

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE GESTIÓN Y ALTA DIRECCIÓN



Estudio de caso: Diagnóstico de desempeño del enfoque intercultural del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en la atención prenatal de los centros de salud de QUICHUAS y SANTIAGO DE PICHUS, TAYACAJA, HUANCVELICA, para el periodo 2015-2017

Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Gestión, con mención en Gestión Pública presentada por:

LIU PINEDO, Bella Liz

20131584

Asesorada por: Edgardo Marcelo Cruzado Silverii

Lima, 28 de enero de 2019

La tesis:

Estudio de caso: Diagnóstico de desempeño del enfoque intercultural del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) en la atención prenatal de los centros de SALUD DE QUICHUAS y SANTIAGO DE PICHUS, TAYACAJA, HUANCVELICA, para el periodo 2015-2017

ha sido aprobada,

Mgr. Guiselle Marlene Romero Lora
Presidenta del Jurado

Mgr. Edgardo Marcelo Cruzado Silverii
Asesor de la tesis

Mgr. Gina María Medrano Chang
Tercer Jurado

A Eva Martínez y Fernando Carbone, por la disposición y apoyo incondicional brindado a lo largo del proceso de investigación.

A los prestadores de salud de Quichuas y Santiago de Pichus, quienes desde su quehacer cotidiano luchan con esfuerzo y dedicación, y desde sus propios medios, por condiciones sanitarias dignas y el fomento de respeto a la diversidad cultural. Gracias infinitas por sus testimonios e inmensa colaboración.

A las maestras de las escuelas de ambos distritos, por su confianza, amabilidad y calidez.

A Edgardo, por su interminable acompañamiento y buen humor.

Bella Liu



TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1. Descripción del problema.....	2
2. Formulación del problema.....	5
2.1. Pregunta General.....	5
2.2. Preguntas específicas.....	5
3. Objetivos.....	6
3.1. Objetivo General.....	6
3.2. Objetivos específicos.....	6
4. Justificación.....	6
4.1. Justificación social.....	6
4.2. Justificación organizacional.....	7
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	8
1. Servicios de atención prenatal: conceptualización, importancia y factores de desempeño	8
1.1. Atención prenatal: importancia para la prevención de mortalidad materna y perinatal	8
1.2. Factores de desempeño en la atención de salud materna.....	10
1.3. El modelo de las tres demoras de la mortalidad materna.....	11
2. La salud intercultural en América Latina.....	13
2.1. Pertinencia cultural en los servicios de salud.....	14
2.2. Complementariedad de sistemas de salud.....	16
2.2.1. <i>Sistema de salud pública</i>	16
2.2.2. <i>Sistemas de salud tradicionales</i>	17
2.3. Mejora estructural de la calidad de atención.....	19
CAPÍTULO 3: MARCO CONTEXTUAL	22
1. La atención prenatal en establecimientos de salud de primer nivel.....	22
1.1. Evolución de la mortalidad materna y perinatal.....	22
1.2. Cobertura de atención prenatal.....	24
2. Marco político e institucional de salud intercultural en el Perú.....	25
3. Operativización del MAIS-BFC.....	26
4. Características generales de los distritos de Quichuas y Pichos.....	29
4.1. Contexto socio demográfico.....	29
4.2. Estructura de los servicios sanitarios.....	30

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA	32
1. Enfoque, alcance y diseño metodológico	32
2. Selección de casos de estudio	32
3. Criterios de selección de informantes clave.....	35
4. Recolección de información	36
5. Operacionalización de variables	38
6. Diagnóstico de desempeño	39
CAPÍTULO 5: DIAGNÓSTICO DE DESEMPEÑO DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DEL MAIS-BFC	42
1. Accesibilidad	42
1.1. Decisión de acceso al servicio.....	42
1.1.1. <i>Motivación para asistir a la atención prenatal</i>	43
1.1.2. <i>Problemas para la captación temprana</i>	43
1.1.3. <i>Discontinuidad de asistencia por sistema de referencia</i>	45
1.1.4. <i>Influencia de familiares</i>	46
1.1.5. <i>Influencia religiosa</i>	47
1.2. Accesibilidad geográfica	47
1.2.1. <i>Distancia hasta el centro de salud</i>	48
1.2.2. <i>Disponibilidad de medios de transporte</i>	48
1.2.3. <i>Dificultades por referencias a otros establecimientos de salud</i>	50
1.3. Accesibilidad económica.....	52
1.4. Accesibilidad temporal.....	53
1.4.1. <i>Coordinación de horario de atención entre usuarias y prestadores de salud</i>	53
1.4.2. <i>Tiempo de espera para recibir atención</i>	55
1.5. Respaldo de agentes comunitarios de salud.....	57
1.5.1. <i>Disponibilidad de agentes comunitarios de salud</i>	57
1.5.2. <i>Incentivos a agentes comunitarios de salud</i>	58
1.5.3. <i>Capacitación de agentes comunitarios en atención de salud materna</i>	59
1.5.4. <i>Colaboración de los agentes comunitarios con el establecimiento de salud</i>	59
1.6. Resultados de desempeño del componente	60
2. Calidad técnica.....	61
2.1. Duración de atención prenatal.....	61
2.2. Disponibilidad de servicios básicos.....	63
2.3. Disponibilidad de personal de salud calificado para atención prenatal.....	64
2.4. Organización del establecimiento	66
2.5. Disponibilidad de insumos médicos para la atención prenatal.....	67

2.6.	Resultados de desempeño del componente.....	67
3.	Aceptabilidad	68
3.1.	Formación en salud intercultural.....	68
3.1.1.	<i>Disponibilidad de personal de salud capacitado en el enfoque intercultural.....</i>	<i>70</i>
3.1.2.	<i>Definiciones sobre el enfoque intercultural.....</i>	<i>71</i>
3.1.3.	<i>Percepción de la importancia del enfoque intercultural.....</i>	<i>73</i>
3.2.	Comunicación intercultural.....	75
3.2.1.	<i>Dominio de lengua local.....</i>	<i>75</i>
3.2.2.	<i>Comprensión de la información recibida en la atención prenatal.....</i>	<i>77</i>
3.2.3.	<i>Facilidad para realizar consultas en la atención prenatal.....</i>	<i>77</i>
3.2.4.	<i>Medidas para facilitar comprensión de la información.....</i>	<i>78</i>
3.3.	Relación con las usuarias.....	80
3.3.1.	<i>Percepción de comodidad con el personal sanitario.....</i>	<i>80</i>
3.3.2.	<i>Percepción de respeto y amabilidad del personal sanitario.....</i>	<i>81</i>
3.3.3.	<i>Percepción de respeto a intimidad de las usuarias.....</i>	<i>83</i>
3.3.4.	<i>Compenetración con actividades y actores locales.....</i>	<i>86</i>
3.3.5.	<i>Conflictos con la población usuaria.....</i>	<i>87</i>
3.4.	Autonomía de decisión de las usuarias.....	89
3.4.1.	<i>Autonomía sobre el tipo de parto.....</i>	<i>89</i>
3.4.2.	<i>Autonomía sobre tipos de cuidado durante el embarazo.....</i>	<i>91</i>
3.5.	Acondicionamiento de infraestructura con pertinencia cultural.....	93
3.6.	Resultados de desempeño del componente.....	94
4.	Articulación con sistemas tradicionales de salud	95
4.1.	Complementariedad con medicina tradicional.....	96
4.1.1.	<i>Uso y conocimiento de la medicina tradicional.....</i>	<i>96</i>
4.1.2.	<i>Exhibición de plantas medicinales.....</i>	<i>99</i>
4.1.3.	<i>Prescripción de plantas medicinales.....</i>	<i>99</i>
4.2.	Articulación con agentes tradicionales de salud.....	102
4.2.1.	<i>Relación con agentes tradicionales de salud.....</i>	<i>102</i>
4.2.2.	<i>Sistema de referencia y contrareferencia con agentes tradicionales de salud.....</i>	<i>105</i>
4.3.	Reconocimiento de síndromes culturales.....	108
4.3.1.	<i>Identificación de síndromes culturales.....</i>	<i>108</i>
4.3.2.	<i>Registro de síndromes culturales.....</i>	<i>109</i>
4.4.	Resultado de desempeño del componente.....	110
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		112

1. Conclusiones	112
1.1. Accesibilidad	112
1.2. Calidad Técnica	113
1.3. Aceptabilidad.....	114
1.4. Articulación con sistemas tradicionales de salud	116
2. Resultados de desempeño.....	116
3. Recomendaciones	119
REFERENCIAS	122
ANEXO A: Sistema de Salud del Perú	135
ANEXO B: Niveles y categorías de establecimientos de salud	136
ANEXO C: Hitos de los principales acontecimientos en Salud Intercultural	137
ANEXO D: Árbol de problemas de mortalidad materna y neonatal	138
ANEXO E: Meses de embarazo a los que las gestantes reciben la primera atención prenatal en el Perú para el año 2016, según área de residencia.	139
ANEXO F: Componentes de operativización del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad	140
ANEXO G: Cobertura de programas sociales en Quichuas y Pichos para el año 2018.	143
ANEXO H: Mapas del flujo de referencia y contrareferencia	144
ANEXO I: Matriz de consistencia	146
ANEXO J: Itinerario de visita exploratoria	147
ANEXO K: Matriz de operacionalización de variables	148
ANEXO L: Matriz de desempeño	154
ANEXO M: Registro fotográfico del trabajo de campo	160
ANEXO N: Módulos de capacitación del MAIS-BFC	174
ANEXO O: Capacitación en salud intercultural del personal sanitario calificado para atención prenatal.	175
ANEXO P: Resultados de desempeño del enfoque intercultural en la atención prenatal de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus	176

LISTA DE ACRÓNIMOS

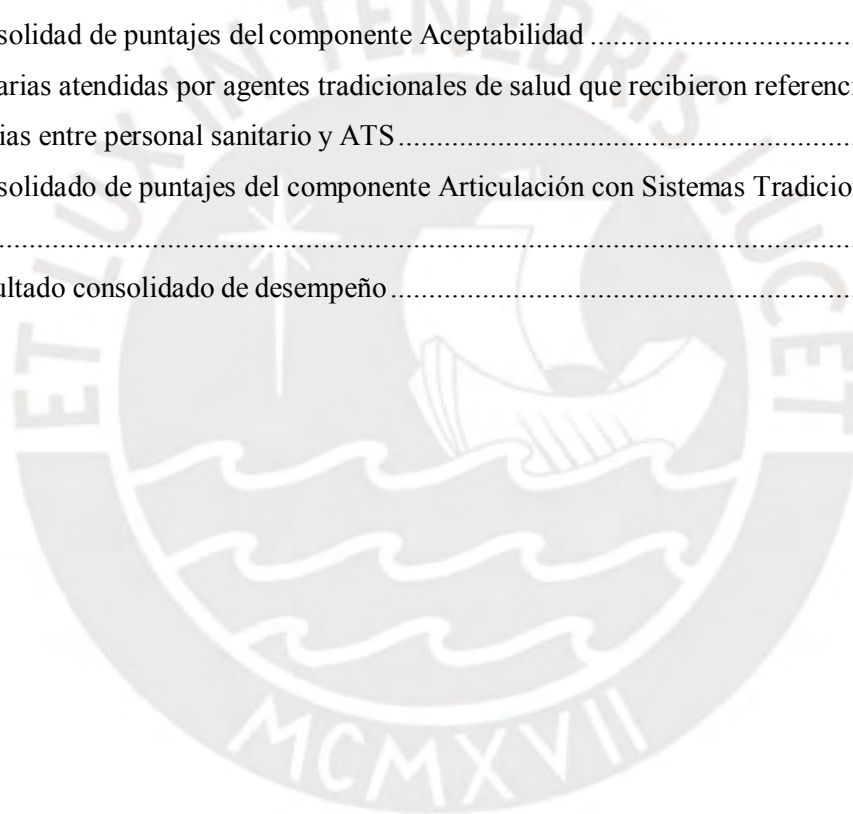
ACS	Agente Comunitario de Salud
APS	Atención Primaria en Salud
AIS	Atención Integral de Salud
ASIS	Análisis Situacional de Salud
CENSI	Centro Nacional de Salud Intercultural
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CMS	Comité Multisectorial de Salud en el distrito
C.S.	Centro de Salud
CSIFYC	Curso de Salud Individual, Familiar y Comunitaria
CONDECO	Consejo de Desarrollo Comunal
CONEI	Consejo Educativo Institucional
DGE	Dirección General de Epidemiología
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
DX	Diagnóstico
ENDES	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar
EPS	Educación Permanente en Salud
EDV	Etapas de Vida
FC	Ficha Clínica
HC	Historia Clínica
HIS	Sistema de Información Hospitalaria
IIEE	Institución Educativa
IGSS	Instituto de Gestión de Servicios de Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INMP	Instituto Nacional Materno Perinatal
ISAGS	Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
MAIS-BFC	Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
SISFAC	Sistema de Información para la Salud Comunitaria, Familiar e Individual
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud

PAIFAM	Plan de Atención Integral a la Familia
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PDT	Plan de trabajo
PHR	Physicians for Human Rights
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan Operativo Anual
PROFAM	Programa de Formación en Salud
PSF	Plan de Salud Familiar
RENIPRESS	Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
RUOS	Registro Único de Organizaciones Sociales
SERUM	Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
SYM	Seguimiento y Monitoreo
TT	Terapeutas Tradicionales
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UTF	Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad



LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Comparación entre adecuación cultural y pertinencia cultural	25
Tabla 2: Comparación de casos en el nivel local de la implementación	34
Tabla 3: Muestra seleccionada en los C.S. Quichuas y Santiago de Pichus.....	36
Tabla 4: Instrumentos de recolección aplicados a la muestra	36
Tabla 5: Itinerario de la visita de campo.....	37
Tabla 6: Resultado de desempeño - componente Accesibilidad.....	61
Tabla 7: Cronograma de atenciones según las semanas de gestación.....	61
Tabla 8: Personal sanitario calificado para la atención prenatal en los C.S. de Quichuas y Santiago de Pichus a julio del 2018.....	65
Tabla 9: Análisis de desempeño - componente Calidad Técnico	68
Tabla 10: Consolidación de puntajes del componente Aceptabilidad	95
Tabla 11: Usuarías atendidas por agentes tradicionales de salud que recibieron referencias y contrareferencias entre personal sanitario y ATS.....	107
Tabla 12: Consolidación de puntajes del componente Articulación con Sistemas Tradicionales de Salud.....	111
Tabla 13: Resultado consolidado de desempeño.....	118



LISTA DE FIGURAS

Figura 1: El modelo de Atención Prenatal de la OMS.....	10
Figura 2: Evolución de la mortalidad materna en el departamento de Huancavelica y la provincia de Tayacaja	23
Figura 3: Evolución de la mortalidad perinatal en el departamento de Huancavelica y la provincia de Tayacaja	23
Figura 4: Porcentaje de usuarias que recibió atención prenatal por parte de profesional de salud calificado	24
Figura 5: Estructura del sector salud en los distritos de Quichuas y Pichos.....	31
Figura 6: Duración de controles prenatales y percepción de las usuarias sobre suficiencia del tiempo de atención en el C.S. Quichuas	62
Figura 7: Duración de controles prenatales y percepción de las usuarias sobre suficiencia del tiempo de atención C.S. Santiago de Pichus	62
Figura 8: Organización física de los establecimientos de salud	66
Figura 9: Comprensión de la información en C.S. Quichuas y Santiago de Pichus	77
Figura 10: Facilidad para realizar consultas en los C.S. de Quichuas y Santiago de Pichus.....	78
Figura 11: Percepción de comodidad con el personal de salud que efectuó la atención	81
Figura 12: Respeto y amabilidad percibidos por las usuarias en Quichuas y Pichos.....	81
Figura 13: Consulta de autorización y comodidad de las usuarias para realizar exámenes físicos...83	
Figura 14: C.S. Quichuas. Autonomía sobre tipo de parto.....	89
Figura 15: C.S. Santiago de Pichus. Autonomía sobre tipo de parto	90
Figura 16: Matriz de doble entrada - autonomía sobre tipo de parto.....	90
Figura 17: Usuarias que aseguraron sentirse cómodas con la decoración del establecimiento	93
Figura 18: Usuarias que afirmaron recibir la prescripción de alguna planta medicinal, ungüento, masaje u otro tratamiento por parte del personal sanitario	100
Figura 19: Matriz de doble entrada – prescripción y exhibición de plantas medicinales	101
Figura 20: Apoyo de partera o curandero durante el embarazo.....	102

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Agente comunitario de salud	Persona elegida por la comunidad y/o voluntaria para cumplir un rol articulador no remunerado entre los servicios de salud y la población, así como promotor de estilos de vida saludables en la comunidad (MINSa, 2014).
Agente tradicional de salud	Persona de la comunidad con conocimientos ancestrales, encargada del cuidado y atención en los sistemas tradicionales de salud. El término puede incluir diversidad de agentes, tales como curanderos, hueseros, parteras, etcétera (Velasco, O., 2009).
Atención Integral de Salud	Provisión continua de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad, a partir de un enfoque biopsicosocial (MINSa, 2011).
Atención Primaria en Salud	Asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad, con su plena participación y a un costo asequible (ISAGS, 2014).
Capacidad Resolutiva	Capacidad de los establecimientos de salud para la prestación de servicios según sus competencias y nivel de atención, para responder las diversas necesidades de salud en forma oportuna e integral (MINSa, 2016).
Categoría	“Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS)” (MINSa, 2011).
Control prenatal	Conjunto de acciones con el objetivo de prevenir, diagnosticar y/o mitigar las complicaciones durante el embarazo y las condiciones de riesgo para la salud de la gestante y el bebé (McDonagh, 1996; Alexander & Korenbrot, 1995). En el Perú, el MINSa (2013) sugiere que los controles se realicen con periodicidad mensual.
Chacho	Síndrome cultural de origen mágico recurrente cuando una persona, principalmente niño o mujer, pasa, se cae o descansa sobre el cerro, cuyas emociones producen una enfermedad de sintomatología muy variada.
Diálogo intercultural	Interacción de individuos o grupos de distintas culturas que confluyen en un intercambio respetuoso y tolerante de opiniones (MINSa, 2015).
Establecimientos de salud	Unidades de atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidos a mantener o restablecer el estado de salud de las personas (MINSa, 2011)
Feria local	Encuentro comercial que se realiza de manera semanal, particularmente en zonas rurales, para la venta de productos de proveedores locales, con alta concurrencia de población de distintas comunidades.
Limpias	Ritual religioso practicado por curanderos para librar los cuerpos de la mala suerte o hechizos malignos que generan malestres en la salud de las personas.
Manteo	Práctica tradicional que consiste en el movimiento, frecuentemente brusco, del vientre de la madre realizado con una manta, con lo cual se busca reubicar al bebé en una posición adecuada.
Medicina tradicional	Conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas sanitarias basadas en creencias, saberes y experiencias de diferentes culturas indígenas (OMS, 2000).
Microred de salud	Conjunto de establecimientos de salud de primer nivel, que se organizan de manera funcional y comparten asignación de recursos. Cada microred cuenta con un establecimiento cabecera encargado de su articulación.
Mortalidad materna	Indicador que evalúa la probabilidad que tiene una mujer de morir a causa de problemas en el embarazo, parto o puerperio (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Mortalidad perinatal	Comprende la defunción “intra o extrauterina de un producto de la concepción, desde las 22 semanas (154 días) de gestación hasta los 7 días completos después del nacimiento” (MINSa, 2009).
Partera	Personas “con conocimiento legitimado dentro de la comunidad para atender nacimientos” (MINSa, 1999).
Parto abdominal	Alumbramiento desarrollado por intervención quirúrgica. También se le denomina cesárea (MINSa, 2013).
Parto domiciliario	Parto ocurrido en el interior de una vivienda, ya sea de manera independiente por la gestante o con apoyo de familiares, parteras, personal sanitario, etc. Incluye los partos desarrollados en casas de espera (MINSa, 2013).
Parto institucional	Parto atendido en un establecimiento de salud (hospital, puesto o centro de salud) por un profesional de la salud calificado según el sistema sanitario oficial (MINSa, 2013). Incluye el parto vaginal y abdominal (cesárea).
Parto obstruido	Incompatibilidad pélvico-fetal durante el trabajo de parto, ya sea por anomalías del producto o del diámetro de la pelvis (MINSa, 2013).
Parto podálico	Anomalía en la posición del feto, en que la deflexión de los brazos o la cabeza este puede generar complicaciones en el parto (Lede, 2011).
Parto vaginal	Nacimiento que se desarrolla por vía vaginal, que puede ser sin complicaciones (eutócico) o con complicaciones (distócico) (MINSa, 2013).
Parto vertical	Alumbramiento en que la gestante se coloca en posición vertical, ya sea de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas (MINSa, 2005)
Plan de parto	Herramienta de organización del proceso de atención de la gestante, la púerpera y el recién nacido, que facilita la información para que las gestantes y sus familiares puedan acudir ante señales de parto o de algún signo de alarma (MINSa, 2005)
Preeclampsia	Transtorno que consiste en la aparición de hipertensión arterial durante el embarazo; es la patología más asociada a la mortalidad materna y perinatal (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2017).
Promoción de la salud	Proceso que consiste en brindar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre sí misma (MINSa, 2011). Consiste en el fortalecimiento del rol preventivo y fomento de autocuidado de la población por parte de los establecimientos de salud.
Prueba de papanicolau	Prueba ginecológica preventiva, que consiste en la introducción de un espéculo para la revisión del cuello uterino. Por norma técnica del sector salud, esta debe ser realizada una vez al año por las mujeres, y es obligatoria durante el embarazo y/o la atención prenatal (MINSa, 2013).
Psicoprofilaxis obstétrica	Conjunto de actividades para la preparación integral de la mujer gestante, con el fin de desarrollar hábitos y comportamientos saludables durante al embarazo, parto, puerperio. El MINSa sugiere 6 sesiones por gestante (MINSa, 2013).
Puerpéreo	Comprende el periodo posterior al alumbramiento de las mujeres, hasta los 42 días después del parto (MINSa, 2016).
Red de Salud	Conjunto de establecimientos de salud de distinta capacidad resolutoria y niveles de complejidad, articulados funcionalmente para asegurar el uso eficiente de recursos (MINSa, 2011). Cada Red de Salud cuenta con una unidad ejecutora encargada de su articulación y asignación de recursos.
Síndromes culturales	Patologías o dolencias populares de amplia diversidad, que pueden tener origen mágico, religioso o social, y, por tanto, no pueden ser comprendidas o despojadas de su contexto cultural, tales como el susto, chacho, entre otros (Greifeld, 2004).

Sistema de referencia y contrareferencia	Conjunto de procedimientos asistenciales y administrativos para asegurar la continuidad de atención de las necesidades sanitarias los usuarios, transfiriéndolos a establecimientos de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive, o viceversa, según sea requerido (MINSa, 2005).
Sistema de salud	Conjunto de actividades, organizaciones, instituciones y recursos, cuya finalidad es promover, restablecer o mantener la salud (OMS, 2000). Existe diversidad de sistemas de salud, tales como el biomédico, religiosos, tradicionales o autoatención.
Sistema de salud biomédico	Sistema de salud occidental que ha sido legitimado como científico y oficial, y constituye el modelo conceptual de los sistemas oficiales o públicos de la mayoría de países en el mundo (Citarella, 2009).
Sistemas de salud tradicionales	Comprenden las prácticas preventivas, diagnósticas y terapéuticas de los pueblos indígenas y la medicina ‘mestiza’ con el fin de mantener la salud de las personas, en las que confluyen cosmovisiones particulares de cada cultura. Existe gran diversidad de sistemas tradicionales de salud (OPS, 1999).
Sobreparto	Síndrome cultural asociado al periodo posterior al alumbramiento, en que la mujer debe mantener reposo absoluto entre 15 y 30 días con el fin de no enfermar.
Susto	Síndrome cultural que suscita cuando el alma abandona el cuerpo por una fuerte impresión, y se manifiesta en síntomas como la pérdida de peso, inapetencia, fiebre, náuseas, entre otros (Salaverry, 2010).
Suplemento de ácido fólico	Administración preventiva de la vitamina de ácido fólico, que se brinda a la gestante hasta las 13 semanas de gestación, que luego debe ser complementada con suplemente de hierro (MINSa, 2013).
Suplemento de hierro	Administración preventiva de compuestos de sulfato ferroso, que se brinda a la gestante y a la puérpera con el fin de prevenir la anemia. Se brinda a partir de las 14 semanas de gestación y durante el puerperio (MINSa, 2013).
Visita domiciliaria	“Actividad extramural realizada por personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento (plan de parto), dirigida a la gestante, o puérpera, y aquellas que no acuden a su cita con un máximo de 72 horas de vencida la cita” (MINSa, 2013).

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación desarrolló un análisis comparativo de la implementación del enfoque intercultural del Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) en la atención prenatal de dos establecimientos de salud pertenecientes a la Red de Salud de Tayacaja, Huancavelica: Quichuas y Santiago de Pichus para el periodo 2015-2017.

El modelo tiene por objetivo “mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud” (MINSA, 2011, pp.13). Para ello, promueve la transformación del paradigma sanitario hacia un modelo de atención integral e intercultural, con orientación hacia la promoción y prevención de salud, y ha sido implementado con especial énfasis en la atención de salud materna.

