeres awajún conciben al personal de salud del hospital.
- 2.7. Exponer la manera en que las mujeres awajún manejan ambos sistemas de salud (el biomédico y el awajún).

ANEXO 4

Tabla 2: Listado de personas entrevistadas

Actores	Nombres
Partera y personal de limpieza del Hospital de Santa María de Nieva	Amalia
Partera awajún	Elena
Partera awajún	Estefita
Partera awajún	Rosario
Obstetra del Hospital de Santa María de Nieva	Helen
Obstetra del Hospital de Santa María de Nieva	Angeli
Obstetra del Hospital de Santa María de Nieva	Jovana
Obstetra del Hospital de Santa María de Nieva	Lourdes
Obstetra del Hospital de Santa María de Nieva	Marveli
Madre awajún y Técnica en enfermería del Hospital de Santa María de Nieva	Amelia
Encargada del Centro de Promoción y Vigilancia de Santa María de Nieva	Melissa
Madre awajún y promotora de salud del Centro de Promoción y Vigilancia de Santa María de Nieva	Marilú
Madre awajún	Casarina
Madre awajún	Hermelinda
Madre awajún	Julia
Madre awajún	Virgilia
Madre awajún	Lucett

Madre awajún y presidenta de la Asociación de Artesanas de Santa Maía de Nieva	Luzmila
Madre awajún y paciente de VIH	Micaela
Madre awajún y Consejera Regional por Condorcanqui	Clelia
Madre awajún	Rocío
Madre awajún	Roseli

Fuente: Elaboración propia