Cinco años después de su implementación en la Red de Salud de Tayacaja, y pese a la importante cantidad de sus establecimientos que ha replicado el modelo, la revisión de literatura permitió identificar que no se han realizado estudios sobre su implementación, ni monitoreos por parte del gobierno en dicha red. Por ello, la presente investigación se propuso analizar la implementación del enfoque intercultural del MAIS-BFC respecto al desempeño del servicio de atención prenatal de los establecimientos antes mencionados.

Se analizaron estos establecimientos, bajo un enfoque de estudio de casos, debido a que comparten el mismo marco institucional (Dirección Regional de Salud y Red de Salud), atienden cantidad semejante de gestantes e iniciaron la implementación del MAIS-BFC en el 2014 (Red de Salud de Tayacaja, 2017). Además, se consideraron algunos criterios con características diferenciadas, como la proporción de gestantes quechuhablantes y el nivel de conexión a un centro urbano. El estudio tuvo enfoque cualitativo y alcance descriptivo, y analizó tres componentes relacionados a las demoras que inciden en la mortalidad materna: accesibilidad, calidad técnica y aceptabilidad (PHR, 2007), así como un componente sobre la articulación entre sistemas de salud (biomédico y tradicionales).

El estudio evidenció que entre los factores que influyen la decisión de las usuarias de acceder a los servicios de salud y las posibilidades de garantizar la captación temprana para la atención prenatal, no solo inciden elementos asociados a su cosmovisión cultural, sino también algunos relacionados al entorno social, tales como las creencias religiosas y la influencia de familiares en sus decisiones durante el embarazo.

En cuanto a la implementación del enfoque intercultural, se manifestó la ausencia de claridad conceptual entre el personal sanitario y directivo, que, sin embargo, sí refiere nociones prácticas de su incorporación, así como los cambios establecidos en el relacionamiento con las usuarias — primordialmente orientados al respeto por las costumbres y prácticas sanitarias de las gestantes—,

para incidir en su confianza y aceptabilidad hacia los servicios de los establecimientos, tales como la ambientación de la infraestructura con pertinencia cultural, formas de transmitir la información o los esfuerzos por articular con agentes tradicionales de salud de las localidades, no sin estar exentos de desencuentros y dificultades.

Es así que los resultados evidenciaron un mejor desempeño de la implementación del enfoque intercultural en la atención prenatal en el centro de salud Santiago de Pichus, principalmente por aspectos relacionados a la disponibilidad y colaboración de agentes comunitarios de salud, los cortos tiempo de espera para recibir atención prenatal, la proporción de comodidad y confianza hacia las usuarias, la autonomía sobre el tipo de parto y la relación de colaboración con agentes tradicionales de salud. Todo ello revela que no solo destacan factores asociados a la dimensión cultural y el relacionamiento con las usuarias, sino también algunos elementos esenciales de gestión del establecimiento y articulación con actores locales que inciden el desempeño de la atención prenatal.



INTRODUCCIÓN

La presente investigación desarrolla un diagnóstico de desempeño de la implementación del enfoque intercultural del MAIS-BFC en la atención prenatal de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus, ubicados en Tayacaja, Huancavelica, en el periodo 2015-2017. El objetivo del estudio es realizar un análisis comparativo de su implementación en ambos establecimientos de salud, para así contribuir a la identificación de aquellos elementos que contribuyen a la calidad de atención de las usuarias.

El estudio está organizado en seis capítulos. El primer capítulo comprende el planteamiento del problema, las preguntas y objetivos de investigación, así como la justificación social y organizacional del estudio. El segundo capítulo presenta el marco teórico, en el cual se describe la importancia de la atención prenatal para la previsión de la mortalidad materna y perinatal, así como los principales factores asociados a su desempeño. Así mismo, se desarrolla una aproximación conceptual sobre la salud intercultural en América Latina, según las principales tendencias de su implementación en dicho ámbito.

El tercer capítulo desarrolla el marco contextual, en el que se describen los principales componentes del MAIS-BFC, así como el contexto sociodemográfico y la estructura de los servicios de salud en los distritos de análisis. El cuarto capítulo presenta la metodología de la investigación, que detalla el diseño del estudio, la operacionalización de los componentes y las herramientas de recolección y análisis de información para obtener los resultados de desempeño de la implementación del enfoque intercultural en la atención prenatal de los establecimientos.

Seguidamente, el quinto capítulo presenta los hallazgos de la investigación según los cuatro componentes planteados para el estudio: accesibilidad, calidad técnica, aceptabilidad y articulación con sistemas tradicionales de salud. Para cada componente se realiza la comparación de resultados en cada centro de salud de salud. Finalmente, el sexto capítulo sistematiza las principales conclusiones y recomendaciones para la gestión de los establecimientos de salud analizados en el presente estudio.

CAPÍTULO 1: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1. Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (2016), cada día mueren alrededor de 830 mujeres en el mundo por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. Las principales causas están asociadas a hemorragias, infecciones, hipertensión gestacional, complicaciones durante el parto y abortos peligrosos; y casi la totalidad de defunciones se concentra en países en desarrollo. Según Alkema, Chou, Hogan, Moller & Gemill (2016), la mayoría de dichas complicaciones se presenta durante el periodo de gestación, y son prevenibles con adecuada y oportuna asistencia sanitaria; es decir, muchas complicaciones podrían identificarse con antelación mediante la atención prenatal, para establecer los tratamientos y medidas preventivas oportunas y reducir los riesgos de muertes maternas. No obstante, la atención sanitaria es condicionada por factores como la desigualdad, pobreza, edad y diversas formas de discriminación que limitan el acceso a óptimos servicios de salud (ONU, 2009).

El Perú presenta significativos avances en la mejora de salud materna¹; no obstante, según el informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2015), en el 2013, el índice de mortalidad materna del país fue elevado (0.89 por cada cien mil nacidos vivos), y se mantuvo como la décima tasa más alta de 29 países de América Latina y el Caribe, y por encima del promedio de dicho ámbito (0,75 por cada cien mil nacidos vivos). Asimismo, la reducción de la tasa no es constante, e incluso se incrementa en ciertos periodos, como en el 2017, en que se reportó 375 casos, en comparación a los 328 casos del 2016 (MINSA, 2018).

Asimismo, la variación de la mortalidad materna es heterogénea en el país y con persistencia en zonas rurales. Si bien la cobertura de partos institucionales y el acceso a atención prenatal han incrementado considerablemente, estos se mantienen condicionados por problemas estructurales de acceso a los servicios de salud y por barreras socioeconómicas de la población. Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (INEI, 2017), la cobertura de parto institucional en establecimientos de salud en el ámbito urbano para el año 2016 fue de 97.4%, mientras en el ámbito rural la cifra fue de 76,8%. Además, para el 2016, más del 88% de mujeres que no recibió ningún tipo de control prenatal corresponde a los quintiles 1 y 2 de ingresos.

¹ El Perú es uno de los cinco países con mayores progresos en términos de reducción de mortalidad materna en Latinoamérica en comparación al año 1990, pues en ese año se reportaron 16000 casos de muertes maternas, y en el año 2015, 7300 casos (UNFPA, 2015). Este indicador evalúa la probabilidad que tiene una mujer de morir a causa de problemas en el embarazo, parto o puerperio, y está vinculado a la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

En Huancavelica, según el censo del 2017, el 68.33% de la población reside en un ámbito rural y el 85.7% presenta condiciones de pobreza monetaria (INEI, 2018). Además, según la Dirección de Epidemiología de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica (2018), en el periodo 2016-2017, ocurrieron 20 muertes maternas y 222 muertes perinatales² en el departamento, de las cuales 5 muertes maternas y 43 muertes perinatales acontecieron en la provincia de Tayacaja.

Por otro lado, el informe N° 134 de la Defensoría del Pueblo (2008) devela que las prácticas sanitarias distintas a la biomédica suelen ser marginadas en los establecimientos de salud, pues los encuentros culturales entre el personal sanitario y la población, e incluso entre el propio personal sanitario, generan diversas situaciones de maltrato y discriminación. Es así que la Organización Panamericana de la Salud (2009) destaca la importancia de la salud intercultural para la armonización y complementariedad entre los sistemas de salud tradicionales y el biomédico en América Latina, a través de interrelaciones equitativas que permitan superar la situación de exclusión en que se encuentran muchas poblaciones.

Dicho panorama en el Perú es alarmante, debido a que según CEPAL (2014), en el 2010 constituyó el tercer país con mayor población indígena de América Latina en proporción a su población total (24% del total) y el mayor en cantidad numérica (7 millones), por lo cual tales condiciones generan vulnerabilidad en el propio acceso y calidad de los servicios de salud.

En dicho contexto, la Red de Salud de Tayacaja se encuentra implementado progresivamente el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), cuyo objetivo general es “mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud” (MINSAL, 2011, pp.13). Este se orienta al fortalecimiento del sistema de Atención Primaria en Salud, e impulsa el abordaje de los determinantes sociales de la salud a través de la acción intersectorial y la participación colectiva. Para ello, promueve la transformación del paradigma sanitario hacia un modelo de atención integral e intercultural, orientado hacia la promoción y prevención de salud, principalmente en el primer nivel de atención, y ha sido implementado con especial énfasis en la atención de salud materna.

Ello es relevante debido a que el primer nivel de atención es considerado la puerta de entrada a los servicios de salud (OMS, 2009), y constituye el 97% de establecimientos de salud del país, y el 100% de establecimientos de salud de la Red de Salud de Tayacaja³ (Super Intendencia Nacional de Salud, 2018). Además, en dicho nivel se ofrecen servicios de atención prenatal y acciones

² Según el Ministerio de Salud, una muerte perinatal comprende la defunción “intra o extrauterina de un producto de la concepción, desde las 22 semanas (154 días) de gestación hasta los 7 días completos después del nacimiento” (MINSAL, 2009). Es decir, consiste en la mortalidad del feto o bebé hasta una semana después del parto.

³ Los 87 establecimientos de salud de la Red de Salud de Tayacaja son de primer nivel. Además, dentro del primer nivel, el 64,4% de establecimientos de salud es de categoría I-1.

preventivas durante los periodos de gestación, donde se realizan exámenes médicos y la promoción de prácticas saludables durante el embarazo.

No obstante, la implementación local del modelo en la Red de Salud resulta una experiencia con diversas particularidades, por la ausencia de directrices, asignación presupuestal o diseño de marco lógico desde el gobierno nacional, así como una menor participación de las ONGs que han acompañado la implementación en experiencias previas⁴. Aunado a lo anterior, pese a la aprobación de normativa y manuales para la transversalización del enfoque intercultural —principalmente enfocados en salud materna—, el sector salud se caracteriza por la ausencia de un consenso conceptual sobre salud intercultural, lo cual deriva en interpretaciones diversas para su implementación en los distintos niveles de gobierno. Asimismo, las competencias en torno al enfoque intercultural se encuentran dispersas entre distintas unidades del Ministerio de Salud con escaso presupuesto y capacidad de decisión⁵ (Defensoría del Pueblo, 2008). Estas instancias, además, no necesariamente se encuentran articuladas con las estrategias e intervenciones de salud materna y perinatal.

A pesar de dicho contexto en el nivel nacional, la Red de Salud de Tayacaja inició la implementación del modelo por iniciativa de sus funcionarios y con recursos propios de los establecimientos, e incluso del personal sanitario, a través del área de Salud Familiar, y con la experiencia predecesora de Churcampa. Ello ha conllevado importantes esfuerzos y articulación de recursos para promover una transformación de la estructura y organización de los servicios entregados por los establecimientos, e incluso de las propias concepciones del personal sanitario, para promover la calidad de atención mediante un enfoque intercultural que repercuta en la satisfacción y salud de la población.

Así, en la actualidad se ha logrado extender el modelo a 61 de los 87 establecimientos de la Red de Salud de Tayacaja (Red de Salud de Tayacaja, 2018). No obstante, cinco años después de su implementación, y pese al importante número de establecimientos de la Red de Salud que se encuentra replicando el modelo como una experiencia pionera en su ámbito de intervención, hasta el momento no se han realizado estudios o investigaciones sobre su implementación en los establecimientos.

⁴ El Ministerio de Salud únicamente cuenta con algunos documentos técnicos del MAIS-BFC y de fortalecimiento del primer nivel de atención, que presentan el marco conceptual y algunos componentes generales del modelo, mas no desarrollan un esquema claro de implementación, ni han sido ejecutados desde su publicación en el año 2011. En el caso de las organizaciones no gubernamentales, las ONGs Medicus Mundi y Salud Sin Límites promovieron y acompañaron la implementación del piloto del MAIS BFC en la provincia de Churcampa, Huancavelica, que inició en el año 2011, con énfasis en la atención de salud materna y con orientación intercultural a partir de experiencias de proyectos previos.

⁵ Entre ellas, el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad (UTF) y la Dirección General de Epidemiología (DGE).

Es decir, no existe un diagnóstico o sistematización de las experiencias que permita analizar las particularidades conceptuales y prácticas en torno al enfoque intercultural adoptado por los establecimientos de salud, así como los elementos relevantes para su implementación. Dicho desconocimiento limita la optimización de sus resultados y el potencial para la replicabilidad del modelo. Por ello, resulta oportuno identificar aquellos elementos que contribuyen a la calidad de atención de las usuarias, que pertenecen a un contexto de alta vulnerabilidad social, para optimizar y retroalimentar las actividades del modelo que fomentan la generación de valor público, y de dicho modo, mejorar la eficacia de la intervención a mediano y largo plazo.

Por todo ello, la presente investigación desarrolla un diagnóstico de desempeño de la implementación local del enfoque intercultural del modelo en la atención prenatal a partir de un análisis comparativo en dos centros de salud de la Red de Salud de Tayacaja: Quichuas y Santiago de Pichus.

2. Formulación del problema

2.1. Pregunta General

¿De qué manera incide la implementación local del enfoque intercultural del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad en el desempeño del servicio de atención prenatal de los establecimientos de salud de Quichuas y Santiago de Pichus en el periodo 2015-2017?

2.2. Preguntas específicas

- I. ¿Cómo se caracterizan las condiciones de acceso a los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus?
- II. ¿Los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus cumplen con requerimientos básicos de calidad técnica para brindar el servicio de atención prenatal?
- III. ¿Cuál es la incidencia de los componentes del enfoque intercultural del MAIS-BFC en la aceptabilidad de los servicios de atención prenatal de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus?
- IV. ¿Cuál es la relación de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus con los sistemas tradicionales de salud a partir de la implementación del enfoque intercultural del MAIS-BFC?

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Realizar un diagnóstico de desempeño sobre la implementación del enfoque intercultural del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) en la atención prenatal de los establecimientos de salud de Quichuas y Santiago de Pichus en el periodo 2015-2017.

3.2. Objetivos específicos

- I. Describir las condiciones de acceso a los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus.
- II. Identificar el cumplimiento de requerimientos básicos de calidad técnica de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus para la prestación del servicio de atención prenatal.
- III. Analizar la incidencia de los componentes del enfoque intercultural del MAISBFC en la aceptabilidad de los servicios de atención prenatal de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus
- IV. Describir la relación de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus con los sistemas tradicionales a partir de la implementación del enfoque intercultural del MAIS-BFC.

4. Justificación

4.1. Justificación social

Según Resolución Ministerial N°638-2006/MINSA, la interculturalidad reconoce el derecho a la diversidad cultural de los pueblos, así como la importancia de su respeto y valoración para facilitar la convivencia de las culturas en contacto. Sin embargo, la Defensoría del Pueblo (2008) devela que en muchos establecimientos de salud del país, se registran testimonios de prácticas discriminatorias hacia las costumbres locales, así como hacia los conocimientos y tratamientos de los sistemas de salud tradicionales por parte del personal sanitario, lo cual conlleva a desencuentros culturales y limita la calidad de atención en salud.

En los distritos de Quichuas y Pichos, el 83.39% y 88.89% de la población respectivamente se identifica quechua según sus costumbres y sus antepasados (INEI, 2018); esto plantea retos y necesidades específicas para atender las particularidades culturales en los servicios de salud. Es así que el presente estudio aporta en la identificación de aquellos elementos del enfoque intercultural incorporados a partir de la implementación del MAIS-BFC que inciden en la percepción de

satisfacción de las usuarias hacia los servicios de atención prenatal en los contextos particulares de los distritos estudiados.

4.2. Justificación organizacional

A pesar de la aprobación de normativa y manuales en torno a salud intercultural en el Perú, su incorporación en la gestión del sector fue un proceso principalmente influenciado por convenios y tendencias internacionales, sin un adecuado marco referencial interno (Salaverry, 2010). Es así que las guías técnicas del MAIS-BFC revelan que el enfoque intercultural carece de productos o instrumentos diferenciados para su implementación y evaluación en los resultados del modelo.

En el ámbito territorial de Tayacaja, la investigación constituye el primer estudio sobre la implementación del enfoque intercultural en salud, así como el primero en recoger la percepción de usuarias respecto al servicio de atención prenatal recibido en los establecimientos de Quichuas y Santiago de Pichus. Así, el estudio explora las características particulares de su implementación en ambos centros de salud en el marco del MAIS-BFC, para identificar aquellos elementos que inciden positivamente en el desempeño de la atención, y contribuir en la elaboración de sugerencias para la mejora en la gestión de los establecimientos de salud y la eficacia de su intervención.



CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

El presente capítulo desarrolla los lineamientos teóricos que orientan la investigación. En primer lugar, se describen las características de la atención prenatal, y se explica su relevancia y los principales factores asociados a su desempeño en el marco de estrategias para la reducción de mortalidad materna y perinatal; y, en segundo lugar, se realiza una aproximación conceptual hacia las nociones de salud intercultural y las características de su incorporación en la gestión de servicios públicos.

1. Servicios de atención prenatal: conceptualización, importancia y factores de desempeño

1.1. Atención prenatal: importancia para la prevención de mortalidad materna y perinatal

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1948) afirmó la importancia del acceso a cuidados y asistencias especiales durante la etapa de maternidad y la infancia. A partir de ello, la atención de salud materna se convirtió en una prioridad de salud pública por las iniciativas y acuerdos de diversos organismos internacionales⁶, así como por su incorporación en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y ha adquirido tal relevancia que la OMS recomienda el establecimiento de programas de atención prenatal oportuna y de calidad en todos los países del mundo (OMS, 2005).

La atención prenatal o control prenatal es el conjunto de acciones con el objetivo de prevenir y/o diagnosticar las complicaciones durante el embarazo, para desarrollar atenciones médicas, nutricionales y educativas que mitiguen las condiciones adversas y de riesgo para la salud de la gestante y el bebé (McDonagh, 1996; Alexander & Korenbrot, 1995). Además, según Bale, Stoll & Lucas (2003), la atención prenatal promueve la identificación de señales de riesgo durante el embarazo por parte de las propias gestantes, y permite desarrollar la planificación de parto para facilitar su preparación y promover su desarrollo en condiciones seguras (OMS, 2005).

Diversos estudios demuestran la eficacia de la atención prenatal para la reducción de condiciones de riesgo en la salud materna y perinatal. En su revisión de evidencias, Carroli, G., Rooney, C. & Villar, J. (2001) manifestaron que diversas investigaciones presentan la efectividad de la atención prenatal para la prevención de algunas complicaciones comunes durante el embarazo y el parto, como la anemia materna, el tratamiento de la preeclampsia, la prevención del parto obstruido

⁶ Entre ellos, la Estrategia de Atención Primaria en Salud promulgada en la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978), la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo (Conable, 1987), la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (OMS, 1990) y el Informe sobre la Salud en el Mundo (OMS, 2005).

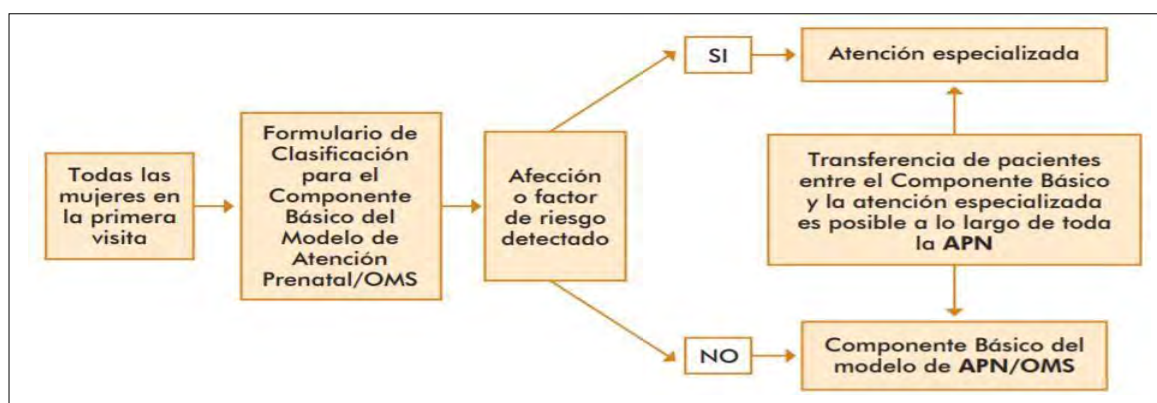
y la detección y prevención de infecciones⁷. Además, según el EBCOG Scientific Committee (2015), durante la atención prenatal también se reducen los riesgos modificables relacionados al estilo de vida de las gestantes que repercuten en el desarrollo del embarazo y el niño, tales como el tabaquismo, ingesta de alcohol, malnutrición, la ingesta inadecuada de ácido fólico, entre otros.

Asimismo, diversas investigaciones como las de Qader, M. A. A., Badilla, I., Amin, R. M., & Ghazi, H. F. (2012); Beeckman, K., Louckx, F., Downe, S. & Putman K. (2012); Bhutta Z., Das J., Bahl, R., Lawn J., Salam R. & Paul V. (2014) constatan la eficacia de la atención prenatal para la reducción y prevención de los tipos de mortalidad perinatal más comunes, como la muerte prematura, la muerte intrauterina y las defunciones relacionadas a infecciones, así como la prevención para evitar el bajo peso de los bebés al nacer. Así, Barker, D., Barker, M., Fleming, T. & Lampl, M. (2013) refieren numerosos estudios epidemiológicos que evidencian la relación de factores durante el desarrollo prenatal y la primaria infancia —como la alimentación durante la gestación o el bajo peso al nacer— con la prevalencia de enfermedades crónicas en adultos a nivel mundial, de manera que señalan que las medidas adoptadas durante la atención prenatal no solo previenen y mejoran las condiciones sanitarias de las gestantes, sino también las condiciones de salud de las futuras generaciones.

Por todo lo anterior, la OMS destaca la importancia de la atención prenatal para todas las gestantes, y recientemente ha incrementado la sugerencia de cantidad de controles prenatales a ocho contactos con el personal sanitario durante el embarazo (OMS, 2016). Asimismo, la OPS -Paraguay (2003) propone una clasificación de las gestantes en i) gestantes que reciben el componente básico de atención prenatal (APN) y ii) gestantes que requieren atención especializada, que comprende cuidados y tratamientos especiales por factores de riesgo durante el embarazo, de modo que permita organizar un mejor seguimiento a aquellas gestantes con mayores riesgos de presentar complicaciones, como se muestra en la figura 1.

⁷ Según el Instituto Nacional Materno Perinatal (2017), la preeclampsia es un trastorno que consiste en la aparición de hipertensión arterial. Es la patología más asociada a mortalidad materna y perinatal, así como la principal causa por la cual se debe interrumpir un embarazo de manera prematura en dicha entidad. Por otro lado, el parto obstruido es en la incompatibilidad pélvico-fetal durante el trabajo de parto, ya sea por anomalías del producto o del diámetro de la pelvis (MINSa, 2013).

Figura 1: El modelo de Atención Prenatal de la OMS



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2003).

Ello permite la adaptación de la atención según las necesidades de las usuarias, puesto que no solo se promueve un mayor seguimiento a las gestantes con factores de riesgo, sino que impulsa también la adaptación de los servicios sanitarios, a través de la articulación y el funcionamiento de los sistemas de referencia y contrareferencia entre los establecimientos de salud, para así propiciar el rol preventivo en ciertos niveles de atención, y derivar las atenciones más complejas a establecimientos con mayor capacidad resolutive⁸.

1.2. Factores de desempeño en la atención de salud materna

Según la OMS (2014), un factor estructural que condiciona la salud materna es la inequidad y desigualdad de condiciones de vida de la población, que afecta, entre otras circunstancias, a las mujeres que pertenecen a grupos culturales o religiosos minoritarios, a mujeres que viven en zonas rurales o en zonas urbanas con servicios deficientes, e incluso en situaciones en que el personal sanitario no respeta sus derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, Martínez, Reyes & García (1996), Ramírez et al., (2000) & Aguilar, Nazar, Salvatierra, Mariaca & Estrada (2006) manifiestan la existencia de barreras demográficas, socioeconómicas y culturales de las mujeres que limitan la búsqueda, acceso y/o uso adecuado de los servicios de atención prenatal.

Martínez, Reyes & García (1996) señalan que los factores que inciden en la probabilidad de acceso y adecuado uso de la atención se pueden clasificar en las características propias de las gestantes, como la edad, estrato socioeconómico, características socioculturales, la red de apoyo

⁸ El sistema de referencia y contrareferencia consiste en el conjunto de procedimientos asistenciales y administrativos para asegurar la continuidad de atención de las necesidades sanitarias de los usuarios, transfiriéndolos a establecimientos de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive o viceversa, según sea requerido (MINSAs, 2005). Por su parte, la capacidad resolutive es la “capacidad que tienen los establecimientos de salud de producir el tipo de servicios necesarios de acuerdo a su nivel de suficiencia, para responder y/o solucionar las diversas necesidades de salud de la gestante y del/de la recién nacido/a [...], permitiendo diagnosticar y dar tratamiento efectivo según grado de complejidad de daño” MINSAs (2016).

social, el deseo de estar embarazada, etc., y las características de los servicios de salud, tales como la accesibilidad, calidad de atención, disponibilidad y el esquema de financiamiento.

En el caso de las mujeres que logran acceder a la atención prenatal, Aguilar et al. (2006) manifiesta que, según diversos estudios, los beneficios de la atención se encuentran en función de acudir a la atención de manera temprana, así como de la cantidad de controles prenatales a los que asisten las gestantes. Freedman (2003) propone que las condiciones indispensables para el desempeño de una maternidad segura son la garantía de accesibilidad a atención ante emergencias obstétricas, la atención por parte de personal calificado y un adecuado sistema de referencia y contrareferencia (MINSA, 2005). Además, la OMS (2016) señala que las funciones de comunicación y apoyo son fundamentales para promover el uso de los servicios de salud materna y mejorar la calidad de atención.

Por todo ello, el EBCOG Scientific Committee (2015) considera que un importante reto para el desempeño de la atención prenatal es concentrar sus esfuerzos más allá de la atención sanitaria, y abordar, por ejemplo, la vida personal y comunitaria de las gestantes, que también inciden en las condiciones de desarrollo del embarazo, tales como las mencionadas características sociodemográficas de la mujer, la violencia doméstica, etc.

Además, Jeanine Anderson manifiesta que existen distorsiones en los procesos de atención necesarios de revertir, pues considera que si bien se propone la atención diferenciada a las gestantes según su nivel de riesgo, en la práctica cotidiana “el control prenatal suele convertirse en una formalidad para las gestantes y el personal sanitario” (2011, p. 115), de manera que se puede reducir la capacidad de detección de riesgos o convertirse en una actividad sin mayor relevancia en la calidad informativa para las gestantes.

1.3. El modelo de las tres demoras de la mortalidad materna

En su estudio sobre programas de maternidad, Maine (1991) sugiere que las elevadas tasas de mortalidad materna suscitan por tres demoras relacionadas a la atención materna: la demora en tomar la decisión de buscar ayuda sanitaria, la demora en acceder al establecimiento de salud, y la demora en recibir tratamiento adecuado. A partir de ello, los miembros de Physicians for Human Rights (PHR, 2007) relacionan el modelo de las tres demoras con la disponibilidad, accesibilidad (física, económica, informativa y no discriminatoria), aceptabilidad (respeto y sensibilidad desde el punto de vista ético y cultural) y la calidad técnica de la atención de los servicios de salud. Estos aspectos, según los autores, deben estar a disposición de toda la población para el adecuado desempeño de la atención sanitaria y se definen según la propuesta de PHR (2007) a continuación:

- Disponibilidad: Implica la oferta de establecimientos, personal sanitario calificado y suministros médicos, y es relevante debido a que puede tener influencia en la decisión de buscar ayuda sanitaria, por ejemplo, cuando la distancia o el tiempo para llegar al establecimiento más cercano se convierte en una dificultad y un factor disuasivo para las usuarias. Asimismo, la prestación de servicios por personal sanitario calificado resulta esencial en la medida en que la atención sanitaria por parte de personal no calificado, como señala Ramírez Hita (2011), es un factor estructural detonante de desconfianza y desmotivación para asistir a los establecimientos de salud.
- Accesibilidad: Resolución de barreras de acceso a los servicios de salud, de índole geográfica, económica, de información y de carácter discriminatorio.
 - Accesibilidad geográfica: disposición física de los establecimientos de salud que permiten acceso geográfico de toda la población.
 - Accesibilidad económica: disposición de tarifas que permitan asequibilidad equitativa a los servicios de salud, a fin de que estén al alcance de toda la población.
 - Accesibilidad sobre la base de la no discriminación: garantía de acceso a poblaciones vulnerables y marginadas sin algún tipo de discriminación que vulnera sus derechos.
 - Accesibilidad a la información: facultad de solicitar y difundir información sobre cuestiones relacionadas a la salud, así como la información institucional relacionada a cuidados, gastos y estadísticas de salud materna.

Además de las dimensiones de acceso presentadas, la OPS (2003) y los Informes de la Defensoría del Pueblo (2008, 2015) develan que la accesibilidad relacionada al tiempo de los usuarios también resulta un factor relevante, pues se requiere una adecuada organización del servicio de salud que evite, entre otras, circunstancias en que la población realice trayectos largos y difíciles y encuentre el establecimiento de salud cerrado, o presente largos tiempos de espera. Asimismo, Ramírez Hita (2009) señala que los tiempos de las consultas y atenciones en salud deben tener una duración adecuada para entregar tratamientos e información óptimos.

- Aceptabilidad: respeto y sensibilidad por la ética médica, confidencialidad y la cultura de la población, que garantizan el consentimiento de la población para el uso de los servicios y aplicación de tratamientos sanitarios. Dichos aspectos influyen en la demora de las usuarias en tomar la decisión de buscar ayuda sanitaria y/o la demora en recibir tratamiento adecuado, pues en diversas propuestas de calidad de atención en salud (Diprete, L., Miller, L., Rafeh, N. & Hatzell, T., 1994; Shi, L., Starfield, B. & Xu, J., 2001), esta se encuentra vinculada a las relaciones interpersonales entre proveedores y usuarios, que deben estar basadas en la confianza, respeto, comprensión, confidencialidad y respuesta a las preocupaciones de los

usuarios. En el contexto andino, Anderson (2001, 2011) señala también el respeto por la privacidad y el pudor como un factor elemental en la percepción de calidad de las usuarias, que afecta, por ejemplo, el desarrollo de las exámenes físicos o la consulta de información que altere su privacidad. Esto se evidencia, por ejemplo, en el departamento de Huancavelica, donde, para el año 2016, el 68% de mujeres afirmó no acudir a los servicios de salud cuando se encuentran enfermas por miedo a no encontrar personal de salud femenino (INEI, 2017).

- Calidad: adecuada atención desde la perspectiva médica y científica que resuelva las necesidades sanitarias de la población. Implica la eficacia técnica de las intervenciones, y su deficiencia puede influir en la resistencia para usos posteriores de los servicios de salud por parte de la población, pues como señalan Malagón-Londoño, Morera y Laverde (2006) y Anderson (2001), la mala calidad en los servicios de salud puede desembocar en pronósticos erróneos, el empeoramiento de la salud, e incluso en las pérdidas de vida, aspecto de gravedad social que influye también en el desprestigio ético y moral de las organizaciones.

Este modelo conceptual fue adaptado para la construcción metodológica de los componentes y variables del presente estudio. Para ello, se complementó la estructura propuesta con elementos relacionados al enfoque intercultural, principalmente orientados hacia la articulación con sistemas tradicionales de salud, que no es contemplada de manera explícita en este planteamiento, y, sin embargo, constituye parte de los sistemas y alternativas de atención de salud materna en diversos contextos latinoamericanos, como se evidenciará en el siguiente apartado.

2. La salud intercultural en América Latina

En el marco de los servicios de salud, la propuesta de incorporación del enfoque intercultural ha sido una de las principales directrices en las estrategias de organismos multinacionales para orientar las políticas públicas de salud materna y la mejora de la calidad de atención en América Latina, de manera que las diferencias conceptuales en torno a interculturalidad conllevan también diferencias en su definición, aplicación y formulación de estrategias en el sector salud.

La OPS (2009) define la interculturalidad en salud como la armonización entre sistemas de salud tradicionales y el sistema de salud biomédico, a través del reconocimiento, diálogo, legitimación de saberes e incorporación de paradigmas, mediante un proceso de interrelaciones equitativas y respetuosas. Por su parte, autores como Campos (2009), Citarella (2009) y Salaverry (2010) identifican dos ámbitos de aplicación práctica de la salud intercultural: las acciones de ‘adecuación’ o ‘pertinencia’ cultural de los establecimientos de salud, principalmente enfocadas en la adaptación de los servicios y las relaciones entre proveedores de servicios de salud y usuarios, y las acciones orientadas a la valorización y uso de la medicina tradicional en los sistemas de atención pública.

No obstante, algunas corrientes de la antropología médica refieren también que la gestión de la diversidad cultural del sistema sanitario no puede ser desligada de la calidad técnica de sus servicios para garantizar su adecuado desempeño, y, con ello, la satisfacción de la población. Por ello, el presente capítulo propone brindar aproximaciones conceptuales de salud intercultural a partir de las cuales esta se aplica en el sector, así como su relevancia en los factores que inciden en la prevención de situaciones de morbilidad y mortalidad materna. Para ello, se ha organizado el capítulo en tres dimensiones conceptuales relacionadas entre sí: pertinencia cultural de los servicios de salud, complementariedad de sistemas de salud y mejora estructural de la calidad de atención.

2.1. Pertinencia cultural en los servicios de salud

En el contexto peruano, el Ministerio de Salud define la salud intercultural como “el proceso de articulación de diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico o social, de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias” (2014, pp.5). Para ello, propone la superación de barreras culturales en la atención sanitaria, tales como limitaciones de acceso a los servicios de salud, las diferencias de idiomas y conocimientos, las formas de atención médica o las formas de comunicación de información sanitaria. Esto implica no solo el respeto y tolerancia hacia grupos culturales diversos, sino también la formulación de estrategias para superar barreras que dificultan su acceso y aceptabilidad hacia los servicios de salud.

En línea con lo anterior, Almaguer, Vargas & García (2014) señalan que existen barreras geográficas, económicas y culturales que limitan el acceso a los establecimientos de salud, es decir, características socioculturales de la población, así como de la organización de la oferta de servicios sanitarios, que inciden en las posibilidades de acceso y en la decisión de la población de acudir a ellos. En el caso de las barreras culturales relacionadas con el desarrollo de muertes maternas, los autores clasifican las barreras según cuatro ámbitos:

- Barreras en la estructura organizacional: prohibición del uso de elementos tradicionales, maltrato a las usuarias por sus valores culturales, imposición de la posición de parto horizontal o impedimento de participación de parteras durante el alumbramiento.
- Barreras en los espacios de atención: sala de parto “fría”⁹, ausencia de acondicionamiento para el parto vertical, carencia de salas o casas de espera materna para las condiciones previas o posteriores al parto de las gestantes.

⁹ En la cultura andina, “el parto es un evento absolutamente caliente. [...] el calentamiento de la parturienta parece ser una de las mayores preocupaciones de todos los asistentes al parto sin excepción alguna” (Burgo 1995 citado en MINSA 1999). Es así que el MINSA (1999) reconoce ciertas prácticas con el fin de mantener el calor en el cuerpo, tales como la proporción de abrigo, mates cálidos y la ambientación cerrada, oscura y social (Ministerio de Salud, 1999).

- Barreras en el personal sanitario: habilidades de comunicación, desconocimiento de lenguas locales, falta de comprensión de códigos culturales de la población, inadecuadas condiciones de trabajo, prejuicios y formas de ejercer poder¹⁰.
- Barreras en la población usuaria: cosmovisiones de salud, lengua, falta de comprensión de códigos culturales del personal sanitario, normas sociales, prejuicios y experiencias previas negativas con servicios de salud (Almaguer, Vargas & García, 2014).

Dichos aspectos dificultan el entendimiento entre el personal sanitario y la población, y generan desconfianza hacia los servicios públicos de salud, de modo que, tal como señala el PHR (2007), influyen en su aceptabilidad, puesto que generan resistencia de las usuarias para optar por la búsqueda de ayuda sanitaria, así como demoras para recibir un tratamiento adecuado. Por ello, este enfoque de salud intercultural propone la adaptación de la oferta de los servicios sanitarios a las expectativas y características de las usuarias, para mejorar el acceso a los servicios de salud, con estrategias como el dominio de lenguas locales, la formación en salud intercultural del personal sanitario, la sensibilización de la población usuaria, entre otras.

De ese modo, no solo se propone el incremento de la recurrencia de la población a los establecimientos de salud, sino también la búsqueda de alternativas que incidan en la satisfacción de la población, para que, desde su propia autonomía, esta opte por acudir y buscar atención sanitaria. Ello, por ejemplo, se evidencia en el Informe Defensorial 169 de la Defensoría del Pueblo, que además de sugerir estrategias para mejorar la aceptabilidad hacia el parto institucional en poblaciones indígenas, promueve también “alternativas de atención para disminuir los riesgos para aquellas mujeres que no desean ir al puesto de salud y prefieren dar a luz en sus domicilios” (2015, p.55).

Además, este informe señala que dichas estrategias propician la confianza y satisfacción de las usuarias, que, a su vez, permitirá el incremento de los indicadores de salud. Es así que el Ministerio de Salud institucionalizó las prácticas de parto vertical en los servicios públicos a partir de la publicación de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical en el año 2005, como un esfuerzo para conciliar saberes tradicionales y mejorar la cobertura de los servicios, y así “posicionar el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma en que desea ser atendida” (MINSA, 2005, p.13). Así mismo, en el año 2010, se aprobó el Documento Técnico “Gestión Local para la implementación y funcionamiento de la Casa Materna”. Esta constituye un espacio organizado entre la comunidad y sus autoridades, con el objetivo de brindar un alojamiento temporal y cálido para que las usuarias y sus acompañantes esperen el alumbramiento los días previos al embarazo, con

¹⁰ El estudio de Jeanine Anderson (2001) devela que, si bien el personal sanitario reconoce la importancia de brindar un trato respetuoso a las usuarias, la interacción horizontal se ve limitada por su concepción implícita de que el proveedor tiene mayores conocimientos profesionales y, por tanto, puede ejercer autoridad sobre las usuarias.

condiciones similares a las que encuentran en sus viviendas para garantizar su comodidad, y así contribuir al incremento de los partos institucionales (MINSA, 2010).

De ese modo, es posible identificar que estas estrategias se encuentran relacionadas a la dimensión de “aceptabilidad” identificada en el modelo propuesto por el PHR (2007), para incrementar la decisión de buscar ayuda sanitaria desde su propia satisfacción con los establecimientos, y, con ello, incidir en la mejora de la cobertura y recepción de servicios oportunos, que beneficien las condiciones sanitarias de la población.

2.2. Complementariedad de sistemas de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) define a un sistema de salud como el conjunto de actividades, organizaciones, instituciones y recursos, cuya finalidad es promover, restablecer o mantener la salud. Según el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (2014), los sistemas de salud surgen como respuesta de una colectividad estatal o social para la satisfacción de las necesidades de salud de la población, por lo cual presentan un carácter sociocultural, histórico y temporal.

En línea con lo expuesto, la OMS (2000) incluye en su definición de sistema de salud aspectos muy divergentes como la prestación profesional de atención biomédica, los tratamientos tradicionales de salud o la atención domiciliaria de la atención, englobando así tres tipos de sistemas frecuentes a los que suelen recurrir las personas frente a problemas de salud¹¹. A continuación, se expondrán algunas nociones conceptuales, componentes y características de los dos primeros sistemas, pues ambos suelen ser abordados desde las iniciativas de salud intercultural.

2.2.1. Sistema de salud pública

Un sistema de salud pública es aquel que suele estar legitimado como científico y oficial, y generalmente se constituye por los subsectores públicos y privados de salud (Citarella, 2009)¹². Está conformado por cuatro componentes, cuya dinámica se genera según el tipo de financiamiento, regulación y prestación de servicios; el marco normativo e institucional de las políticas sanitarias; los individuos que conforman el sistema, como los profesionales y técnicos de salud; los modelos de

¹¹ Según el informe de la OMS (2002), entre el 70 y 90% de las enfermedades suele ser tratada de manera domiciliaria, sin acudir a otro tipo de sistema de salud. Ramírez Hita (2011), además, señala la creciente importancia y uso de otros sistemas de salud, como la aparición de sistemas de salud religiosos predominantemente evangélicos.

¹² Es necesario considerar que el concepto de “salud pública” no se remite únicamente al sector o accionar estatal en la prestación de servicios, sino que puede llevarse a cabo en cualquier intervención colectiva de los tres sectores, para proteger o mejorar la salud de las personas (OMS, 2002).

atención de la red de servicios; y los insumos y recursos necesarios para cumplir sus objetivos (ISAGS, 2014).

Según Bravo, Serrano- García & Bernal (1991), la dimensión conceptual del sistema se rige primordialmente por el modelo biomédico occidental, y si bien este paradigma ha sido legitimado mundialmente como capaz de resolver la mayoría de problemas de salud y se desarrolla con una rigurosa construcción científica, los autores señalan limitaciones como la reducción de la salud a un funcionamiento mecánico del cuerpo humano —que no considera, entre otros, los estados emocionales de las personas—, así como la insatisfacción social de la población por aspectos como la inaccesibilidad o la ineffectividad de sus intervenciones.

Además, según Alarcón (2003), la experiencia de proyectos internacionales de salud demuestra importantes dificultades al presentarse como modelo homogeneizante que no considera la cultura y estructura social de las poblaciones. Es así que autores como Kleinmann (1995) y Citarella (2009) manifiestan la medicalización del modelo, que tiende a subordinar los otros sistemas de salud de la población y mercantilizar la oferta de servicios de salud. Así también, Ocampo, Bentancourt, Montoya y Bautista (2013) identifican otras dificultades como la prestación de servicios excesivamente hospitalaria, la fragmentación y descoordinación entre los niveles de atención y los sobrecostos por el excesivo uso de especialistas y tecnología.

En el Perú, la atención de salud materna del sistema de salud pública se encuentra organizada en el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que promueve un paquete integral de atención intergeneracional y abarca acciones desde la planificación familiar, hasta la atención prenatal, la atención del embarazo y de puérperas; las tres últimas abordan exclusivamente la atención de salud materna.

2.2.2. Sistemas de salud tradicionales

Según la Organización Panamericana de la Salud (1999) y la OMS (2002), los sistemas de salud tradicionales comprenden las prácticas preventivas, diagnósticas y terapéuticas de los pueblos indígenas y la medicina ‘mestiza’ con el fin de mantener la salud de las personas, en las que confluyen las cosmovisiones particulares e influencia religiosa de cada cultura, de manera que existe también una gran diversidad de sistemas tradicionales de salud¹³.

Según Alarcón (2003), a diferencia del modelo biomédico, los procedimientos de salud tradicionales pueden comprender una gran variedad de procesos como cirugías, rituales, purgas, oraciones, etc., pues abordan distintas dimensiones además de la física, como la dimensión social,

¹³ No obstante, estos sistemas de salud no son inmutables ni se remiten únicamente a territorios rurales, sino que muchas prácticas y conocimientos son constantemente redefinidos a través del tiempo y el contacto con otras culturas, como la occidental (OPS, 1999).

mental y espiritual. De ese modo, Velasco (2009) describe la participación de diversos agentes tradicionales de salud, tales como ‘curadores’, ‘sanadores’, ‘terapeutas’, ‘parteras’, entre otros.

En el Perú, un rol tradicional de gran importancia para la salud materna es el de parteras, quienes son personas “con conocimiento legitimado dentro de la comunidad para atender nacimientos” (MINSA, 1999), y brindan mayor confianza a las usuarias y su red de apoyo familiar debido a su pertenencia a un mismo contexto y universo cultural. Además, en la cultura andina, existe un conjunto de síndromes culturales, conocimientos y prácticas de cuidado comunes relacionadas al embarazo, tales como el sobreparto, definido como el periodo posterior al alumbramiento en que la mujer debe mantener reposo absoluto entre 15 y 30 días con el fin de no enfermar¹⁴, o la preservación de la placenta expulsada, debido a que se comprende su expulsión como “un segundo nacimiento” (MINSA, 1999).

En la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (2002), se destacan algunos beneficios de los sistemas de salud tradicionales con respecto al sistema de salud biomédico, como su mayor accesibilidad a poblaciones más vulnerables y el enfoque alternativo frente a los efectos adversos de los fármacos químicos de la medicina occidental. No obstante, la OPS (1999) afirma que, si bien la medicina tradicional presenta muchos elementos beneficiosos, la falta de científicidad puede generar también la aplicación de algunas prácticas nocivas a la salud, por lo cual propone un análisis crítico y exento de prejuicios que permita la identificación y análisis de dichos elementos.

Además, Ramírez Hita (2011) señala que los sistemas de salud tradicionales han sobrevivido largos periodos de tiempo y de manera independiente en sus propios ámbitos, de modo que sugiere no optar por alternativas asimilacionistas hacia el sistema de salud oficial, sino más bien por alternativas que permitan a estos sistemas desarrollarse en su propio espacio. Esto también fue expresado por el Director Ejecutivo de Salud Sin Límites, Gerardo Seminario, quien manifestó que los esfuerzos orientados desde la salud intercultural no deben tergiversar el rol de los sistemas tradicionales de salud o subordinarlos al sistema de salud oficial (comunicación personal, 23 de noviembre, 2018). Por su parte, Carlos Correa (2002) destaca que en los países desarrollados la medicina tradicional se encuentra adquiriendo un importante rol en la creación de productos farmacéuticos basados en materiales biológicos y tratamientos de salud, y señala que los conocimientos tradicionales usualmente son tratados como información de dominio público sin ningún reconocimiento moral o económico a las comunidades.

¹⁴ Los síndromes culturales son patologías o dolencias populares de amplia diversidad, que pueden tener origen mágico, religioso o social, y, por tanto, no pueden ser comprendidas o despojadas de su contexto cultural (Greifeld, 2004). El sobreparto, por ejemplo, se contradice de la recomendación biomédica, pues esta incita a la mujer a continuar el desarrollo normal de sus actividades sin un periodo de reposo posterior al alumbramiento.

En el Perú, la recientemente aprobada Política Sectorial de Salud Intercultural propone, entre otras acciones, el desarrollo de investigaciones sobre medicina tradicional, el uso culturalmente pertinente de sus recursos y tecnologías, y la promoción de su registro como patrimonio cultural (MINSA, 2016). De ese modo, se evidencia que esta perspectiva está principalmente orientada a la complementariedad de los sistemas de salud, con el objetivo de mejorar su interacción, en que, a su vez, se manifiestan representaciones y prácticas culturales de la población; además, se propone mitigar las relaciones de desigualdades existentes entre los sistemas. Todo ello se asocia a la aceptabilidad de los servicios de salud, puesto que propicia relaciones armoniosas entre los sistemas sanitarios, para así promover y evidenciar el respeto y valoración hacia los saberes tradicionales que la población concibe y recurre.

2.3. Mejora estructural de la calidad de atención

Catherine Walsh (2002), Fidel Tubino (2005), Díaz Polanco (2005) y Roberto Viaña (2008) consideran que las intervenciones estatales orientadas bajo el concepto de interculturalidad no deben ser asimilacionistas ni mantener una agenda política únicamente rural, sino más bien propiciar un sentido crítico que, además de reconocer la diversidad cultural con realidades variables en el tiempo, promueva transformaciones profundas en las relaciones de poder producto de las condiciones estructurales de vida.

Ello es relevante debido a que diversos estudios en América Latina evidencian importantes desigualdades sanitarias históricas de las poblaciones indígenas y en situación de exclusión¹⁵, de modo que la OPS presenta la incorporación de la perspectiva intercultural como “la respuesta desde el sector salud para superar la situación de exclusión en la que se encuentran las poblaciones indígenas por la desconfianza y la distancia que muchos sienten frente a los servicios de salud” (2008, p.35). Asimismo, los informes de la Defensoría del Pueblo (2008, 2015) develan que la salud de las comunidades originarias se ve alterada por otros factores estructurales como la falta de servicios básicos, alteración del hábitat en el que viven o cambios en los patrones de asentamiento.

Es así que Ramírez Hita (2011) señala que en el ámbito de la salud, el reconocimiento de la diversidad cultural no será efectivo si no se trabaja estrictamente de manera conjunta a la mejora de la calidad técnica de los establecimientos de salud, pues la aceptabilidad hacia los servicios de salud no solo se ve influenciada por los desencuentros culturales entre el personal sanitario y la población, sino que una de las principales causales del rechazo hacia la asistencia sanitaria es la ineficiencia o ausencia de condiciones óptimas del sistema.

¹⁵ Entre ellos, el Informe de Panorama Social de América Latina de CEPAL señala que en esta región, “el promedio de mortalidad infantil de los niños indígenas es un 60% mayor que el de los niños no indígenas (48 por 1.000 nacidos vivos en comparación con 30 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente)” (2007, p.255).

En el Perú, para el año 2017, el 62,2% de muertes maternas a nivel nacional se debió a causas directas; es decir, aquellas que resultaron de “complicaciones obstétricas en el embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originados en cualquiera de las circunstancias mencionadas” (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2017). Así, la proporción de defunciones que pueden ocasionarse por negligencias obstétricas revela la importancia de la calidad de los servicios de salud y su repercusión en la decisión de buscar atención sanitaria. Por ello, el estudio de Jeanine Anderson (2001) resulta muy esclarecedor con respecto a la importancia de la calidad técnica y eficacia de las atenciones sanitarias, pues recopila testimonios de mujeres residentes en ámbitos rurales que pueden inclusive neutralizar la recepción de un trato desfavorable si las intervenciones o tratamientos sanitarios recibidos resultan efectivos para la resolución de sus problemas de salud.

Aunado a lo anterior, como señala Martín Valdivia (2011), el propio registro de información genera una limitación para la pertinencia cultural de los servicios de salud, pues no permite el reconocimiento diferenciado de las condiciones epidemiológicas según los antecedentes étnicos de la población, siendo el indicador más utilizado la lengua materna, que presenta, no obstante, diversas limitaciones para la adecuada precisión en la identificación cultural. Así también, el informe de la Defensoría del Pueblo (2015) destaca la importancia de conocer las enfermedades que afectan a la población indígena para caracterizar y explicar su perfil sanitario; no obstante, evidencia que en el Perú la variable “pertinencia étnica” en los servicios sanitarios no es aplicada o es aplicada de manera inadecuada.

Por todo ello, diversos enfoques, principalmente desde la antropología médica, señalan que la salud intercultural no debe ser un componente funcional que oculte las desigualdades sanitarias, sino más bien, un esfuerzo institucional para promover su reversión a través de la calidad y eficacia para la mejora de las condiciones sanitarias de la población (Lerin, 2005). Así, Ramírez Hita (2011) señala que el abordaje de la diversidad cultural en los servicios de salud resulta esencial, pero la presenta como una transformación que solo será efectiva si no se trabaja manera aislada a aspectos como la mejora de la capacidad resolutive, adecuada remuneración del personal sanitario, la atención por parte de personal calificado, y con un permanente sentido crítico que cuestione las condiciones estructurales que generan los desencuentros socioculturales en las interacciones de proveedores de salud y usuarios, e incluso entre el propio personal sanitario.

En línea con lo anterior, Chávez, Yon y Cárdenas (2015) respaldan que el abordaje de los componentes y dimensiones culturales son insuficientes si no se mejoran las condiciones estructurales de la calidad de los establecimientos de salud, que presenta condiciones más críticas en zonas más pobres y alejadas. Es así que esta perspectiva propone un abordaje estructural de las deficiencias en los sistemas de salud, que no se limite únicamente a la dimensión cultural de los

servicios, sino a todas aquellas condiciones que limitan la calidad de atención y, por tanto, afectan no solo la decisión de buscar atención sanitaria, sino también la eficacia de las intervenciones y la propia salud de la población.

A la luz de todo lo anterior, es posible identificar la importancia de ciertos elementos de salud intercultural que inciden en las demoras relacionadas a la atención de salud materna. Muchos de estos, principalmente aquellos relacionados a la “pertinencia cultural de los servicios de salud”, se relacionan a la aceptabilidad de los servicios por parte de la población, que influyen su decisión para buscar ayuda sanitaria, mientras otros evidencian la importancia de factores estructurales como la disponibilidad y accesibilidad de los servicios sanitarios, tales como las barreras geográficas, económicas, idiomáticas, entre otras, que pueden imposibilitar la recepción de la atención, incluso si la población decide acudir a estos.

Finalmente, se evidencia también la importancia de la calidad técnica en la demora de recibir un tratamiento adecuado en contextos en que los establecimientos de salud no cuentan con las capacidades necesarias para la prestación de servicios. Ello manifiesta que, incluso si la población decide y tiene posibilidades de acudir a los establecimientos de salud, la calidad técnica de los servicios puede generar negligencias o alternativas ineficientes a sus necesidades sanitarias, motivo por el cual es una dimensión fundamental en la percepción y satisfacción de los usuarios, e influye su aceptabilidad hacia los servicios de salud. De ese modo, destaca la importancia de analizar y promover alternativas sanitarias que garanticen la mejora de las cuatro dimensiones presentadas.

CAPÍTULO 3: MARCO CONTEXTUAL

El presente capítulo explica el entorno en que se desarrollan los casos de estudio de la presente investigación. Para ello, se describen las principales características del sistema de salud público peruano, el marco normativo e institucional de salud intercultural, y, finalmente, características de los distritos de Quichuas y Santiago de Pichus.

1. La atención prenatal en establecimientos de salud de primer nivel

El sistema de salud peruano se organiza en subsectores público y privado (Ver Anexo A). Según los niveles de complejidad y características funcionales, el Ministerio de Salud (2011) clasifica los establecimientos de salud en tres niveles de atención (ver Anexo B). En el Primer Nivel de Atención, que comprende puestos y centros de salud, se desarrollan actividades relacionadas a la prevención y promoción de la salud, además de brindar diagnósticos y tratamientos oportunos, tomando como referencia las necesidades más frecuentes de la persona, familia y comunidad, lo cual plantea el reto de generar una oferta de servicios de gran tamaño, pero con baja complejidad (MINSA, 2011). Actualmente, los establecimientos del primer nivel representan el 97.8% del total de establecimientos de salud a nivel nacional, el 98.85% de establecimientos del departamento de Huancavelica y el 100% en la provincia de Tayacaja (SUSALUD, 2018).

El primer nivel de atención es considerado como la primera puerta de acceso al sistema de salud para la población y, por ende, para las gestantes (MINSA, 2011). Tal como fue evidenciado en el marco teórico de la investigación, la cobertura y atención prenatal son fundamentales para disminuir los índices de mortalidad materna y perinatal, así como para prevenir y tratar las enfermedades subyacentes del embarazo, parto y puerperio (Bronfman, Lopez, Magis, Moreno & Rutstein, 2003). Es así que la atención prenatal se desarrolla en los establecimientos de salud de primer nivel como parte del esquema preventivo de la atención de salud materna.

1.1. Evolución de la mortalidad materna y perinatal

La mortalidad materna es un indicador que representa las desigualdades y la exclusión social, así como las dificultades para acceder a servicios de atención de salud de calidad (MINSA, 2017). El MINSA (2016) desarrolla un árbol de problemas, donde identifica las principales causas que desencadenan la mortalidad y morbilidad materna y perinatal del país, tales como factores congénitos, riesgos obstétricos, enfermedades o infecciones y régimen alimenticio (ver Anexo D).

En el Perú, en el periodo que comprende desde 1990- 2010, el número de mujeres que perdió la vida durante el embarazo o hasta los 42 días posteriores disminuyó en 64.9%. Entre 1990 y 1996 el índice de mortalidad materna fue de 265 muertes por cada 100,000 nacimientos, mientras que entre el 2004 y el 2010 esa cifra se redujo a 93 muertes por la misma cantidad de nacimientos; sin

embargo, esto aún dista de la meta planteada para el 2030: 70 muertes por cada 100,000 nacimientos (INEI, 2016).

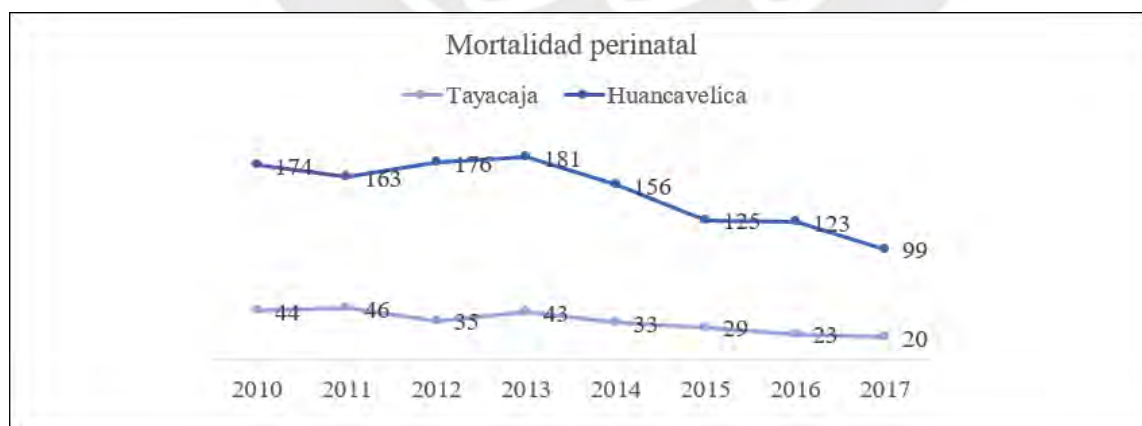
En los ámbitos de Huancavelica y Tayacaja, se identifica una evolución inconstante del índice de mortalidad materna en el periodo 2007- 2017, pues inclusive este se vio considerablemente incrementado a nivel regional para el año 2017 según la ENDES (INEI, 2017).

Figura 2: Evolución de la mortalidad materna en el departamento de Huancavelica y la provincia de Tayacaja



En cuanto al índice de mortalidad perinatal en Huancavelica y Tayacaja, este presenta un decrecimiento constante; sin embargo, el índice sigue siendo alto y con cifras mucho mayores al índice de la mortalidad materna (Dirección Regional de Salud de Huancavelica, 2018). Ello manifiesta la relevancia de fortalecer la calidad técnica de los establecimientos de salud para abordar las complicaciones obstétricas que devienen en el desarrollo de dichas muertes.

Figura 3: Evolución de la mortalidad perinatal en el departamento de Huancavelica y la provincia de Tayacaja



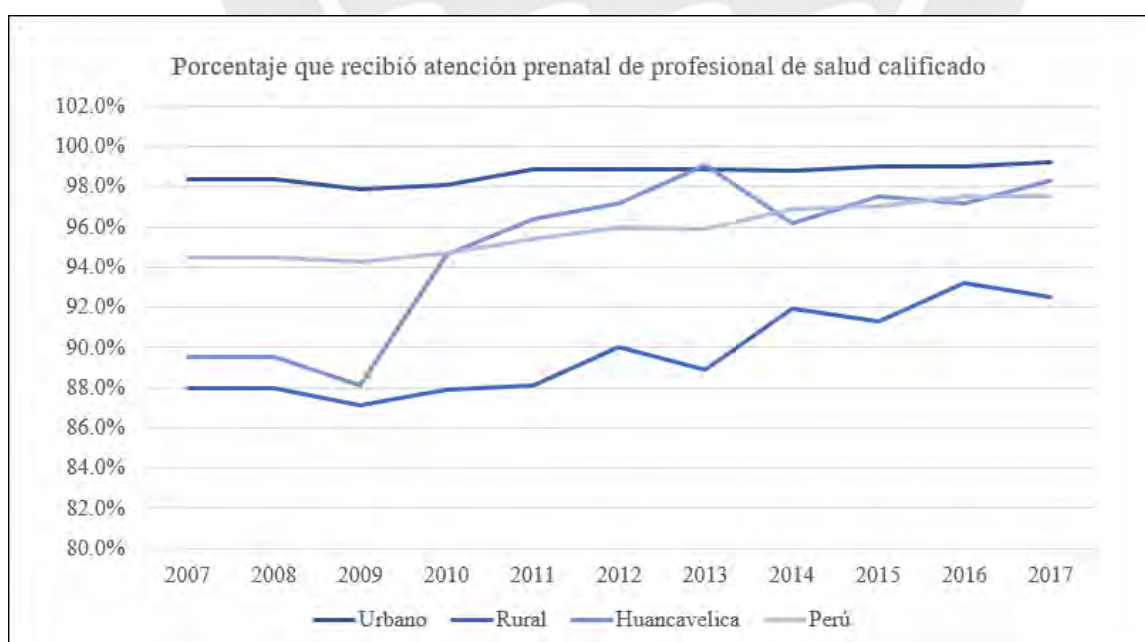
1.2. Cobertura de atención prenatal

Durante los controles prenatales, la gestante es examinada y se le aplican diversos exámenes con el fin de detectar y prevenir posibles complicaciones que pongan en riesgo su vida o la vida del niño; del mismo modo, se le brindan consejos para una alimentación saludable, consejos sobre planificación familiar y se le brinda información sobre el reconocimiento de signos de alarma (INEI, 2017). Durante el embarazo, las evaluaciones que comúnmente se practican son medición de la presión arterial, control de peso y medición de la altura uterina.

Sin embargo, en el Perú, no todas las mujeres logran acceder a los controles prenatales durante el primer trimestre del embarazo, pues según la ENDES (INEI, 2017), el 18,6% de mujeres en el país accede al primer control de forma tardía (posterior a las 14 semanas), y esta cifra es aún más alta en el área rural, donde este indicador alcanza el 24.5%, en comparación al área urbana, donde corresponde al 16.5% (ver Anexo E).

En la figura 4 se presenta la evolución de las coberturas de atención prenatal en el Perú, el ámbito urbano, el ámbito rural, así como en el departamento de Huancavelica. Esta permite identificar que las coberturas son históricamente mayores y presentan una tendencia constante en el ámbito urbano, mientras la cobertura en el ámbito rural del país presenta crecimiento inconstante, e incluso se ve reducida en algunos años. Por su parte, si bien la cobertura de atención prenatal en Huancavelica presenta una tendencia creciente desde el año 2010 y en los últimos años se aproxima a la cobertura a nivel nacional, es aún inestable en ciertos periodos de tiempo.

Figura 4: Porcentaje de usuarias que recibió atención prenatal por parte de profesional de salud calificado



Adaptado de: INEI (2018)

2. Marco político e institucional de salud intercultural en el Perú

En los documentos técnicos y normativos del MINSA, se comprende la interculturalidad como un eje transversal que debe incorporarse en todas las políticas sectoriales a través de estrategias participativas y propuestas de diálogo intercultural¹⁶. No obstante, el Informe Defensorial N° 134 identifica que en el marco normativo e institucional del país en torno a salud intercultural se utilizan distintos enfoques conceptuales relacionados a la “adecuación cultural” o la “pertinencia cultural” de los servicios de salud, que, no obstante, responden a nociones distintas entre sí (Defensoría del Pueblo, 2008). Esto es relevante en la medida en que sus fundamentos conceptuales orientan el diseño de las políticas públicas sectoriales.

Tabla 1: Comparación entre adecuación cultural y pertinencia cultural

Adecuación cultural	Pertinencia cultural
Proceso predominantemente unidireccional desde la oferta.	Proceso democrático de interacción bidireccional.
Busca la aceptación de una propuesta desde una cultura (hegemónica) hacia la otra.	Construcción social, participativa entre interactuantes.
Puede buscar la imposición, o llegar a ella.	Busca el consenso mediante el diálogo entre culturas.
Preponderante interés en la calidad técnica para el cumplimiento de metas.	Interés en la calidad técnica y humana.

Fuente: Defensoría del Pueblo (2008)

En América Latina, se identifican importantes hitos en torno a salud intercultural. A nivel internacional, destaca el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo; además de la Declaración Mundial de la Salud (Alma Ata) en 1998. Del mismo modo a nivel nacional destaca la aprobación de la Norma Técnica de Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (MINSA, 2005), la Documento Técnico de Adecuación Cultural de la Orientación/ Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (MINSA, 2008) y la Política Sectorial de Salud Internacional (ver Anexo C). Sin embargo, tal como fue evidenciado en el problema de investigación, las competencias en torno a la implementación del enfoque intercultural se encuentran dispersas y desarticuladas entre distintas unidades del Ministerio de Salud.

Por otro lado, es necesario considerar que el abordaje de la interculturalidad — principalmente en el sector salud y educación— es liderado por las organizaciones sin fines de lucro; entre ellas, las que en el 2009 conformaron el “Consortio Madre Niño”, tales como Calandria,

¹⁶ El Diálogo Intercultural es entendido como la interacción de dos individuos o dos grupos de distintas culturas que confluyen en un espacio de respeto y tolerancia cultural; además, incluye un intercambio respetuoso de opiniones (MINSA, 2015).

Kallpa, Medicus Mundi Navarra y Salud Sin Límites Perú; las dos últimas con mayor incidencia en el sector salud.

3. Operativización del MAIS-BFC

El Modelo de Atención Integral de Salud, vigente desde el año 2004 en el Perú, es un paradigma de salud “basado en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, orientados a obtener una persona, familia y comunidad saludable” (MINSAL, 2006, p.5). Es decir, propone el fortalecimiento de la dimensión preventiva y promocional, así como la participación de la comunidad en las mejoras de los servicios sanitarios.

No obstante, si bien el modelo favoreció la evolución de un enfoque conceptual y técnico de la atención integral en salud, su implementación no reflejó los términos en los cuales había sido planteado, pues el sector mantuvo un componente principalmente recuperativo y de rehabilitación, con escasos esfuerzos dirigidos a la promoción de la salud y prevención de enfermedades (MINSAL, 2011, p.18). Además, “el principal resultado esperado de la atención integral durante este período fue ‘personas saludables’ con una nula o débil protección de la familia, de la comunidad y el entorno” (MINSAL, 2011, p.19).

Es así que en el año 2011 el modelo fue renovado por el Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), que además de proponerse corregir los resultados mencionados, presenta una mayor aproximación y concordancia con el sistema de Atención Primaria en Salud (APS) y se orienta al abordaje de los determinantes sociales de la salud, a través de la acción intersectorial y la participación ciudadana y colectiva.

Sin embargo, el MAIS-BFC afronta retos para su implementación y replicabilidad a nivel nacional, pues en el sector público, los esfuerzos para implementar el modelo solo han abordado algunos componentes de manera parcial, lo cual reduce la eficacia de la intervención.

Un factor importante en dicho contexto es la disolución de la Estrategia de Salud Familiar¹⁷ del Ministerio de Salud en el año 2015, lo cual conlleva dificultades hasta la actualidad, pues las funciones para su implementación son asumidas de manera dispersa entre distintas direcciones del Ministerio, e incluso ha sido el Ministerio de Educación quien ha brindado respaldo a las ONGs para el desarrollo de algunos componentes (Fernando Carbone, comunicación personal, 18 de setiembre, 2018). En adición a lo anterior, es necesario considerar que el modelo tampoco recibe asignación de presupuesto, y, por tanto, no se encuentra vinculado a incentivos presupuestarios o metas para los gobiernos locales ni regionales.

¹⁷ Esta dirección estaba anteriormente encargada de la implementación del MAIS-BFC, y estuvo desarrollando una guía para su operativización con la ONG Medicus Mundi; sin embargo, esta fue desatendida a partir de su disolución (Carbone, comunicación personal, 18 de setiembre, 2018).

A pesar de dicho contexto a nivel nacional, en el año 2012, Medicus Mundi y Salud Sin Límites promovieron la implementación del modelo en la Red de Salud Churcampa, y a partir de ello, en el año 2014 esta experiencia fue replicada en Tayacaja. El rol de las ONG consiste principalmente en el acompañamiento para su implementación en los niveles locales.

Así, a nivel local, se identifican dos etapas de participación de las ONG: la primera etapa consiste en la formación directa al personal de salud y el acompañamiento más intenso a los establecimientos para el desarrollo de actividades intra y extramurales, mientras la segunda etapa consiste en la formación de “facilitadores” del modelo, para propiciar su implementación y replicabilidad por parte del propio personal sanitario (Fernando Carbone, comunicación personal, 18 de setiembre, 2018).

Según las herramientas de seguimiento del SISFAC¹⁸, el MAIS-BFC está compuesto por 7 componentes (Ver Anexo F):

a) Organización del equipo de salud, del territorio y de la población.

La implementación inicia con la creación del Comité Técnico Impulsor del MAIS-BFC (Eva Martínez, comunicación personal, 17 de julio, 2018), conformado por representantes de la Red de Salud, autoridades locales y líderes comunales, y cuenta con la función de brindar seguimiento y acompañamiento a su implementación.

Los principales hitos de este componente son la Educación Permanente en Salud (EPS) que implica la formación continua del personal sanitario en sus espacios de trabajos; la sectorización y el desarrollo de censo familiar, con el fin de brindar un código alfanumérico a cada hogar para su identificación en los establecimientos; la digitalización de fichas familiares en el SISFAC; y la organización de historias clínicas en carpetas familiares¹⁹.

b) Análisis de la información e intervención en la unidad familiar.

Durante esta etapa se hace uso de la información recopilada en el SISFAC con el fin de brindar seguimiento a los principales indicadores sociales y de salud a nivel local. Del mismo modo, los establecimientos de salud realizan el seguimiento del Plan de Atención Integral a la Familia (PAIFAM), que es una herramienta construida conjuntamente con la población, con el fin de

¹⁸ El sistema de Información para la Salud Comunitaria, Familiar e Individual (SISFAC) es el sistema de información y de seguimiento de implementación del MAIS-BFC desarrollado por Medicus Mundi para la gestión de los establecimientos de salud.

¹⁹ Las historias clínicas suelen organizarse a nivel individual de cada paciente según directrices del Ministerio de Salud. Por su parte, el MAIS-BFC introduce la organización y caracterización de historias clínicas no solo a nivel individual, sino también familiar y comunitario para propiciar un mayor seguimiento de la situación sanitaria y calidad de vida en dichos niveles. Así, se incorpora una ficha de salud familiar en la carpeta correspondiente, que analiza la situación general de todos sus miembros.

identificar las posibilidades de mejora de los hogares, y proceder a su implementación por parte de las propias familias, para así mejorar el autocuidado de la salud.

c) Organización y participación comunitaria e intersectorialidad para el abordaje de determinantes sociales de salud.

Se promueve la articulación y capacitación de agentes comunitarios de salud, como nexo entre la población y los establecimientos de salud, así como la creación de Consejo de Desarrollo Comunal (CONDECO), cuyo fin es propiciar un espacio de diálogo en el cual articular a todas las organizaciones y actores sociales de la comunidad para abordar los determinantes sociales de la salud que la afectan.

d) Reorientación del servicio de salud con pertinencia cultural.

Entre sus componentes destacan la reorganización y señalización de ambientes para brindar Atención Integral en Salud por Etapas de Vida, con el fin de fortalecer el rol preventivo e integral de los servicios de salud; cambios y adaptación cultural de la infraestructura —tales como la adaptación de salas de espera e implementación de salas de parto vertical—; programación extramural; diálogo intercultural; registro y promoción de sistemas de referencia y contrareferencia con agentes tradicionales de salud; y registro y huerto demostrativo de plantas medicinales.

e) Atención integral e integrada a la persona por etapas de vida.

Prestación de servicios según etapas de vida, tales como niño, adolescente, adulto, adulto mayor y gestante, de modo que no se atiende únicamente morbilidades en consultorios especializados, sino que la población usuaria debe asistir a todos los consultorios — tales como medicina general odontología, laboratorio, psicología y/o obstetricia— hasta cumplir con los paquetes preventivos integrales asignados para cada etapa de vida.

f) Información general.

Implica el seguimiento de la disponibilidad de servicios básicos en los establecimientos de salud, como internet, equipos de cómputo y telefonía móvil. Así mismo, promueve la digitalización de la información obtenida de las bases de datos de SIS y HIS.

g) Información de recursos humanos.

Este componente identifica información básica sobre la rotación de personal de salud, capacitaciones informáticas recibidas y el Programa de Formación en Salud Familiar y Comunitaria - PROFAM (2013).

4. Características generales de los distritos de Quichuas y Pichos

4.1. Contexto socio demográfico

Los distritos de Quichuas y Pichos se ubican en la provincia de Tayacaja, departamento de Huancavelica. Este departamento, organizado administrativamente en siete provincias²⁰, se ubica en el centro-oeste del Perú, y comparte límites territoriales con Junín, por el norte, con Ayacucho, por el este y sur, y con Lima e Ica, por el oeste. Según el Censo 2017, Huancavelica cuenta con 347,639 habitantes, de los cuales el 80,78% de habitantes se considera quechua por sus costumbres y antepasados, principalmente aquellos que residen en ámbito rural (INEI, 2018). Además, el departamento registra dos religiones con mayor incidencia: católica (72,79%) y evangélica (25,24%) (INEI, 2017). Para el año 2017, el 51,3% de la población de este departamento se encontraba en situación de pobreza monetaria, frente al 43,2% del nivel nacional (PCM, 2018).

La provincia de Tayacaja es la segunda provincia más poblada del departamento de Huancavelica, solo después de la provincia homónima, y limita por el noroeste con la región Junín, por el este con Ayacucho y la provincia de Churcampa, y por el sur con la provincia de Huancavelica.

Según el censo del año 2017 (INEI, 2018), la provincia cuenta con 81,403 habitantes distribuidos en sus 21 distritos, y su capital es la ciudad de Pampas. El 23,85% de la población reside en un ámbito urbano, mientras que el 76,15% reside en un ámbito rural (INEI, 2018). Además, para el año 2017, el 56,25% de la población se encontraba en situación de pobreza monetaria (PCM, 2013). En cuanto a la autoidentificación de sus habitantes según sus costumbres y antepasados, el 78,70% de la población se identifica quechua (INEI, 2018).

Por su parte, el distrito de Quichuas fue creado mediante la Ley N° 30278 en el año 2014 (Congreso de la República), pues anteriormente constituía un centro poblado del distrito de Colcabamba. Según las estimaciones y proyecciones de población, el distrito cuenta con 4,117 habitantes (PCM, 2018). Este comprende 48 centros poblados rurales y un único centro poblado urbano (INEI, 2018). Además, según proyecciones de la PCM (2018), para el año 2017, el 74% de esta población se encontraba en condiciones de pobreza.

De acuerdo al Padrón Nominal (RENIEC, 2018) se identificó que del total de mujeres que tuvieron sus controles prenatales en el periodo de análisis de la investigación (2015-2017), el 55,84% de usuarias pertenece a un ámbito rural y el 11,69% domina el quechua como lengua habitual. Por otro lado, sobre el nivel educativo de las usuarias, el 19,48% de usuarias cuenta con primaria completa, el 25,98% cuenta con secundaria completa y tan solo del 2,60% de usuarias cuenta con

²⁰ Huancavelica, Acobamba, Angarares, Castrovirreyna, Churcampa, Huaytará y Tayacaja.

educación superior completa. Además, en cuanto a instituciones públicas, el distrito cuenta con 5 establecimientos de salud y 37 centros educativos.

Por su parte, el centro de salud Santiago de Pichus se ubica en del distrito de Pichos, que, al igual que el distrito de Quichuas, es de reciente creación, y anteriormente formaba parte del distrito de Huaribamba. Se fundó en el 2015 mediante la Ley N° 30391. Para el año 2017, según proyecciones de la PCM (2018), el distrito cuenta con 3,477 habitantes, y el 60.3% se encuentra en situación de pobreza.

Según el Padrón Nominal (RENIEC, 2018), del total de mujeres que tuvieron sus controles prenatales entre enero del 2015 y diciembre del 2017, el 1.1% de usuarias pertenece a un ámbito rural²¹, y el 60.71% tiene al quechua como lengua habitual. Por otro lado, sobre el nivel educativo de las usuarias en el distrito de Pichos, el 13,10% de usuarias cuenta con primaria completa; mientras que el 19,05% de ellas cuenta con secundaria completa. Además, en ambos distritos destaca la presencia de programas sociales, tales como Qali Warma, País, Juntos y Pensión 65 (ver Anexo G).

4.2. Estructura de los servicios sanitarios

La Red de Salud de Tayacaja es una unidad ejecutora perteneciente a la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, y cuenta con 87 establecimientos de salud. El centro de salud de Quichuas forma parte de los 15 establecimientos de salud de la microred Acostambo, mientras el centro de salud de Pichos es uno de los 12 establecimientos de salud de la microred Pazos.

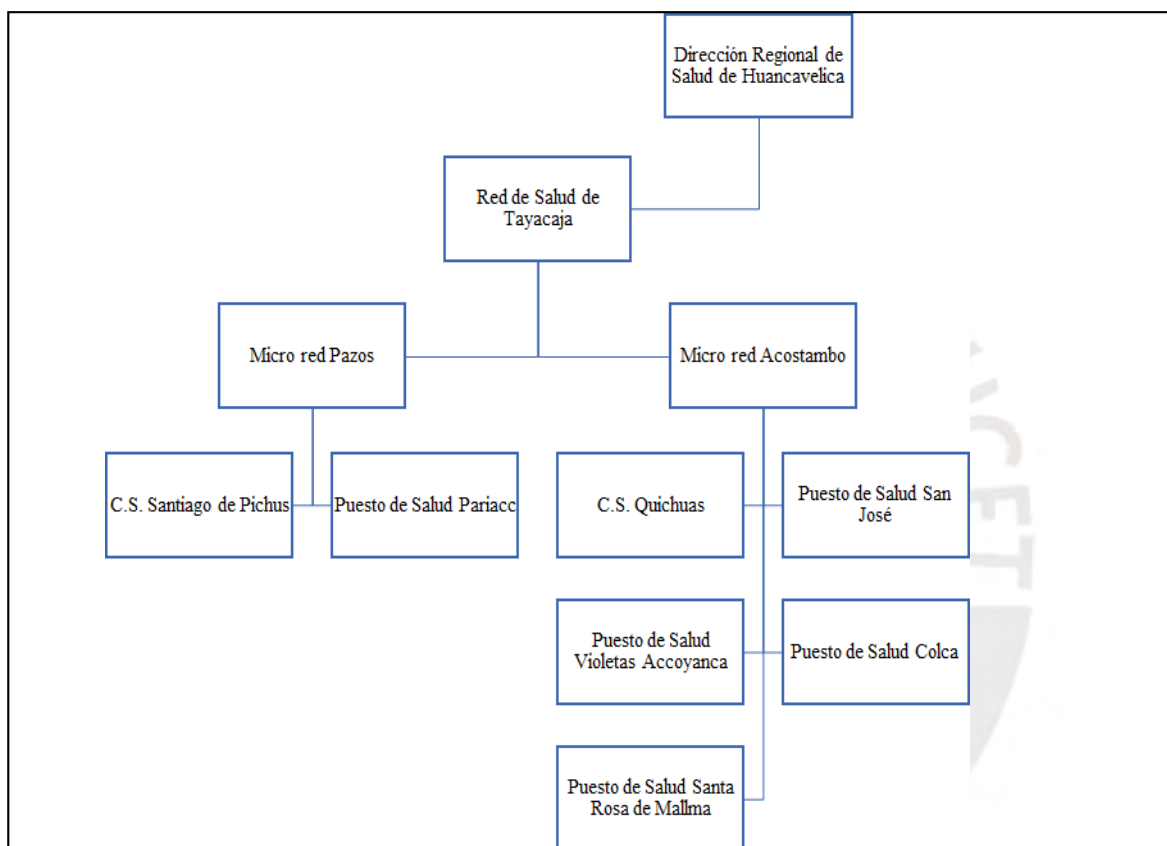
El centro de salud de Quichuas inició sus operaciones en agosto de 1998 y adquirió la categoría I-3 en el 2015 (SUSALUD, 2018). Este atiende una población objetivo de 1,179 personas. Además, es el único establecimiento de nivel I-3 del distrito y cuenta con cuatro puestos de salud bajo su sistema de referencia: Violetas Accoyanca (nivel I-1), San José (nivel I-2), Santa Rosa de Mallma (nivel I-1) y Colca (nivel I-1) (SUSALUD, 2018).

Por su parte, el centro de salud Santiago de Pichus inició sus actividades en agosto de 1995, y adquirió la categoría I-3 en el año 2015 (SUSALUD, 2018). El establecimiento atiende a una población objetivo de 1,044 personas. Así mismo, cuenta con dos puestos de salud bajo su sistema de referencia: Pariacc (I-1) y Tapo (nivel I-1). Además, este establecimiento ha renovado su infraestructura en mayo del año 2018, y ya no se encuentra ubicado frente a la plaza principal, sino con cercanía a la salida del distrito.

²¹ Se debe considerar que la definición utilizada por el Padrón Nominal para delimitar si un centro poblado es urbano o rural se delimita únicamente a través de la conglomeración de habitantes en un espacio territorial, y no considera aspectos como la disponibilidad de vías y medio de transporte, acceso a servicios básicos o la cercanía a un centro económico.

En situaciones de atención de emergencias de mayor complejidad resolutive, ambos establecimientos de salud deben referir sus atenciones al Hospital de Pampas, y en caso de que estas no puedan ser resueltas, se refieren al Hospital de Huancavelica. Solo en caso de que no puedan ser atendidas en este nivel, se justifican las referencias al Hospital del Carmen, ubicado en Huancayo, que, sin embargo, no es la opción sugerida, debido a su pertenencia a otra región y unidad ejecutora (ver Anexo H). A continuación, se muestra la estructura según la cual está organizada el sistema de salud en los distritos de Quichuas y Pichos.

Figura 5: Estructura del sector salud en los distritos de Quichuas y Pichos



Adaptado de: SUSALUD (2018).

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA

El presente capítulo desarrolla el alcance, diseño y enfoque de la investigación; además, se explica la secuencia bajo la cual se determinaron los casos de estudio, la muestra y el diagnóstico de desempeño del estudio.

1. Enfoque, alcance y diseño metodológico

El enfoque de la investigación es cualitativo, puesto que se propone el análisis y comprensión a profundidad de un fenómeno, que se explora desde la perspectiva subjetiva de los participantes en un determinado contexto (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Además, la investigación presenta un alcance descriptivo, debido a que se desarrolló el diagnóstico y descripción de la implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud, con el fin de recoger información según las variables diseñadas para la investigación, para así comprender detalladamente el fenómeno que se estudia, sin necesariamente establecer una relación causal estructurada entre ellas (Hernández et al., 2010).

Así mismo, se eligió el modelo de estudio de casos, puesto que, tal como señala Yin (2013), permite investigar y describir a profundidad el “cómo” y/o “por qué” de la ocurrencia de fenómenos en los cuales las condiciones contextuales presentan particular relevancia, lo cual es sustancial debido a la naturaleza del tema de investigación. Además, este modelo es óptimo debido a que permite el análisis comparativo en un número pequeño de casos (George & Bennett, 2004), de modo que facilita desarrollar el diagnóstico de la implementación del enfoque intercultural en dos contextos específicos en que se desenvuelve el modelo de salud estudiado. Finalmente, el diseño de investigación es transversal, pues si bien se considera un periodo de estudio de tres años, el objetivo no es analizar la evolución del fenómeno en el tiempo, sino describir el desempeño del enfoque en cada establecimiento de salud desde la perspectiva de los actores involucrados en dicho periodo (Hernández et al., 2010). El diseño de la investigación se encuentra consolidada en la matriz de consistencia (ver Anexo I).

2. Selección de casos de estudio

Para la elección de casos de estudios, se optó por trabajar con dos establecimientos de salud que se encuentran implementando el MAIS-BFC con enfoque intercultural, lo cual propició el adecuado seguimiento y profundidad del diagnóstico. A partir de la entrevista exploratoria desarrollada a Fernando Carbone, ex ministro de salud del Perú y coordinador de proyectos de la ONG Medicus Mundi - Delegación Perú (organización promotora de la implementación del MAIS-BFC), se identificó que las redes de salud que se encuentran desarrollando dicho modelo con enfoque intercultural son Churcampa y Tayacaja, Huancavelica (comunicación personal, 13 de setiembre, 2017).

Se optó por la elección de establecimientos de la Red de Salud de Tayacaja, debido a que la implementación del enfoque intercultural resulta una experiencia más reciente y pionera en este ámbito; y si bien presenta influencia de Medicus Mundi - Delegación Perú, la implementación del modelo en esta red ha sido primordialmente propiciada por sus propios actores locales²². Además, los establecimientos fueron seleccionados de distintas microneces, para garantizar que no existan diferencias en el análisis debido a que uno de ellos constituya cabecera de alguna microneces.

Para determinar los establecimientos de salud a estudiar, se descargó la relación de los establecimientos activos de la Red de Salud de Tayacaja a febrero 2018 del Registro Nacional de IPRESS de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD, 2018), y se obtuvo un conjunto de 87 establecimientos de salud, la totalidad de ellos perteneciente al primer nivel. Además, se eligió el periodo 2015-2017, debido a que, si bien la implementación del modelo por parte de la Red de Salud inició en el año 2014, el primer año consistió principalmente en el desarrollo del censo a los hogares, por lo cual recién a partir del año 2015 se implementaron los cambios perceptibles en la infraestructura, y/o gestión de los establecimientos de salud.

Con la sistematización de dicha información, se realizó una visita de inmersión entre el 7 y 11 de febrero de 2018, en la cual se sostuvo una reunión con los directivos de la Red de Salud de Tayacaja para la presentación y aprobación del proyecto de investigación, y se visitaron cinco establecimientos de salud (ver Anexo J) en coordinación y acompañamiento la Directora de Salud Familiar de la Red de Salud de Tayacaja, responsable de implementar el MAIS-BFC. Las visitas consistieron en recorridos guiados dentro de los establecimientos, en los cuales se explicó al equipo el proceso de implementación del MAIS-BFC.

Se optó por establecimientos de salud I-3, debido a que los centros de salud I-3 y I-4 son los únicos con capacidad resolutive idónea para la atención de partos²³, criterio relevante, debido a que uno de las principales dimensiones en que se implementa el enfoque intercultural es la libre elección del tipo de parto por parte de las gestantes, que es consultada durante su atención prenatal. Así mismo, se excluyeron los centros de salud I-4, puesto que solo el 1% del total de establecimientos corresponde a este nivel.

A partir de todo ello, se realizó una caracterización de los establecimientos de salud según el Padrón Nominal (periodo enero 2015 - diciembre 2017) y el Reporte de consolidación del avance del MAIS-BFC de la Red de Salud de Tayacaja a diciembre del 2017. Con ello, se consideró necesario que ambos establecimientos atiendan una cantidad similar de gestantes en el periodo de

²² Por su parte, en la Red de Salud Churcampa se había tenido permanencia de apoyo de organizaciones no gubernamentales desde el año 2009.

²³ Cabe señalar, además, que los establecimientos de salud I-1 y I-2 presentan poca población asignada para su atención.

análisis de la investigación, y que presenten un avance semejante en la implementación del enfoque intercultural, a través de la medición del “componente de reorientación de servicios con pertinencia cultural” del consolidado de seguimiento de la Red de Salud. Además, se consideró que los establecimientos de salud hayan iniciado la implementación del modelo en el mismo periodo de tiempo, para evitar diferencias de resultados por distintos estadios de implementación.

Por otro lado, ya que los componentes del MAIS-BFC son los mismos para todos los establecimientos de salud, se consideraron algunos criterios con características diferenciadas para enriquecer las posibilidades de comparación sobre la implementación del enfoque intercultural del modelo, que promueve los mismos componentes en contextos que, si bien se encuentran en un ámbito geográfico cercano, presentan sus propias particularidades. Así, en el distrito de Pichos el quechua es la lengua habitual predominante en las gestantes, mientras en Quichuas la población gestante es mayoritariamente hispanohablante. Además, ambos distritos tienen distinto nivel de conexión a centros urbanos, pues Quichuas se encuentra ubicada en una ruta de tránsito frecuente entre Huancayo (Junín) y Huanta (Ayacucho), mientras que el distrito de Pichos se ubica en la cima de una montaña, y se encuentra principalmente conectado a los distritos aledaños.

En adición a lo anterior, cabe señalar que el centro de salud Santiago de Pichus presenta una jefatura más estable que recae en una obstetra, con un periodo de permanencia de tres años en el cargo, mientras que en Quichuas, existen mayores cambios en la jefatura (tres encargados distintos en el 2017). En la tabla 2 se sistematizan los principales criterios para la elección de casos.

Tabla 2: Comparación de casos en el nivel local de la implementación

Características principales	Centro de Salud Quichuas	Centro de Salud Santiago de Pichus
Micro Red	Acostambo	Pazos
Nivel	I-3	I-3
Profesión del responsable del C.S.	Medicina	Obstetricia
Distrito	Quichuas	Santiago de Pichus
Cantidad total de gestantes ²⁴	83	75
Gestantes quechuahablantes	11.69%	60,72%
Inicio de implementación del MAIS BFC	2014	2014
Promedio de avance en el componente de reorientación del servicio de salud con pertinencia cultural	84%	80%

Adaptado de: RENIEC (2018) y Red de Salud de Tayacaja (2018).

²⁴ Esta cifra hace referencia al número de gestantes atendidas en el centro de salud en el periodo 2015-2017

3. Criterios de selección de informantes clave

Se seleccionó un conjunto de informantes clave a nivel de la Red de Salud de Tayacaja, Medicus Mundi - Delegación Perú, Salud Sin Límites y los establecimientos de salud, según su participación y vinculación con la implementación del enfoque intercultural y la prestación del servicio de atención prenatal, ya sea a nivel directivo u operativo. Así también, se decidió incluir en la selección de la muestra a las usuarias de los establecimientos, por la relevancia de contar con su percepción sobre el desempeño del servicio de atención prenatal y el enfoque intercultural. A continuación, se presentan los criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

a) Criterios de inclusión en la muestra

- Personal directivo de la Red de Salud de Tayacaja vinculado al área Salud Materna y Salud Familiar. La última por ser el área responsable de la implementación del MAIS-BFC.
- Personal operativo de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus relacionado a la atención de salud materna.
- Personal operativo de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus con tiempo de trabajo mayor a tres años en los establecimientos de salud, debido a su participación en todo el proceso de implementación del modelo.
- Usuarias del servicio de atención prenatal de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus en el periodo 2015-2017 que residen en el casco urbano del distrito, para asegurar que las encuestadas fueran exclusivamente usuarias de los centros de salud estudiados. Para la elección de la muestra, se utilizó un nivel de confianza de 85% y margen de error de 10%; debido a que la investigación no pretende generalizar los hallazgos, sino obtener una muestra mínima de usuarias que permita caracterizar su opinión.

b) Criterios de exclusión en la muestra

- Personal operativo de los centros de salud con permanencia menor a un mes, pues debido a la rotación laboral, existe personal nuevo que todavía no se adapta a la zona o desconoce el estado de la implementación del MAIS-BFC. En el centro de salud de Pichos, se excluyó a un médico, ya que, al momento de la visita, contaba con una semana de trabajo en la zona.

En la tabla 3, se presenta al personal sanitario calificado para atención de controles prenatales. Con el fin de asegurar el anonimato de los informantes por la sensibilidad de información y privacidad de los testimonios, se reservan los nombres de los entrevistados en los establecimientos.

Tabla 3: Muestra seleccionada en los C.S. Quichuas y Santiago de Pichus

Centro de salud	Cargo	Tiempo en el establecimiento	Régimen laboral
Quichuas	Obstetra	4 meses	CAS
	Obstetra	4 meses	CAS
	Obstetra	3 años	Nombrada
	Médico (Jefe del centro de salud)	5 meses	CAS
	Médico	5 meses	SERUM
	Técnico	17 años	Nombrado
Santiago de Pichus	Obstetra (Jefa del centro de salud)	3 años	Nombrada
	Obstetra	5 meses	SERUM
	Médico	5 meses	SERUM
	Técnico	7 años	Nombrado

4. Recolección de información

Se utilizaron tres instrumentos para la recolección de información (entrevistas, encuestas y lista de cotejo), los cuales fueron aplicados en actores específicos de la muestra. En la tabla 5, se detallan los instrumentos usados según los actores identificados.

Tabla 4: Instrumentos de recolección aplicados a la muestra

Actores	Instrumentos usados		
	Entrevistas semi estructuradas	Encuestas	Lista de cotejo
Representantes de ONG's	4	-	-
Autoridades de la Red de Salud de Tayacaja	2	-	-
Responsables de los establecimientos de salud	2	-	1 en cada C.S.
Personal de salud	5 en C.S. Quichuas y 3 en C.S. Santiago de Pichus	-	
Usuarías	-	33 en cada en cada C.S.	-

Se decidió usar el modelo de entrevista semi-estructurada, debido a que el entrevistador tiene la posibilidad de modificar el orden de las preguntas o incluso plantear preguntas adicionales; este tipo de herramienta es una de las más usadas en la evaluación de proyectos y programas. En los establecimientos de salud, se entrevistó al 100% de personal calificado para la atención de controles prenatales.

Por otro lado, la encuesta fue el segundo elemento de recolección de información, y tuvo carácter abierto, con el fin de recabar información adicional por parte de las usuarias, para profundizar la información recopilada. Además, para facilitar el contacto con las usuarias de los establecimientos, se consiguió el apoyo de las docentes de la escuela inicial y de las promotoras del programa social CUNAMAS en cada distrito, por ser espacios institucionales con alta concentración de usuarias pertenecientes a la muestra de la investigación.

Finalmente, se recolectó información mediante listas de cotejo que permitieron obtener datos sobre las capacitaciones al personal de salud, capacitaciones de los ACS, organización del establecimiento, exhibición de plantas medicinales, entre otros. Se completó una lista de cotejo en cada establecimiento de salud; no obstante, cada una de ellas tuvo como informante al jefe(a) del establecimiento y al personal sanitario. Durante el trabajo de campo, se desarrolló el siguiente itinerario:

Tabla 5: Itinerario de trabajo de campo

Visita	Lugar	Fecha
Primera visita de campo (visita de inmersión)	Establecimientos de salud de Ayacancha, Ahuaycha, Huaribamba, Pazos y Quichuas	7 al 11 de febrero de 2018
Segunda visita de campo	Centro de salud Quichuas	5 al 10 de julio de 2018
	Centro de salud Santiago de Pichus	11 al 17 de julio de 2018
	Red de Salud de Pampas	18 de julio de 2018

5. Operacionalización de variables

Para la organización de los componentes, se tomó como referencia la clasificación propuesta por Physicians for Human Rights (2007) según el modelo de las tres demoras que generan la ocurrencia de mortalidad materna²⁵, y se añadió el componente “articulación con sistemas de salud tradicionales” sobre la base del marco teórico en torno a salud intercultural. A partir de ello, se organizaron cuatro componentes, dieciocho variables y cuarenta y dos subvariables (ver Anexo K), construidos también según la propuesta de estándares de salud materna con enfoque intercultural de UNFPA (2016), además de elementos identificados en el marco teórico de la investigación y la primera visita de inmersión. Las variables se encuentran organizadas en los cuatro componentes definidos a continuación:

Accesibilidad: Este componente se define como las disposiciones que el establecimiento de salud implementa con el fin de garantizar la accesibilidad geográfica, económica y no discriminatoria. Se subdivide en cinco variables:

- Accesibilidad económica.
- Asequibilidad geográfica.
- Accesibilidad temporal.
- Decisión de acceso al servicio.
- Disponibilidad de agentes comunitarios de salud.

Calidad técnica: Se define a este componente como la disponibilidad de servicios de salud con eficacia técnica desde la perspectiva médica y científica, personal sanitario calificado y suministros médicos adecuados para la atención prenatal. Se subdivide en cinco variables:

- Duración de atención prenatal.
- Disponibilidad de servicios básicos.
- Disponibilidad de personal calificado para atención prenatal.
- Organización física del establecimiento.
- Disponibilidad de insumos médicos para la atención prenatal.

Aceptabilidad: Se define como el respeto y sensibilidad por la confidencialidad y la cultura de la población en el establecimiento de salud y el personal sanitario. El componente de aceptabilidad se subdivide en cinco variables.

²⁵ Cabe indicar que el modelo de las tres demoras incluye un componente denominado disponibilidad; sin embargo, este no fue considerado en la operacionalización de las variables, ya que se refiere a los indicadores de disponibilidad de servicios de salud para la población, tales como la cantidad de servicios de salud que deberían disponerse para una población de 5000 habitantes. El presente estudio analiza establecimientos de salud con una población ya delimitada.

- Disponibilidad de personal de salud con formación intercultural.
- Comunicación intercultural.
- Trato a las usuarias.
- Autonomía de decisión de las usuarias.
- Acondicionamiento de infraestructura con pertinencia cultural.

Articulación con sistemas tradicionales de salud: El último componente se subdivide en tres variables; además, se define como aquellos factores que permiten un adecuado balance e integración entre los servicios médicos estatales y los sistemas de salud tradicionales.

- Complementariedad con medicina tradicional.
- Articulación con agentes tradicionales de salud.
- Reconocimiento de síndromes culturales.

6. Diagnóstico de desempeño

Con el objetivo de efectuar el análisis comparativo del desempeño del enfoque intercultural del MAIS-BFC en la atención prenatal propuesto por la investigación, se elaboró una matriz de desempeño (ver Anexo L) para evaluar el nivel de cumplimiento de los criterios correspondientes a las subvariables de investigación por parte de los establecimientos de salud. Esta matriz permitió sistematizar la información recolectada a través de distintos instrumentos y plasmarlas en resultados de desempeño de la atención. Para ello, se organizaron categorías de medición para cada subvariable, a las cuales se asignaron puntajes. Estas fueron adaptadas según su tipología, para propiciar mayor precisión en el tipo de recolección, fuente de información y análisis de cada una de ellas.

De ese modo, en algunas predominó la percepción de las usuarias recogida a través de las encuestas, mientras otras fueron registradas según la lista de cotejo o la información proporcionada por el personal de salud en las entrevistas. Así mismo, para algunas subvariables que se encuentran vinculadas entre sí, se optó por elaborar matrices de doble entrada para complementar la información recogida en el análisis correspondiente. Además, en algunos casos, las subvariables proporcionaban información netamente cualitativa, que, si bien ha sido incluida en el análisis y desarrollo de la investigación con el objetivo de profundizar determinadas variables y analizar las similitudes y diferencias en torno a su desempeño, no tuvieron asignación de categorías.

Cada subvariable cuenta con un puntaje asignado según el desempeño observado y recopilado mediante entrevistas al personal de salud y encuestas a las usuarias. Los resultados de las subvariables se sumaron según la variable a la que pertenecen y estas, a su vez, se sumaron según el componente al que pertenecen. Al finalizar la asignación de puntaje a cada subvariable, se generaron cuadros por componentes y subvariables donde se indica el puntaje obtenido. Los cuadros, según se

muestran en el capítulo posterior, están divididos por centro de salud; esto permitió realizar una comparación por subvariable y componente en cada caso, con lo cual se hallaron diferencias y similitudes que fueron explicadas mediante el análisis cualitativo desarrollado a partir de las entrevistas y encuestas realizadas.

Además, se asignaron ponderaciones más altas para las subvariables del componente “articulación con sistemas tradicionales de salud”, debido a que estas se encuentran vinculadas a la complementariedad de los sistemas de salud, en la que el enfoque intercultural analizado en el presente estudio se propone incidir con mayor énfasis. A continuación, se presenta la modalidad de análisis a nivel de cada componente.

- Accesibilidad. El componente está conformado por cinco variables. Se asigna el valor máximo de 6 puntos para cada elemento analizado, y brinda un total de 30 puntos a nivel del componente.
 - Decisión de acceso al servicio: cuenta con 5 subvariables cualitativas, por lo cual no se asignaron puntajes. La información se recopiló mediante entrevistas al personal de salud.
 - Accesibilidad geográfica: cuenta con 2 subvariables cualitativas cuya información se recopiló mediante entrevistas al personal de salud, y 1 subvariable analizada a través de los resultados de las encuestas a usuarias.
 - Accesibilidad económica: no cuenta con subvariables. Se midió a través de resultados de encuestas a las usuarias.
 - Accesibilidad temporal: 2 subvariables analizadas mediante resultados de encuestas a usuarias.
 - Disponibilidad de ACS: 2 subvariables analizadas mediante matriz de doble entrada y 2 variables cualitativas analizadas con información proporcionada por el personal de salud.
- Calidad Técnica. El componente está conformado por cinco variables. Se asigna el valor máximo de 6 puntos para cada elemento analizado, y brinda un total de 24 puntos a nivel del componente.
 - Duración de atención prenatal: no cuenta con subvariables. Se midió a través de resultados de encuestas a las usuarias.
 - Disponibilidad de servicios básicos: 4 subvariables analizadas a partir de la información de la lista de cotejo.
 - Disponibilidad de personal calificado para atención prenatal: no cuenta con subvariables. Se analizó a partir de la información de la lista de cotejo.
 - Organización física del establecimiento: 2 subvariables analizadas mediante una matriz de doble entrada.

- Disponibilidad de insumos médicos para la atención prenatal: no cuenta con subvariables. Análisis cualitativo mediante información proporcionada por el personal de salud.
- Aceptabilidad. El componente está conformado por cinco variables. Se asigna el valor máximo de 6 puntos para cada elemento analizado, y brinda un total de 54 puntos a nivel del componente.
 - Formación en salud intercultural: 2 subvariables cualitativas y 1 analizada a través de información de la lista de cotejo.
 - Comunicación intercultural: 2 subvariables analizadas a través de resultados de encuestas a usuarias, 1 variable analizada mediante lista de cotejo y 1 subvariable cualitativa estudiada mediante información de las entrevistas al personal de salud.
 - Relación con las usuarias: 3 subvariables analizadas a través de resultados de encuestas a usuarias y 2 subvariables cualitativas estudiadas con información de las entrevistas al personal de salud.
 - Autonomía de decisión de las usuarias: 1 subvariable cualitativa analizada mediante información de entrevistas y 1 subvariable analizada a través de resultados de encuestas a las usuarias.
 - Acondicionamiento de infraestructura con pertinencia cultural: 1 subvariable analizada a través de resultados de encuestas a las usuarias.
- Articulación con sistemas tradicionales de salud. El componente está conformado por tres variables. Se asigna el valor máximo de 8 puntos para cada elemento analizado, y brinda un total de 24 puntos a nivel del componente.
 - Complementariedad con medicina tradicional: 1 variable cualitativa analizada usando información de las entrevistas al personal de salud y 2 variables analizadas a través de matriz de doble entrada.
 - Articulación con agentes tradicionales de salud: 1 subvariable cualitativa estudiada mediante información proporcionada por el personal sanitario en las entrevistas y 1 subvariable analizadas a través de matriz de doble entrada.
 - Reconocimiento de síndromes culturales: 1 variable cualitativa y 1 variable analizada a través de los resultados de la lista de cotejo.

CAPÍTULO 5: DIAGNÓSTICO DE DESEMPEÑO DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DEL MAIS-BFC

En este capítulo se presentan los hallazgos del diagnóstico comparativo en torno a la implementación del enfoque intercultural del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) en los establecimientos de salud de Quichuas y Santiago de Pichus en el periodo 2015-2017²⁶.

1. Accesibilidad

Este apartado analiza las barreras que limitan el uso y concurrencia a los servicios de salud por parte de la población. Para ello, se ha organizado el análisis según cinco variables: decisión de acceso al servicio, accesibilidad geográfica, accesibilidad económica, accesibilidad temporal y disponibilidad de agentes comunitarios de salud.

1.1. Decisión de acceso al servicio

La decisión de acceso al servicio reside en las usuarias de los controles prenatales, y consiste en la decisión inicial de acudir a los centros de salud y recibir las prestaciones preventivas del paquete de atención integral de salud materna. Esta puede verse influenciada por diversos factores de su entorno social, así como de condiciones establecidas por acciones del Estado y la oferta de servicios sanitarios.

En Quichuas, un personal técnico señaló que, en el caso de la población femenina e infantil, no hay muchos problemas de cobertura en los servicios de salud, sino principalmente en la población masculina, puesto que esta únicamente suele asistir frente a situaciones de malestar y emergencias, pero escasamente en los servicios de salud preventivos (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Por su parte, el técnico del C.S. Santiago de Pichus señaló que actualmente las dificultades para propiciar el acceso han disminuido considerablemente en comparación a años anteriores, en que cada prestador tenía entre sus principales responsabilidades la captación de gestantes (comunicación personal, 13 de julio, 2018).

Sin embargo, la responsable del área de Salud Materna de la Red de Salud de Tayacaja señaló que una dificultad para la decisión de acceso es que prevalece la búsqueda de atención sanitaria únicamente ante situaciones de morbilidad, y no como parte de un sistema de salud preventivo (comunicación personal, 17 de julio, 2018).

²⁶ Los testimonios de los informantes recogidos en el presente análisis son de carácter subjetivo y personal desde su experiencia como prestadores o usuarias en los establecimientos de salud estudiados, por lo cual no necesariamente representan la opinión del equipo autor de la investigación.

1.1.1. Motivación para asistir a la atención prenatal

Si bien el personal sanitario considera que la población suele asistir a los establecimientos principalmente para la atención de morbilidades, contrasta la motivación de las usuarias para acudir a sus controles prenatales, pues casi la totalidad de usuarias encuestadas (96% en Quichuas y 92% en Pichus) manifestó que asistieron para garantizar el bienestar de su salud y/o la del bebé, con mayor énfasis en la salud del último. Ello revela su preocupación por el estado y desarrollo saludable del embarazo, así como el reconocimiento y legitimidad de los establecimientos como alternativas de atención de la salud.

Por otra parte, se analizó la influencia de los programas sociales en la cobertura de los servicios de salud, puesto que, en el caso del programa social de transferencia condicionada, Juntos, uno de los requisitos para la entrega efectiva del beneficio económico es la asistencia a los controles prenatales de las gestantes. Ello es relevante, debido a que, para el año 2018, el 45% y 64% de hogares de Quichuas y Pichos respectivamente es beneficiario de este programa social (Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2018).

Así, se identificó que en Pichos, el 20% de usuarias encuestadas señaló que la afiliación a Juntos es uno de los motivos por los que asistían a los controles prenatales, y el 12% señaló que es relevante para la obtención del DNI del menor, mientras que en Quichuas, estos porcentajes fueron menores, pues solo alcanzaron el 4% para ambos motivos mencionados; sin embargo, una obstetra del C.S. de Quichuas manifestó también la influencia del cumplimiento de requisitos del Seguro Integral de Salud para la permanencia de las usuarias y la afiliación de sus bebés: “[ellas], por no perder el SIS, vienen, aunque no puntuales, pero [...] se les hace la visita [domiciliaria], [y] entonces están bajando. [...] y así poderle dar la afiliación al bebé” (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Si bien se evidencia cierta influencia de los programas sociales en la motivación de las usuarias para acudir a los controles prenatales, principalmente en el distrito de Pichos, prevalece la relevancia que estas le otorgan para el beneficio y cuidado de la salud. Además, entre otras razones minoritarias para asistir, las usuarias expresaron que las obstetras las visitaron y/o citaron para realizar sus controles, y algunas manifestaron que asistían cuando se enfermaban.

1.1.2. Problemas para la captación temprana

La captación temprana consiste en la asistencia de las gestantes a sus controles prenatales desde los primeros meses del embarazo. En el C.S Santiago de Pichus, las dos obstetras afirmaron que la principal barrera de captación o asistencia a los controles prenatales reside en las actividades agrícolas de la población:

A veces más van a la chacra, [...], porque primero para ellas es sus animales y la chacra. [...] peor cuando están en cosecha, porque la cosecha no lo hacen acá en Pichos, es en otras comunidades, entonces ellos van, se van toda la mañana y regresan en la noche o a veces se quedan a dormir allá (jefa del establecimiento, comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Ello sucede también en el distrito de Quichuas, pues frente a un embarazo complicado con requerimiento de cesárea, una obstetra comentó: “esas pacientes son las que te dicen ‘tú me cortas, y no, señorita, yo no voy a poder ir a la chacra, me va a doler. No voy a poder cargar mi leña, ¿usted va a ir a cosechar por mí? ¿usted va a ir a sembrar por mí?’” (comunicación personal, 5 de julio, 2018). Por ello, resulta relevante considerar que esta actividad económica es un importante factor de inasistencia a los controles prenatales, pues en época de cosecha, implica la salida de la población de las localidades para atender los sembríos (obstetras de C.S. Quichuas y Santiago de Pichus, comunicación personal, 5 al 12 de julio, 2018).

Además, se manifestaron problemas para garantizar la captación temprana de las gestantes por barreras diferenciadas según la edad de las usuarias. La jefa del C.S. Santiago de Pichus señaló que, al consultar a las gestantes los motivos por los que rechazan la atención inicialmente, las adolescentes refieren el temor a sus padres, y en el caso de mujeres adultas, prefieren confirmar su embarazo, regularmente hasta el segundo trimestre, antes de optar por buscar atención:

Porque quizás te dicen ‘no, pero yo puedo tener un retraso’, y ‘a veces las pruebas rápidas se equivocan’ [...]. Hay otras que inclusive se van a Huancayo y se sacan ecografía, y con la ecografía en mano, vienen también y te dicen ‘no, sí estoy embarazada’ (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Así mismo, la obstetra señaló que otras mujeres prefieren ocultar el embarazo inicialmente por vergüenza a sus vecinos y familiares cercanos. De manera similar, una usuaria encuestada en este distrito refirió que dejó de asistir a sus controles prenatales a partir del tercer mes de gestación, porque tenía vergüenza de atenderse, a pesar de considerar que las obstetras le brindaban un buen trato. En adición a lo anterior, la obstetra refirió que es común inclusive que el personal tenga conocimiento de los embarazos porque otras personas les proporcionan dicha información: “Hay pacientes [...] que te niegan el embarazo [...] pasa un mes, y viene” (jefa del C.S. Santiago de Pichus, comunicación personal, 12 de julio, 2018). De manera similar, el técnico del mismo establecimiento refirió que el personal sanitario debe verificar permanentemente la ocurrencia de nuevos embarazos en la zona para facilitar la captación de las gestantes:

Tú ya, pues, donde estás andando en el pueblo [...], vas andando minuciosamente. Ya en tus ojos ves pues, ¿no? [...] entonces, ya conversas con la población, ‘¿crees que está gestando?’, ‘¿qué familia es?’, o si conoces, ya pues, le preguntas a su familia, a su mamá. Más los adolescentes es lo

que no son accesibles a venir, viene ya cuando están en el cuarto, quinto mes, así (comunicación personal, 13 de julio, 2018).

Por su parte, en el C.S. de Quichuas, una médica señaló tener mayores dificultades con las gestantes que han tenido partos previos, puesto que, desde su percepción, consideran tener experiencia en cuidados durante el embarazo y prefieren no asistir en el centro de salud.: “la mayoría no es consciente, sobre todo las multigestas, como ya tienen un montón de hijos, ya calladito, ya no le importa, son dejadas, ya no vienen a los controles [...] entonces, uno tiene que ir a sus casas, explicarle” (comunicación personal, 5 de julio, 2018). Además, una obstetra del mismo establecimiento señaló que las dificultades para la captación de gestantes se desarrollan principalmente en las comunidades aledañas (comunicación personal, 7 de julio, 2018).

1.1.3. Discontinuidad de asistencia por sistema de referencia

La atención prenatal de los embarazos que presentan complicaciones obstétricas son referidos a establecimientos de salud con mayor complejidad y capacidad resolutive, según disposiciones técnicas del Ministerio de Salud. No obstante, se manifestaron problemas de discontinuidad de asistencia a los controles prenatales en ciertas atenciones que requieren referencias:

Una vez tuve un caso de una pacientita que se escapó de acá. Cuando le íbamos a llevar al hospital, se escapó, se fue hasta su pueblo, le hemos tenido que alcanzar, pero hemos tenido que ir con el fiscal, con el presidente de la comunidad, todo (jefe del C.S. Quichuas, comunicación personal, 10 de julio, 2018).

De ese modo, el jefe de establecimiento mencionó que, si bien han sido incidentes escasos, en algunas oportunidades sí han tenido que asistir con autoridades para que las gestantes accedan a asistir en las referencias, tal como señaló también una obstetra:

Hablamos con ella; si nosotros no tratamos con ella, con la psicóloga. Si la psicóloga no le convence, pasa a otra referencia. Pero por más que está mal, a veces no quiere ir, entonces se le llama a la jueza de paz. Y si aún no quiere ir con la jueza de paz, ya pues, con el policía. Esos son casos extremos que ha habido, entonces ahí va en serio, porque ellos si tienen un temor así en un papel, como cualquier persona ¿no? firmar algo, que de repente me esté comprometiendo. [...] No por quererlos fastidiar, sino porque de repente ya no hay manera [de] hacerlos comprender (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

La obstetra señaló que era una medida extrema utilizada en situaciones de reticencia de las usuarias, principalmente debido a que cualquier riesgo de las gestantes compromete y es motivo de sanción para el personal sanitario, por el cual solicitan la firma de un documento que especifica que es la usuaria quien ha negado su traslado a pesar del conocimiento de su complicación (comunicación

personal, 9 de julio, 2018). No obstante, es necesario contemplar que esto puede desembocar en una medida de coerción y conflicto con la población usuaria si el procedimiento no es abordado con cautela por parte del personal sanitario.

1.1.4. Influencia de familiares

Diversos miembros del personal sanitario de ambos establecimientos de salud hicieron referencia a la influencia de los familiares en las decisiones de las usuarias, principalmente de las parejas y suegras de las gestantes: “Acá [las mujeres] tienen que consultar todo con el esposo o con la suegra, [...] eso también es un pequeño problema, [...] el esposo es el que tiene que autorizar todo” (jefe del C.S. Quichuas, comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Así, se expresó que es común que la decisión de los parientes prevalezca incluso por encima de la decisión de la propia usuaria durante su embarazo, tal como comentó la jefa del C.S. de Pichus frente a una emergencia que requería referencia al Hospital de Pampas:

El problema es que acá mucho se mete la familia, así sea la pareja joven o sea una pareja adulta, no toman la decisión a menos que toda la familia diga que ya. [...] Y esto pasó con pacientes con preeclampsia, [...] y la suegra ‘no, que no la lleves’; la tiene a la paciente convulsionando a tu lado, pero ella dice ‘que no, que no y que no’. [...] entonces les dices ‘firmame acá que no la llevan’ y no te quieren firmar tampoco (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Asimismo, la misma obstetra señaló que en diversas ocasiones, dichas intromisiones pueden ser fuente de conflicto con los familiares, frecuentemente con suegras o esposos de las gestantes:

Una vez he tenido un caso de Pariacc, que vino el esposo, la señora desgraciadamente dio a luz en el camino cuando la traen y entonces no nos quiso ayudar, molestísimo, porque la trajeron acá al centro, y tuvimos que cargarla entre todas las mujeres a la señora, y él bien cruzado de brazos en la puerta, ‘es su problema de ella, es su problema de ella, por qué ha venido’, no sé qué más decía, [...] acá el machismo es bien fuerte (jefa del establecimiento, comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Todo lo anterior evidencia la importancia de las intervenciones e interacción del personal sanitario no únicamente con las usuarias directamente atendidas, sino también con su entorno familiar y social más cercano, por su participación y activo involucramiento en las decisiones que la conciernen durante el embarazo y el parto.

1.1.5. Influencia religiosa

Finalmente, un factor relevante expresado por algunos miembros del personal sanitario fue la influencia de la religión, principalmente evangélica, en la zona, pues señalaron que se puede generar reticencia hacia la búsqueda de atención sanitaria. Esto es relevante debido a que, según el Censo del año 2017, el 50.84% en Quichuas y 55.19% de la población mayor de 12 años de edad pertenece a este grupo religioso (INEI, 2018). Así, por ejemplo, el jefe del C.S. de Quichuas comentó:

Tenemos una gestante que es de riesgo, que tiene antecedentes de tener seis embarazos anteriores y la dificultad que presentamos con ella [es] que, primero, no va a sus controles, no ha hecho su paquete integral, sus ecografías; nada, porque la señora es de religión evangélica, pero ya ha llegado a un extremo de fanatismo, ¿no? que piensa que Dios todo lo cura y, cuando hemos ido a hacer visitas, a hablarle, ella y su esposo no quieren, se ponen malcriados (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Por su parte, un técnico en el C.S. de Pichus expresó:

Casi 90% [de la población] son de la iglesia, evangélicos, y son negativos. Para ellos, la vacuna no sirve, ‘lo que están sacándole la muestra de sangre para descarte anémico, no sirve’, ‘lo están sacando para que hagan negocio’. A las gestantes le sacan su sangrecita para que vean si tienen sífilis o no tiene sífilis, ‘no, lo están sacando pa’ que vendan, esos venden sangre’, ‘es un ratero’, dicen. Así, ese trato, esa mala sugestión tienen (comunicación personal, 13 de julio, 2018).

Es relevante considerar, asimismo, que las autoridades ediles electas durante el periodo de estudio en ambos distritos pertenecen a la iglesia evangélica de cada localidad, de manera que muchas actividades civiles también manifiestan su participación e influencia. Durante el trabajo de campo, se identificaron tres sedes de esta orientación religiosa en el distrito de Quichuas, y dos sedes en el distrito de Pichos, de manera que su influencia en el distrito y en la población es un factor relevante que no debe ser desapercibido en el relacionamiento con la población en cualquier servicio público.

1.2. Accesibilidad geográfica

La provincia de Tayacaja tiene como centro de gravedad y eje vial principal a la ciudad de Huancayo, capital de la región Junín; de modo que las vías de acceso más frecuentes a los distritos de estudio de la presente investigación parten de dicha ciudad, y no de la capital de la provincia de Tayacaja, Pampas (Municipalidad Provincial de Tayacaja, 2012). El distrito de Quichuas tiene mayor recurrencia de medios de transporte, debido a que forma parte de la ruta de Junín- Huancavelica- Ayacucho, y es muy transitada para el traslado de personas, así como de mercancías. A continuación,

se analizan las principales dificultades en torno a la distancia, medios de transporte y dificultades de traslado en los casos de referencias de cada establecimiento de salud.

1.2.1. Distancia hasta el centro de salud

Ya que las encuestas han sido principalmente desarrolladas a usuarias que residen en el centro poblado principal de los distritos, se han identificado pocas dificultades para acceder a los establecimientos de salud, puesto que es común asistir caminando y el 60% y 61.5% de usuarias en Quichuas y Pichos tarda menos de 15 minutos en llegar al establecimiento respectivamente. En Pichos, las usuarias refirieron que el nuevo local del centro de salud es ligeramente más lejano al que se encontraba ubicado próximo a la plaza principal del distrito (Ver Anexo M); sin embargo, ello no fue expresado como una dificultad mayor para su recurrencia al establecimiento.

No obstante, el personal de salud refirió que, para las comunidades aledañas, sí se identifican importantes barreras para acceder a los centros. En Quichuas, el personal sanitario entrevistado coincidió en que la distancia desde dichas localidades es una importante dificultad de acceso, principalmente para el trabajo de parto, pues implica un traslado a pie de hasta dos horas (jefe del establecimiento, comunicación personal, 10 de julio, 2018), y en el caso de Pichos, el traslado puede requerir hasta tres horas y media en la misma modalidad (obstetra, comunicación personal, 11 de julio, 2018).

1.2.2. Disponibilidad de medios de transporte

Se debe considerar que el medio de transporte local más utilizado en ambos distritos es la moto lineal, que no puede ser empleada durante el embarazo por comodidad y precaución ante riesgos de accidentes. En el C.S. de Quichuas, tres obstetras manifestaron que la mayoría de la población no cuenta con movilidad propia, y que puede ser complicado trasladar a una gestante en moto lineal (obstetras, comunicación personal, 5 y 9 de julio, 2018). Así mismo, el jefe del establecimiento manifestó que en una de las comunidades que atiende el centro de salud, la ausencia de medios de transporte es un motivo por el cual las usuarias no cumplen con el paquete de atención integral en salud materna:

La movilidad allá es escasa. Entra un carro dos veces por semana. [...] Generalmente se desplazan con moto, pero [...] no podemos trasladar un paciente con moto, por las gestantes más que todo. Entonces, [...] las gestantes no vienen a sus controles en la fecha indicada, no cumplen con sus paquetes integrales de atención (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Por ello, se producen situaciones en que se debe priorizar la atención de pacientes de comunidades aledañas por escasez de medios de transporte:

He tenido pacientes desde Casay, [desde donde] no hay movilidad. Incluso me dicen ‘atiéndame, por favor’, a pesar de que tengo una cola, ‘atiéndame, porque ya se me va a ir el carro y ya no voy a poder venir hasta mañana’, y si se queda, es un gasto. Entonces, tengo que ver la forma de [...] atenderla pues ¿no?, a pesar de que tengo mi fila de pacientes (médica, comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Además, una obstetra expresó que, para la atención de parto, las dificultades de traslado y de comunicación pueden ocasionar el desarrollo de partos domiciliarios (comunicación, personal, 7 de julio, 2018). En el caso del distrito de Pichos, se manifestó mayor disponibilidad de movilidades propias, pero el personal indicó que también se opta por no utilizarlas para el traslado de gestantes, principalmente como precaución durante el trabajo de parto: “La mayoría de pacientes sí tienen motos [...], pero el problema de cuando están en trabajo de parto ¿no?, no la usan, no pueden venir con ellas. No pueden, a veces, por temor a que se caigan o algo así” (jefa del establecimiento, comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Las posibilidades de acceso al establecimiento, además, pueden verse obstaculizadas por condiciones climáticas, tal como señaló la misma obstetra en un testimonio:

Una vez en que, inclusive, hemos tenido que llegar cuando [la paciente] ya había dado a luz [...], justo era en épocas de lluvia, que había habido derrumbes, [...], y [en ninguna de las dos [vías] había acceso [...], entonces se fue con la ambulancia y el médico optó ya por no llegar, porque, aparte de que era más lejos caminando, seguía habiendo deslizamiento, [...] entonces lo único que hemos hecho es monitorizar a la paciente vía telefónica [...]. Al día siguiente, [...] igual hemos tenido que llegar caminando, porque no había acceso, para ver cómo está su salud (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

En este centro de salud, se presenta como alternativa el uso de la ambulancia del establecimiento, que si bien debe utilizarse primordialmente en casos de emergencias (obstetra, comunicación personal, 11 de julio, 2018), también se coordina y autoriza su uso para el traslado de gestantes que requieren asistir a sus controles prenatales: “A [las gestantes que viven en comunidades más lejanas] sí o sí se le va a recoger con la ambulancia, ambulancia o bus, con auto, si en caso no está [...], pero sí les decimos que me avisen con anticipación” (jefa de establecimiento, comunicación personal, 12 julio, 2018).

Otra alternativa adoptada en este establecimiento es la contratación de autos privados para el traslado de las gestantes con dificultades de acceso, con la cobertura de costos por parte del centro de salud a través de su caja chica (obstetra, comunicación personal, 11 de julio, 2018). No obstante, se manifestó que es común que los choferes no acepten realizar dicho traslado, por lo cual se encuentran efectuando coordinaciones con el municipio para propiciar facilidades (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Cabe señalar, además, que este centro de salud cuenta con una cuatrimoto en desuso, por lo cual se ha solicitado a la Red de Salud de Tayacaja realizar el mantenimiento respectivo para reanudar su funcionamiento (jefa del establecimiento, comunicación personal, 12 de julio, 2018).

1.2.3. Dificultades por referencias a otros establecimientos de salud

Por Norma Técnica para la Atención Integral de Salud Materna, por lo menos dos controles prenatales deben ser atendidos por médicos (Ministerio de Salud, 2013b), personal de salud que no se encuentra disponible en los puestos de salud de las localidades aledañas, debido a los requerimientos de recursos humanos según los niveles de capacidad resolutive establecidos por el Ministerio de Salud. En el C.S. de Quichuas, ello genera barreras de acceso, puesto que, según refirió el jefe del establecimiento, conlleva la obligatoriedad de que las gestantes que regularmente se atienden en los cuatro puestos de salud de su jurisdicción deban acudir al centro de salud para dichos controles, a pesar de las mencionadas dificultades por distancia y disponibilidad de medios de transporte (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Así, una obstetra del establecimiento señaló “tenemos bastantes [gestantes] que son del puesto de salud y ellos, pues, caminan de 1 a 3 horas, para hacerse su chequeo acá con un médico” (comunicación personal, 9 de julio, 2018). Esta dificultad es menos percibida en el caso de Pichos, puesto que el centro de salud únicamente cuenta con dos puestos de salud bajo su sistema de referencia.

En adición a lo anterior, el jefe del establecimiento de Quichuas señaló que, debido a la ausencia de ecógrafo, es necesario que todas las gestantes asistan al Hospital de Pampas para realizarse ecografías (comunicación personal, 10 de julio, 2018), las cuales forman parte del paquete integrado de exámenes obligatorios que deben recibir en la atención de salud materna; de modo que las gestantes no solo deben movilizarse de sus localidades para atenderse con profesional médico en el centro de salud, sino que también se ven en la necesidad de trasladarse al hospital de Pampas para realizar dichos procedimientos, cuyo tiempo de traslado conlleva por lo menos dos horas adicionales del requerido hasta el centro poblado principal del distrito.

La alternativa adoptada por el establecimiento es organizar viajes desde el centro de salud, que agrupan a gestantes para movilizarse colectivamente al hospital con la ambulancia y ahorrar costos (comunicación personal, 10 de julio, 2018). No obstante, ello no garantiza que todas las gestantes puedan asistir para el desarrollo de dichos análisis. En Pichos, por otra parte, sí se cuenta con todos los equipamientos para realizar todas las pruebas en el establecimiento (jefa de establecimiento, comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Por otro lado, debido a la capacidad resolutive de los centros de salud de nivel I-3, los controles prenatales de embarazos que presentan complicaciones deben ser necesariamente atendidos en el nivel de referencia del establecimiento. Según los testimonios del personal sanitario de ambos centros de salud, ello genera una importante dificultad para la atención, puesto que las pacientes tienen reticencia de trasladarse fuera del distrito, no solo por la distancia, sino que las referencias conllevan también que se incurra en costos por traslado, que, tal como se profundizará en el posterior acápite, son asumidos por las gestantes, principalmente en las rutas de retorno. Así, una obstetra del C.S. de Quichuas refirió: “No quieren hacerse referencias a Pampas, para el hospital, pese a que se les explica las futuras complicaciones, pero no, no aceptan, por la distancia y porque no tienen medios económicos” (comunicación personal, 7 de julio, 2018).

Así también, en Pichos, la jefa del establecimiento señaló dificultades con las gestantes de edades mayores, que son, además, quienes tienen mayores posibilidades de presentar riesgos de complicaciones durante su embarazo, según las etapas de vida fértil de las mujeres: “esas [pacientes] son las más reacias, las de más edad son las que no quieren ser referidas a otro establecimiento” (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Aunado a lo anterior, es necesario contemplar que al ser Huancayo el centro de gravedad de la provincia de Tayacaja, se generan preferencias de asistir al Hospital del Carmen, ubicado en dicha ciudad, antes que al Hospital de Pampas, que es el establecimiento de referencia según su jurisdicción, tal como señaló una obstetra en Pichos: “las pacientes prefieren mil veces irse a Huancayo, porque sienten más confianza que en el Hospital de Pampas [...] entonces, tratar de convencer a los familiares para las derivaciones en emergencias, eso es lo más complicado” (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Así mismo, una obstetra del C.S. de Quichuas manifestó que el sistema de referencia deriva las atenciones a Pampas, y posteriormente a un hospital en la provincia de Huancavelica, que se encuentra a cuatro horas de distancia desde el distrito, a lo que se adiciona el traslado desde las comunidades al centro poblado principal, de modo que únicamente si en este punto de atención no se cuenta con el personal especializado, se deriva la atención de las pacientes a Huancayo (obstetra, comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Por otro lado, se manifestaron problemas de capacidad resolutive, puesto que ningún establecimiento de salud de nivel I-1, I-2 e I-3, que son los únicos niveles de atención disponibles en ambos distritos de estudio, debería atender partos con complicaciones. No obstante, los largos trayectos al Hospital de Pampas, generan la necesidad de atender los partos en los puestos y centros de salud:

En Pariacc, hay pacientes que no quieren venir acá y es i-1, porque de aquí está [a] hora y media [...], la obstetra que está ahí tiene que atenderlos porque no le queda de otra, a pesar de que no es su nivel de atención, [...] y eso es lo que desgraciadamente a veces el Ministerio de Salud no ve pues (Jefa C.S. Santiago de Pichus, comunicación personal, 12 de julio, 2018).

1.3. Accesibilidad económica

El 88% de usuarias de Quichuas y 100% de usuarias de Pichos refirió no haber realizado algún tipo de pago durante sus controles prenatales, debido a su afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS). No obstante, se expresaron dificultades para acceder a la atención gratuita en establecimientos de salud distintos a aquellos donde realizaron su afiliación, por indicaciones del propio personal de salud de dichos puntos de atención, pese a que la atención para usuarias afiliadas debería ser gratuita en cualquier establecimiento de salud estatal.

Así, por ejemplo, la jefa del C.S. Santiago de Pichus atendió a una paciente que, a pesar de residir de manera casi permanente en Huancayo, tuvo que realizar sus controles en el centro de salud, debido a que en el hospital de dicha ciudad le rechazaban la atención por haber realizado su afiliación en Pichos (comunicación personal, 12 de julio, 2018). De manera similar, una usuaria encuestada en Quichuas señaló que asistió a los controles de sus dos primeros meses de gestación en Huancayo, pero tuvo que atenderse en Quichuas el periodo restante, debido a que le indicaron que su seguro estaba registrado en este establecimiento.

En el C.S. Santiago de Pichus, la jefa del establecimiento señaló que siempre se brinda atención gratuita, incluso cuando la población no se encuentra afiliada al SIS; “hay pacientes que no tienen SIS, [...] igual la atendemos, pero ya lo coordinamos con el digitador, con el asegurador para que él trate de asegurarlas lo más pronto posible” (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Por su parte, en el C.S. Quichuas se identificaron contradicciones que podrían evidenciar formas distintas de operar dentro del establecimiento, puesto que una obstetra afirmó que la atención “es gratuita para toda la población, así no sea del SIS” (comunicación personal, 5 de julio, 2018), mientras que el jefe del centro de salud comentó la experiencia de algunos conflictos con población que cuenta con capacidad adquisitiva y, pese a no ser beneficiaria del seguro, desea obtener atención gratuita:

Por ejemplo, población que no tiene SIS, ¿no? Tú le atiendes y le cobras lo que debe de ser y ellos no quieren pagar [...] y tienen ingresos económicos elevados, o sea, piensan porque están acá en Quichuas [...] les tienes que dar todo gratis. Entonces si no tiene el SIS, lamentablemente sí se le cobra toda la atención, todos los productos, el inyectable, todos los medicamentos, y solamente una consulta no baja de quince o veinte soles y ellos se rehúsan a pagar, entonces, por eso han hecho documentos que no se les quiere atender, que se les cobra mucho, en ese aspecto (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Además, señaló que, a diferencia de la población afiliada al SIS, no se les brinda el paquete integral de salud, que es uno de los principales cambios establecidos a partir de la implementación del MAIS-BFC, sino que se atiende únicamente consultas de morbilidad, y si bien a veces no se cobran los exámenes, se cobran las consultas y medicamentos (comunicación personal, 10 de julio, 2018). De ese modo, si una persona desea obtener la atención integral, se debe pagar un costo de por lo menos s/. 15 por cada consultorio.

Así, como casos excepcionales, algunas usuarias encuestadas en Quichuas refirieron haber realizado pagos durante su atención, por medicamentos y exámenes de laboratorio (s/.15). Una usuaria encuestada en este distrito, además, señaló que tuvo que pagar por la atención (s/.250) y la entrega del sulfato ferroso (s/.7), debido a que no contaba con seguro de salud.

En adición a lo anterior, tal como fue mencionado previamente, las referencias a establecimientos fuera de los distritos de residencia son causal de incomodidad para las usuarias, debido a los costos que se ven obligadas a incurrir para su traslado: “a la ida nosotros las llevamos para que allá las atiendan, el problema es para que vuelvan, eso ya no cubre el seguro, la ida sí” (obstetra del C.S. Quichuas, comunicación personal, 7 de julio, 2018).

Así, en Quichuas señalaron apoyar con el traslado a través de la ambulancia, pero únicamente en situaciones de emergencias, de modo que, para la asistencia a controles prenatales en el hospital de Pampas, las usuarias reciben también atención gratuita, pero deben asumir el costo de traslado (obstetra, comunicación personal, 9 de julio, 2018), lo cual es una barrera para asistir a los establecimientos a los que se les refiere. Además, una obstetra manifestó que, si bien el SIS cubre los costos de atención en el establecimiento asignado, así como del nivel de referencia, no cubre los costos de contrareferencia, en caso de que la gestante pueda volver a ser atendida en el centro de salud (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

1.4. Accesibilidad temporal

1.4.1. Coordinación de horario de atención entre usuarias y prestadores de salud

El 60 % y 57.7% de las usuarias de Quichuas y Pichos respectivamente refirió no haber coordinado con el centro de salud para la asignación de fechas y horarios de sus controles prenatales, pues señalaron haber sido citadas en una fecha específica para cada mes. En Quichuas, una obstetra indicó que la coordinación se realiza desde la primera captación: “Se le educa, que cada mes [...] ‘vamos a estar revisándote, que te tienes que ver’ y se le explica la importancia de por qué tenemos que escuchar, ver cómo va evolucionando su embarazo” (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Una estrategia adoptada por los establecimientos de salud para garantizar la asistencia a los controles prenatales es el aprovechamiento de los días de feria local²⁷, que en ambos distritos se realiza los días sábados, por la concurrencia de la población, tanto del centro poblado principal, como los centros poblados periféricos: “los días sábados, por lo general, toda la población baja, así sea la población más lejana, baja porque tiene que vender sus productos. Se trata de citar los días sábados, de preferencia” (obstetra del C.S. de Santiago de Pichus, comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Así, en Quichuas, una obstetra refirió que es común coordinar con las parejas de las usuarias para la asistencia a los controles prenatales en estas fechas, pues aquellos suelen garantizar la disponibilidad de medios de transporte, debido a su traslado en moto hacia la feria (comunicación personal, 7 de julio, 2018). No obstante, es necesario considerar que en estas fechas se genera también mayor demanda de atención en los centros de salud, y tal como se mencionó anteriormente, en ciertas ocasiones, a pesar de la cantidad de pacientes en espera, las obstetras deben priorizar la atención de las gestantes que acuden de comunidades alejadas por las dificultades para conseguir transporte (obstetra, comunicación personal, 5 de julio, 2018).

En Pichos, la jefa del establecimiento señaló “la mayoría vienen los sábados a atenderse acá [...], adelantan su control, pero igual se les atiende, así no sea la fecha, y de ahí se le vuelve a citar de nuevo el día que le toca, según la semana de gestación” (comunicación personal, 12 de julio, 2018). No obstante, manifestó que en otros servicios sí suelen presentarse inconvenientes por las citas asignadas:

Al menos [en] obstetricia, no tienen problemas con nosotras [...], más el choque ya viene cuando traen a sus bebés para control [CRED], ahí algunas enfermeras les llama la atención ‘cómo no los traen’ [...]. Es diferente el trato con nosotras, porque nosotras le somos más accesibles [...] (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Por otro lado, algunas usuarias señalaron haber tenido problemas cuando no asistían exactamente en la fecha asignada por el personal sanitario. Una usuaria encuestada en Quichuas manifestó que recibía llamados de atención al no asistir puntualmente, lo cual era complicado para ella debido a que tiene bajo su cuidado a siete hijos y un nieto, lo cual dificulta su traslado, pese a que reside cerca del establecimiento. Así también, una usuaria encuestada en Pichos manifestó que una técnica del establecimiento le había llamado la atención cuando asistía uno o dos días antes de las citas asignadas para sus controles prenatales.

²⁷ La feria local es un encuentro comercial que se realiza de manera semanal, particularmente en zonas rurales, para la venta de productos de proveedores locales, con alta concurrencia de población de distintas comunidades.

1.4.2. Tiempo de espera para recibir atención

El tiempo de espera fue una de las principales incomodidades percibidas por las usuarias, principalmente en el C.S. de Quichuas, pues el 16.7 % de usuarias de este establecimiento señaló haber esperado más de media hora, y el 20.8% señaló haber esperado más de 45 minutos, mientras en el C.S. Santiago de Pichus, solo el 7.7% señaló haber esperado más de 30 minutos, y apenas el 3.8%, más de 45 minutos. Las obstetras de Pichos señalaron que, a diferencia de otras especialidades como medicina, las gestantes suelen ser atendidas rápidamente:

En el caso del servicio de obstetricia, [el tiempo de espera] no pasará los 10 minutos, como son pocas gestantes [...], [en comparación con] medicina, que son más, entonces, ellos sí tienen que esperar un poquito más. En cambio, en obstetricia [...], si es que no hay ninguna paciente, se le atiende de inmediato (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Así, un personal técnico del mismo establecimiento afirmó situaciones de incomodidad por el tiempo de espera en otras especialidades: “Acá tienes que pasar paquete completo. Con la demora se incomodan ellos. ‘No me atienden rápido’, dicen [...]. ‘Por gusto están este montón de gente, por gusto, ganando su plata’ dicen” (técnico del C.S. de Santiago de Pichus, comunicación personal, 13 de julio, 2018).

Por ello, es necesario considerar que entre los principales cambios implementados a partir del MAIS-BFC se encuentra la atención de paquete integral de salud de cada paciente en diversas especialidades, que incluye medicina general, laboratorio y odontología, incluso si los pacientes asisten al establecimiento por una consulta específica sobre alguna morbilidad. Así, si bien esto es expresado por el personal sanitario como uno de los principales beneficios y mecanismos de prevención y promoción de salud pública, puede generar también mayores demoras en la atención del establecimiento.

Por otro lado, la jefa del C.S. Santiago de Pichus señaló que la organización de carpetas familiares ha reducido los tiempos de atención en admisión, y que, además, el triaje es realizado en el consultorio de obstetricia para reducir el tiempo de espera: “en cada carpeta [familiar] hay un dibujo [...] que dice ‘gestante’. [...] Entonces, cuando ellas vienen, no forman cola, dicen en qué casa están, sacan la historia [...] y los técnicos no las pesan, eso lo hacemos nosotras” (comunicación personal, 12 de julio, 2018). Esto también fue referido por la responsable de Salud Familiar de la Red de Salud de Tayacaja como parte de los principales cambios a partir del MAIS-BFC (comunicación personal, 17 de julio, 2018). No obstante, el técnico del establecimiento refirió que, si bien la organización de carpetas familiares mejora la organización del establecimiento para la identificación de historias clínicas, para algunos usuarios, puede generar confusiones tener que recordar el sector y/o número de vivienda que le corresponde (comunicación personal, 13 de julio, 2018).

En el C.S. Quichuas, una obstetra, que ha sido jefa del establecimiento anteriormente, también expresó los beneficios de la organización de historias clínicas por carpetas familiares para la mejora de organización del centro de salud (comunicación personal, 7 de julio, 2018). Asimismo, un técnico, que viene laborando por dieciséis años en el centro de salud, señaló que las carpetas familiares han propiciado facilidades para agilizar la atención en admisión:

Entra una persona y ya ni le pregunto de dónde viene, ya conozco. Ni entra y ya saco [la historia], y solamente pregunto ‘¿qué servicio vas a pasar?’. Entonces a mí me sirve, es más rápido. [...] Al menos para mí sí, lo que es armar carpetas familiares y el mapeo también, es una gran ayuda (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

No obstante, tal como fue mencionado previamente, el 20.8% de usuarias de este centro de salud refirió atravesar un tiempo de espera de más de 45 minutos, y fue la principal queja expresada en las encuestas realizadas. Una usuaria señaló que en algunas ocasiones esperó más de dos horas, debido a que las historias clínicas estaban desordenadas o el personal se encontraba ocupado; una usuaria señaló que a veces incluso le pedían retornar en otra fecha para recibir la atención porque le indicaban estar ocupados; y dos usuarias incluso manifestaron quejas por distracciones en el personal sanitario, pues señalaron que en ciertas ocasiones, algunos miembros del personal estaban realizando actividades recreativas en que desperdiciaban tiempo, tales como jugar voley.

Además, el personal de salud es consciente de la impresión de la población sobre el tiempo de espera, tal como refirió una obstetra: “más que nada se genera incomodidad, porque no se le ha atendido rápido y adecuado. Rápido más que nada, porque ellas llegan y quieren que se les atiendan rápido, pero no son las únicas pacientes, son varias” (comunicación personal, 9 de julio, 2018). Así mismo, otra obstetra comentó:

Ha habido quejas, por ejemplo, lamentablemente ya estamos trabajando con ello, es que los usuarios aún no han aprendido el tiempo de espera. [...] Un primer control prenatal demora de una hora a hora y media; y los continuos, de veinte minutos a media hora. Entonces, imagínate que un sábado tengas siete pacientes esperando. Es como que ‘¿por qué se demora tanto?’, que ‘¡mucho se demora!’, que ‘¡yo no sé qué hacen adentro!’, que ‘esto, que el otro’. Si escuchas ahí, más es por el tiempo de espera, que por el trato o la atención del parto (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Por ello, señalan como dificultad para la atención la impaciencia de la población, a pesar de que las usuarias conozcan la cantidad de personas que se encuentran atendiendo y/o esperando atención, e incluso frente a la atención de emergencias, lo cual incluso se ha visto reflejado en quejas del libro de reclamaciones del establecimiento:

Bueno la población es un poco reacia. Por ejemplo, el día sábado hemos tenido una emergencia, hemos tenido la volcadura de un carro, entonces ahí se prioriza la emergencia, ¿no? Entonces la población igual ha ido, ha agarrado un libro de reclamaciones y se ha empezado a quejar,

que ‘no se atiende’, ‘que esto, que el otro’. Por más que tú le explicas que hay una emergencia, que el paciente está en riesgo su vida, a ellos no les importa y quieren que se les atienda [...]. Falta un poco de cultura de parte de la población al diferenciar qué es una emergencia y qué es una urgencia (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Así, el personal de salud del C.S. de Quichuas expresa como dificultad la frecuente atención de emergencias, debido a la cantidad de accidentes de tránsito que ocurren en la carretera, situaciones frente a las cuales se envían brigadas que reducen el personal sanitario disponible en el centro de salud (jefe del establecimiento, comunicación personal, 10 de julio, 2018).

1.5. Respaldo de agentes comunitarios de salud

Los agentes comunitarios de salud son aquellas personas elegidas por las comunidades para cumplir un rol voluntario no remunerado, que consiste en un rol articulador entre los servicios de salud y la población, así como promotor de estilos de vida saludables en la comunidad (MINSA, 2014). El componente de organización y participación comunitaria del MAIS-BFC incluye resultados relacionados a la capacitación de los agentes comunitarios de salud. A continuación, se analizará la disponibilidad de ACS, los incentivos brindados y su colaboración con cada establecimiento de salud.

1.5.1. Disponibilidad de agentes comunitarios de salud

En Quichuas, dos obstetras señalaron que se cuenta con algunos agentes comunitarios activos, que son elegidos por las comunidades locales (comunicación personal, 5 y 7 de julio, 2018). No obstante, otra obstetra y el jefe del establecimiento refirieron que, si bien se cuenta con el directorio de los agentes comunitarios, en la actualidad ninguno de ellos se encuentra activo en el trabajo con las comunidades (comunicación personal, 9 y 10 de julio, 2018). Así, el jefe del establecimiento comentó:

Cada centro poblado tiene un agente, pero, lamentablemente, no están trabajando adecuadamente, no comunican, no hacen seguimiento [...]. Justo ahora hemos convocado una reunión con los agentes comunitarios, hace un mes y medio, y no vino nadie (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Por ello, el jefe del establecimiento refirió que se encuentran realizando coordinaciones con el municipio para realizar una nueva elección de agentes comunitarios, puesto que muchos de los agentes actuales fueron electos hace por lo menos dos años, y aducen no tener tiempo por sus salidas de la comunidad, debido a las actividades agrícolas en las que se desempeñan (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Por otro parte, en el C.S. Santiago de Pichus, la jefa del establecimiento manifestó la disponibilidad de siete agentes comunitarios de salud, elegidos por la propia comunidad y registrados en un padrón del municipio local; dos de ellos se encuentran ubicados en el centro poblado principal y los otros cinco se ubican en las comunidades aledañas. Además, es relevante considerar que, según lo referido por la jefa del establecimiento, uno de los agentes que reside en el centro poblado principal del distrito es un partero, con quien se tiene una relación fluida (comunicación personal, 12 de julio, 2018), que será analizada con mayor detenimiento en acápite posteriores.

1.5.2. Incentivos a agentes comunitarios de salud

Ya que el trabajo de los agentes comunitarios de salud no es remunerado, los gobiernos locales suelen optar por diversas alternativas de incentivos que conserven la motivación de dichos actores como parte de la promoción de salud pública de la población. No obstante, en ambos distritos de estudio, el personal sanitario refirió que los incentivos proporcionados en las municipalidades han disminuido en los últimos años, y es una de las principales razones de la inactividad de estos actores.

Así, una obstetra del C.S. de Quichuas señaló que anteriormente los agentes comunitarios recibían canastas con productos por parte de la municipalidad distrital y, además, su labor como agentes comunitarios era reconocida mediante una resolución de la Red de Salud y la organización de capacitaciones; de modo que expresó que el principal problema en la actualidad es que “no hay forma de incentivarlos, [...] prácticamente ahorita lo hacen por vocación, y a veces son gente de campo que necesitan hacer su trabajo” (entrevista, comunicación personal, 7 de julio, 2018).

De manera similar, otra obstetra del mismo establecimiento señaló que, para la reactivación del trabajo de los agentes comunitarios, se requiere también “el apoyo del municipio, [...] una pequeña bonificación, y así poder trabajar como se debe [...], porque el agente comunitario, en sí, está entrando de un lugar para otro, y, como se dice, también tiene familia, tiene gastos” (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

En el caso de Pichos, la jefa del establecimiento señaló que anteriormente los agentes recibían incentivos por parte de la municipalidad, tales como gorras, polos, e incluso celulares para facilitar su comunicación. No obstante, debido a que estos incentivos han dejado de entregarse por parte del municipio, el propio establecimiento organiza canastas con productos que ellos reciben, tales como jabón gel, papel toalla, entre otros (comunicación personal, 12 de julio, 2018). Asimismo, en el mes de junio, se recibieron chalecos del Ministerio de Salud como reconocimiento por el día del agente comunitario. De ese modo, se busca otorgar incentivos, sin que ello implique costos por parte del establecimiento. No obstante, en líneas generales, la falta de incentivos fue expresada también como una barrera para el trabajo de los agentes comunitarios.

1.5.3. Capacitación de agentes comunitarios en atención de salud materna

Según el documento técnico “Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del agente comunitario en salud”, el agente puede cumplir el rol de educador sanitario, supervisor-capacitador y/o gestor comunal (MINSA, 2014). Estas funciones se desempeñan según su tiempo de trabajo como voluntarios, así como según las capacitaciones recibidas por los respectivos establecimientos de salud con los que articulan.

En ambos establecimientos señalaron que se promueven capacitaciones periódicas sobre diversos temas de atención en salud, puesto que los agentes comunitarios no son roles establecidos exclusivamente para la atención en salud materna. Así, un médico en Pichos señaló ser el responsable de brindar capacitaciones sobre hábitos de vida saludable, prevención de hipertensión arterial y diabetes, de manera que se pueda promover, a través de los agentes comunitarios, esquemas de salud preventiva entre la población (médico, comunicación personal, 16 de julio, 2018).

En cuanto atención de salud materna, la jefa del establecimiento de Pichos señaló que organizan capacitaciones sobre emergencias obstétricas, para la identificación de signos de alarma y referencias tempranas de las gestantes, que, no obstante, no pudo efectuarse en el último mes. Además, la jefa de dicho establecimiento señaló que las capacitaciones se organizan de manera mensual sobre distintos temas de cuidados y atención en salud (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

En el C.S. de Quichuas, si bien los agentes ya no se encuentran activos, se señaló que también se brindaba capacitaciones sobre la identificación de señales de riesgo en mujeres gestantes, tal como refirió una obstetra en Quichuas:

Al [agente comunitario] le entregamos una fichita que es entendible para ellos, porque hay que tener en cuenta que no tienen el mismo nivel educativo, a veces. Entonces, tienen una ficha con pequeños dibujitos, donde decimos ‘bebé amarillo’, ‘bebé no lacta’, ‘mamá sangrando’; entonces, ellos marcan lo que están viendo en la paciente y la traen con eso. ‘Yo la vi así, doctorita, esto le sangraba, esto’. Entonces, nos hacen referencias a su manera, pero, con signos de alarma con la facilidad que le damos nosotros. Y esa cartilla la implementó el MAIS-BFC justamente para poder hacer referencias comunales (obstetra, comunicación personal, 05 de julio, 2018).

1.5.4. Colaboración de los agentes comunitarios con el establecimiento de salud

En Quichuas, una obstetra manifestó que la colaboración más frecuente con los agentes comunitarios en salud materna se realiza para el traslado de las gestantes, cuya coordinación se debe incorporar en el tercer plan de parto que se elabora con las usuarias en los controles prenatales. No obstante, en caso de que la comunidad no cuente con agentes comunitarios, se gestiona la coordinación con alguna autoridad local (comunicación personal, 7 de julio, 2018). Así también,

otra obstetra del mismo establecimiento señaló que en algunos casos se recibe apoyo de residentes del distrito conocidos por el personal del establecimiento, que no necesariamente se encuentran designadas como agentes comunitarios de salud (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Además, cabe señalar que las relaciones con agentes comunitarios no siempre se encuentran exentas de conflictos, puesto que otra obstetra señaló haber tenido dificultades en su interacción: “hay agentes que son arraigados a su cultura y ‘no, pero señorita’, ‘pero, ¿por qué le vas a hacer eso?, que esto’. [...] Entonces, es primero convencerlo a él, para que él pueda convencer al usuario” (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Por su parte, en el distrito de Pichos, la jefa del establecimiento señaló que, en diversas oportunidades, los agentes comunitarios apoyan en el convencimiento de las usuarias para acudir a servicios de salud. Así, por ejemplo, expresó mantener una relación muy fluida con el partero de la comunidad y con otra agente comunitaria que se encuentra apoyando en el seguimiento a una gestante mayor con riesgo de complicaciones, para evitar que realice un parto domiciliario (comunicación personal, 12 de julio, 2018). Así mismo, tal como fue señalado anteriormente, el establecimiento opta también por coordinar con autoridades locales en comunidades donde puedan ausentarse los agentes comunitarios (obstetra, comunicación personal, 11 de julio del 2018).

Por otro lado, la responsable del área de Salud Materna de la Red de Salud de Tayacaja, también reiteró la necesidad de fortalecer el trabajo de los agentes comunitarios en salud, por lo cual se encuentran coordinando con la oficina de Promoción de la Salud del MINSA para su reactivación (comunicación personal, 17 de julio, 2018).

1.6. Resultados de desempeño del componente

Cada subvariable obtiene un puntaje máximo de 6 puntos. Las cuatro primeras se analizaron según las encuestas realizadas a las usuarias, para lo cual se calculó el promedio ponderado de los resultados de cada categoría, y la última subvariable, según la lista de cotejo (ver Anexo L). En cuanto la distancia hasta el C.S., el tiempo que las usuarias en Pichos tardan en llegar al establecimiento es menor. Así mismo, en cuanto la asequibilidad económica, este C.S. obtuvo el puntaje máximo debido a que fue gratuita para todas las usuarias, mientras en Quichuas algunas incurrieron en gastos por insumos o medicamentos.

Por otro lado, se identifica mayor coordinación de horarios de controles prenatales con las usuarias del C.S. Quichuas. Sin embargo, en este establecimiento, se obtiene menor puntaje en el tiempo de espera para recibir la atención, debido a que muchas usuarias atravesaron tiempos prolongados, e incluso fue referido como una causal frecuente de incomodidad. Por otra parte, la principal diferencia de los resultados reside en la disponibilidad y capacitación de agentes comunitarios de salud, puesto que en Quichuas estos no se encuentran activos.

Tabla 6: Resultado de desempeño - componente Accesibilidad

Componente	Subvariables	C.S. Quichuas	C.S. Santiago de Pichus
Accesibilidad (Puntaje máximo: 30)	Distancia hasta el C.S.	4,88	5,08
	Asequibilidad económica	5,28	6,00
	Coordinación de horario de atención entre las usuarias y los prestadores de salud	4,00	3,77
	Tiempo de espera para recibir el servicio	3,00	4,77
	Disponibilidad de agentes comunitarios de salud y Capacitación de en salud materna	0,00	6,00
	<i>Total</i>	<i>17,16</i>	<i>25,62</i>
	<i>%</i>	<i>57,2%</i>	<i>85,4%</i>

2. Calidad técnica

Como se evidenció en el marco teórico de la investigación, la calidad técnica de los servicios de salud es un componente esencial para la satisfacción de las usuarias, debido a que garantiza la eficacia y la capacidad de atender a las necesidades sanitarias de la población en la prestación de servicios de los establecimientos.

2.1. Duración de atención prenatal

Según los estándares del MINSA, las gestantes deberían cumplir con el siguiente cronograma de atención prenatal durante su embarazo:

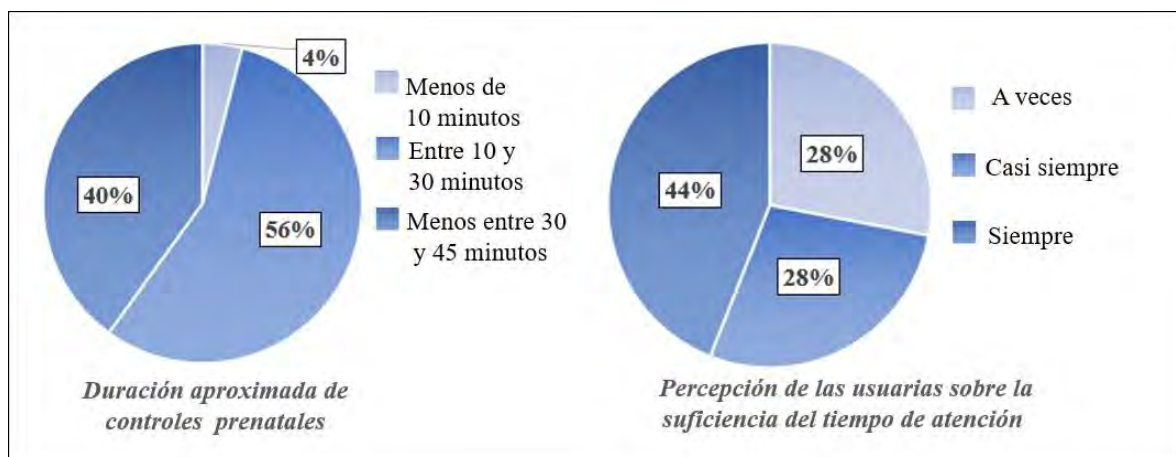
Tabla 7: Cronograma de atenciones según las semanas de gestación

Atención prenatal	1era atención	2da atención	3era atención	4ta atención	5ta atención	6ta atención
Periodo	<14 sem	14-21 sem	22-24 sem	25-32 sem	33-36 sem	37-40 sem
Duración	No menos de 30 min	No menos de 15 min	No menos de 15 min	No menos de 15 min	No menos de 15 min	No menos de 15 min

Adaptado de: Ministerio de Salud (2013)

A partir de ello, se analizó la duración aproximada de los controles prenatales en los centros de salud estudiados, así como la percepción de la suficiencia de dicho tiempo por parte de las usuarias. En Quichuas, el 56% de usuarias encuestadas señaló que sus controles prenatales duraban entre 10 a 30 minutos. Así mismo, el 44% de usuarias afirmó que la duración de sus controles siempre fue adecuada y suficiente:

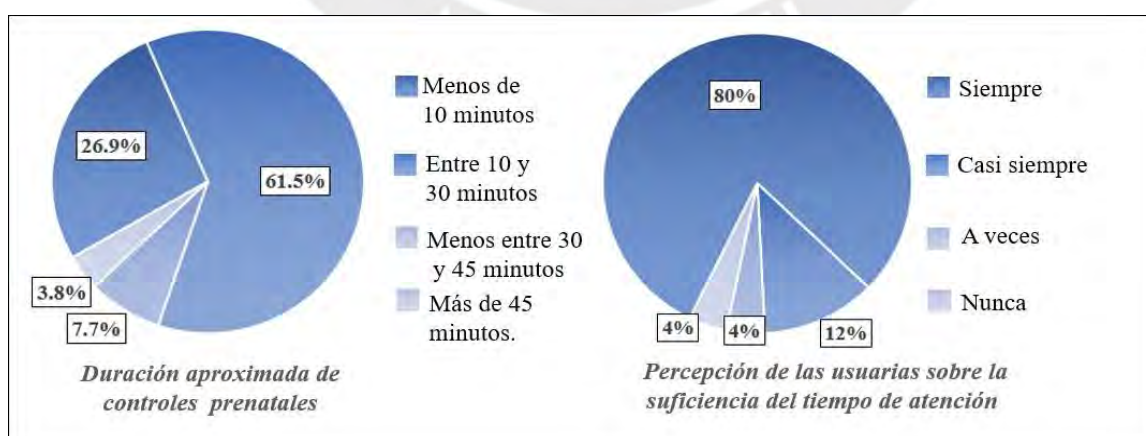
Figura 6: Duración de controles prenatales y percepción de las usuarias sobre suficiencia del tiempo de atención en el C.S. Quichuas



Entre las usuarias que afirmaron que la duración de la atención solo a veces era suficiente, explicaron que se debía a que percibían que la atención era muy rápida, puesto que el personal de salud se apuraba en atenderlas. No obstante, una única usuaria señaló que, si bien recibía un buen trato, la atención se prolongaba demasiado, principalmente al ser referida a odontología como parte del paquete integral de atención.

En Pichos, el 61.5% de usuarias encuestadas señaló que sus controles prenatales duraban entre 10 a 30 minutos, y el 80% afirmó que esta duración siempre era adecuada y suficiente. Las usuarias que señalaron que la duración de la atención nunca era adecuada explicaron que percibían que era muy lenta. Una usuaria señaló que hay muchas demoras, por la ausencia de motivación por parte del personal sanitario, principalmente en el trabajo de parto, mientras otras usuarias manifestaron que el trato era bueno, pero a veces atendían muy despacio.

Figura 7: Duración de controles prenatales y percepción de las usuarias sobre suficiencia del tiempo de atención C.S. Santiago de Pichus



Así mismo, se debe considerar que, en ambos establecimientos, principalmente en el C.S. de Pichus (26%), algunas usuarias encuestadas refirieron que la duración promedio de sus controles fue menor a 10 minutos, pese a que, por norma técnica de atención de salud materna, esta no debería ser menor a 30 minutos en el primer control prenatal, ni menor a 15 minutos en los controles posteriores.

Por otro lado, según la información proporcionada por el personal sanitario de ambos establecimientos, el primer control prenatal es siempre el de mayor duración. Según una obstetra en Quichuas, este suele durar entre 30 y 60 minutos, mientras los controles restantes duran entre 15 a 30 minutos (obstetra, comunicación personal, 11 de julio del 2018). Por su parte, la jefa del establecimiento de Pichos señaló que se debe a la prolongación de tiempo del registro en admisión y elaboración de documentación de la usuaria (comunicación personal, 12 de julio, 2018). Además, señaló que la duración de la atención también es más prolongada en aquellos controles que requieren la atención de un médico, y la medida adoptada para reducir ese tiempo es que las obstetras realicen el triaje para que únicamente reciban la atención del control con dicho profesional (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Por otro lado, en Quichuas, el jefe del establecimiento mencionó que también existen quejas de la población por la duración de la atención, debido a que como parte de los cambios del MAIS-BFC, se establece la atención integral de los pacientes, ello implica la concurrencia de la población por más consultorios y, por tanto, por una atención más prolongada en el centro de salud:

Nosotros acá damos una atención no solamente por medicina, ¿no? Tiene que pasar por todos los servicios, medicina, psicología, odontología, laboratorio, obstetricia, porque nosotros trabajamos en la atención integral de salud. [...] ellos quieren que se les atienda rápido, en cinco minutos quieren que se le atienda (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Tal como fue mencionado en el marco contextual, los pacientes deben acudir a las diversas especialidades en cada visita al establecimiento, con el fin de garantizar el cumplimiento de paquetes preventivos de salud por etapas de vida. Ello puede generar una dificultad no prevista inicialmente en la implementación del MAIS-BFC, puesto que, si bien la mayoría del personal de salud refiere la atención según paquetes integrales por etapas de vida como uno de sus principales beneficios, estos pueden generar mayor permanencia de la población, e incomodidad por la duración de la atención.

2.2. Disponibilidad de servicios básicos

La disponibilidad de servicios básicos tales como agua, luz, desagüe e internet son de vital importancia para una adecuada prestación de servicios, ya que permite que estos sean entregados a la población con condiciones elementales para su funcionamiento. Así, por ejemplo, contar con servicios de agua y desagüe garantizan condiciones de salubridad en el establecimiento de salud, lo cual conducirá a prevenir, entre otras, enfermedades infecciosas.

Del mismo modo, es importante que los establecimientos de salud cuenten con luz eléctrica, puesto que la adecuada iluminación y funcionamiento de equipos permiten que la prestación de servicios se desarrolle continuamente. Por ejemplo, durante las encuestas realizadas en el distrito de Quichuas, una de las usuarias indicó que su parto no fue atendido en dicho establecimiento, ya que el fluido eléctrico estaba interrumpido, por lo que su atención fue derivada al Hospital de Pampas.

Por otro lado, es importante que los establecimientos de salud puedan acceder a conexiones ininterrumpidas de internet y telefonía, puesto que les permitirá acceder a sistemas informáticos tales como el SISFAC²⁸. Además, la disponibilidad de algún medio de telefonía puede facilitar la comunicación entre el personal de salud y la comunidad ante el surgimiento de alguna emergencia.

En los centros de salud estudiados, se pudo observar que ambos cuentan con servicios ininterrumpidos de agua, luz y telefonía celular; sin embargo, ninguno cuenta con servicio de internet. En el caso de Santiago de Pichus, no se contaba con el servicio debido a problemas de cobertura en el distrito; mientras que, en Quichuas, se debe a la quema de las antenas que proporcionaban conexión al establecimiento, pues estas se localizaban en el campamento de la represa de Quichuas, el cual fue quemado parcialmente durante la huelga de los productores de papa ocurrida en febrero del 2018 (jefe C.S. Quichuas, comunicación personal, 10 de julio del 2018).

Por ello, el personal de salud (mayoritariamente técnico) viaja periódicamente a la Red de Salud de Tayacaja ubicada en Pampas, capital de la provincia, con el fin de realizar el llenado de información en los sistemas de gestión. Esta situación origina que se invierta tiempo y recursos económicos en el desplazamiento y la estadía en Pampas.

En suma, se evidencia que ambos establecimientos cuentan con servicios básicos similares, lo cual permite que, generalmente, el servicio prestado a la población se brinde con estándares mínimos de calidad. No obstante, la dificultad que se presenta para ambos establecimientos es la ausencia de conexión a internet, lo cual obstruye su trabajo, principalmente en el registro en sistemas informáticos.

2.3. Disponibilidad de personal de salud calificado para atención prenatal

Según Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, obstetras, médicos y enfermeros son considerados como personal calificado para brindar atención prenatal. En ambos distritos, el 100% de usuarias afirmó haber recibido la atención de sus controles prenatales por obstetras. En Quichuas, solo una usuaria encuestada afirmó haber dado a luz en su domicilio y sin ayuda de algún personal de salud del establecimiento.

²⁸ Sistema de información implementado por la Red de Salud de Tayacaja en coordinación la ONG Medicus Mundi y Salud Sin Límites para el registro de información y seguimiento de la situación sanitaria de la población atendida por cada establecimiento de salud. Este sistema requiere de conexión a internet para su funcionamiento.

Sobre la disponibilidad de personal en los establecimientos de salud estudiados, en Quichuas se cuenta con tres obstetras y dos médicos; mientras en el caso de Santiago de Pichos, se dispone de dos obstetras y dos médicos. A continuación, se muestra un cuadro comparativo con información sobre el régimen laboral y tiempo de trabajo del personal de salud en ambos establecimientos a julio 2018.

Tabla 8: Personal sanitario calificado para la atención prenatal en los C.S. de Quichuas y Santiago de Pichos a julio del 2018

Quichuas	Régimen laboral	Tiempo en el C.S.	Santiago de Pichos	Régimen Laboral	Tiempo en el C.S.
Obstetra 1	CAS	5 meses	Obstetra 1	NOMBRADA	3 años
Obstetra 2	CAS	6 meses	Obstetra 2	SERUM	5 meses
Obstetra 3	NOMBRADA	3 años	Médico 1	CAS	1 semana
Médico 1	CAS	5 meses	Médico 2	SERUM	5 meses
Médico 2	SERUM	5 meses		-	

En el C.S. Quichuas, la disponibilidad del personal calificado se ve limitada constantemente debido al frecuente desarrollo de accidentes de tránsito en la zona. Ejemplo de lo anterior fue que, durante el trabajo de campo de la investigación, se registraron tres accidentes en la carretera al distrito en un mismo día; esto ocasionó que se derive personal sanitario a las zonas de emergencia, y generó la presencia de una sola obstetra en el establecimiento. Esta situación suscitó en un día de feria — días de alta recurrencia de población en los servicios sanitarios—, lo cual, según se pudo observar presencialmente, ocasionó el amplio descontento de la población²⁹.

Además, algunas usuarias de Quichuas manifestaron quejas en torno a la calidad de atención del establecimiento. Una usuaria señaló que el personal sanitario generaba diagnósticos erróneos, pues durante sus controles prenatales le indicaron que su hijo no tendría un desarrollo adecuado, a pesar de que no tuvo ninguna complicación durante el embarazo ni el crecimiento del niño. Así mismo, otra usuaria encuestada refirió que no le agrada la exigencia por parte del centro de realizarse pruebas de papanicolaou muy frecuentes, pues indicó que, durante su embarazo, se había realizado la prueba en un centro privado de Huancayo y, pese a ello, le exigieron realizarlo en el centro de salud. La usuaria refirió que se debía a la presión del establecimiento para el cumplimiento de metas presupuestales.

²⁹ Así mismo, durante la visita de inmersión inicial realizada por el equipo en el mes de febrero, la mayoría del personal de salud estaba ausente, debido a que se encontraban organizando las brigadas para atender emergencias suscitadas por los enfrentamientos del paro agrario establecido en dicho periodo.

Por otro lado, un reto importante para ambos establecimientos es el rechazo a la labor que realizan los SERUM, ya que son considerados como personal sanitario sin experiencia; esto es importante porque, por ejemplo, en el C.S. Santiago de Pichos, el 50% del personal calificado para atender a gestantes es SERUM. Esto será explicado con mayor detalle en acápite posteriores.

2.4. Organización del establecimiento

En las visitas a los establecimientos, se observó que ambos centros de salud organizan y distribuyen los consultorios según atención por etapa de vida y no por especialidad, tal como sugieren los componentes del MAIS-BFC, con el fin de promover la atención integral en salud y no únicamente la atención especializada de morbilidades; así también, cuentan con salas de parto que están dotadas de materiales para atender partos verticales y partos horizontales, según la preferencia de las gestantes.

Además, tal como se señaló en el marco contextual de la investigación, el C.S. Santiago de Pichos ha cambiado de local en el mes de mayo, y la nueva infraestructura es más grande, moderna e iluminada que el local previo. No obstante, debido a su proceso de instalación en el nuevo local, también se identificó cierto desorden en los materiales del centro; por ejemplo, se observaron cajas en los consultorios, que producían dificultad para el desplazamiento de las personas, así como algunos paneles informativos sin instalar ubicados en el suelo.

Por su parte, el centro de salud de Quichuas se encontraba más organizado; no obstante, el tamaño de los consultorios es reducido. Además, el establecimiento es más oscuro, y esto fue percibido como un motivo de desagrado por parte de una usuaria encuestada. Así mismo, una obstetra refirió que la infraestructura está incompleta, puesto que no cuentan con una sala para psicoprofilaxis (comunicación personal, 7 de julio, 2018). En el caso de Pichos, según opinión de una obstetra, la implementación de los letreros de servicios, fluxogramas y periódicos murales mediante los cuales podrán brindar mejor información a la población aún está incompleta (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Figura 8: Organización física de los establecimientos de salud



2.5. Disponibilidad de insumos médicos para la atención prenatal

En el periodo de trabajo de campo, en el C.S. Santiago de Pichus, no se contaba con todos los insumos necesarios para la atención prenatal, y se evidenció que esta es una situación periódica en el establecimiento (jefa del establecimiento, comunicación personal, 12 de julio, 2018); para el caso del servicio de obstetricia, se mencionó que no se contaba con la clave roja ni haemaccel. Además, se mencionó que, en el 2017, hubo desabastecimiento de ácido fólico durante tres meses, lo que ocasionó que se brinde solo el sulfato ferroso (Jefa C.S. Santiago de Pichus, comunicación personal, 13 de julio del 2018).

En el caso de Quichuas, durante las entrevistas realizadas, se expresó que el establecimiento no cuenta con un ecógrafo, lo cual origina que las gestantes deban asistir al Hospital de Pampas con el fin de realizar sus respectivas ecografías. Ante esta situación y con el fin de facilitar el acceso del servicio de ecografía a las usuarias, se organizan viajes colectivos de las gestantes a Pampas en la ambulancia (Jefe C.S. Quichuas, comunicación personal, 10 de julio, 2018).

En Pichos, la obstetra señaló que, frente al desabastecimiento de insumos, el personal de salud entrega alternativas suplementarias u omite la entrega de medicamentos no prioritarios (comunicación personal, 11 de julio, 2018). Además, la jefa del establecimiento señaló que en algunas ocasiones las propias usuarias solicitan la receta de otros medicamentos por la intolerancia hacia algunos insumos, como el ácido fólico (Jefa C.S. Santiago de Pichus, comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Por otro lado, es necesario considerar que en ambos distritos no se dispone de farmacias externas a las de los centros de salud, pues únicamente en algunas tiendas de abarrotes se venden ciertos insumos básicos como alcohol, algodón o pastillas genéricas que no requieren prescripción, tales como panadol. Es así que, en Quichuas, una solución adoptada por la población para facilitar su adquisición es entregar dinero a los choferes de colectivos que transitan de manera frecuente en el distrito, para que realicen las compras correspondientes en Huancayo (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

2.6. Resultados de desempeño del componente

Cada subvariable obtiene un puntaje máximo de 6 puntos. La primera se analiza mediante los resultados de la encuesta, las dos siguientes mediante lista de cotejo y la última subvariable mediante matriz de doble entrada (ver Anexo L).

Sobre la duración de las atenciones, en Pichos se evidenció mayor percepción de suficiencia de la duración de los controles prenatales por parte de las usuarias, mientras para la disponibilidad de servicios básicos, ambos C.S. obtienen el mismo puntaje debido a la falta de internet en sus instalaciones. De igual manera, en relación al personal de salud, en ambos casos todo el personal que

brinda atención prenatal es calificado, por lo cual obtienen el puntaje máximo. Finalmente, sobre la organización física del establecimiento, analizada mediante matriz de doble entrada, ambos obtuvieron puntaje intermedio, ya que el C.S. Quichuas era pequeño, pero ordenado, mientras el C.S. Santiago de Pichus era grande, pero desorganizado, debido a su reciente traslado a la nueva infraestructura.

Tabla 9: Análisis de desempeño - componente Calidad Técnico

Componente	Subvariables	C.S. Quichuas	C.S Santiago de Pichus
Calidad Técnica (Puntaje máximo: 24)	Duración de atención prenatal	4,32	5,36
	Disponibilidad de servicios básicos	4,00	4,00
	Cantidad de personal de salud calificado	6,00	6,00
	Organización física del establecimiento	3,00	3,00
	<i>Total</i>	<i>17,32</i>	<i>18,36</i>
	<i>Desempeño del componente (%)</i>	<i>72,17%</i>	<i>76,50%</i>

3. Aceptabilidad

La aceptabilidad es la dimensión vinculada a la pertinencia cultural de los servicios de salud, pues consiste en la aceptación y satisfacción de la población con las intervenciones y la atención sanitaria, a partir del respeto y sensibilidad del personal de salud hacia la ética médica, confidencialidad y la cultura de la población (PHR, 2007). Así, se han considerado cinco variables en este componente: formación del personal sanitario en salud intercultural, acondicionamiento de infraestructura con pertinencia cultural, comunicación intercultural, relación con las usuarias y autonomía de decisión de las usuarias.

3.1. Formación en salud intercultural

La Directora de Salud Familiar de la Red de Salud de Tayacaja señaló que la formación es un elemento esencial para la implementación del MAIS-BFC, pues implica cambiar la forma de pensar del propio personal sanitario, para reconocer la importancia de los cambios a implementar y generar sostenibilidad a las acciones realizadas (comunicación personal, 17 de julio, 2018).

Así mismo, la participación de las ONG Medicus Mundi y Salud Sin Límites en la implementación del MAIS-BFC en Tayacaja consiste principalmente en las capacitaciones y asistencia técnica al personal de los establecimientos que se organizan en conjunto con la Red de Salud (Gerardo Seminario, comunicación personal, 23 de noviembre, 2018).

No obstante, manifestó que esto se debe al recorte de presupuesto, puesto que su rol institucional, según el convenio con la Red de Salud, es brindar asistencia técnica, y no financiera. Además, ello genera que las capacitaciones sean menos masivas y continuas, puesto que, en la actualidad, el presupuesto únicamente incluye los honorarios de los recursos humanos de la organización, a diferencia de la experiencia trabajada en Churcampa, cuyo presupuesto permitía el financiamiento de docentes, promotores, infraestructura e incluso contratación de personal de salud (Eduardo Brediñaña, comunicación personal, 17 de julio, 2018).

Además, el coordinador de proyectos señaló que actualmente la asistencia técnica de Medicus Mundi enfatiza principalmente el desarrollo de competencias técnicas, y si bien considera que las competencias interculturales también se refuerzan en el desarrollo de dichas acciones, señaló que es necesario propiciar algún programa de formación específico que aborde su fortalecimiento (comunicación personal, 17 de julio, 2018).

Por otra parte, debido a las dificultades para capacitar a todo el personal sanitario, se busca incidir en visitas a los establecimientos y orientar mejoras según cada realidad particular: “en promedio manejamos 600 recursos humanos, y para una capacitación idónea, es máximo 30 [personas], para que uno pueda llegar a esas personas, y eso genera presupuesto y todo, ‘ah no, es mejor ir al establecimiento’, ver su realidad, y en base a eso reforzarle” (Directora de Salud Familiar, comunicación personal, 17 de julio, 2018).

Así, cabe señalar que la Red de salud elige qué personal participa en las capacitaciones sobre el MAIS-BFC, y estos participantes son, a su vez, responsables de liderar y organizar réplicas de las capacitaciones en sus respectivos establecimientos. La Directora de Salud Familiar señaló que se intenta incidir en personal nombrado de mayor permanencia, para propiciar la continuidad de las acciones realizadas, pese a la alta rotación característica del sector salud (comunicación personal, 17 de julio, 2018). No obstante, esto es expresado como una debilidad por algunos miembros del personal sanitario, ya sea por la poca duración y profundidad de información de las réplicas o por la dificultad de realizarla por la concurrencia de pacientes. En Quichuas, una obstetra señaló “simplemente las réplicas son de menos tiempo, porque sabes que no se acepta la afluencia del paciente; no es como un año más de capacitación donde tú estés ahí. Cuando una paciente ha venido, ya tienes que atender” (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Es decir, las capacitaciones internas pueden verse interrumpidas o reducir su calidad por el quehacer cotidiano del personal y la afluencia de la población en el establecimiento. De manera similar, un técnico del C.S. Santiago de Pichus manifestó: “Hay [un] responsable de recibir su capacitación, pero dan unas réplicas y ya no es como una capacitación bien enfocada. Es una réplica que hacen interno, minimizado, a grandes rasgos” (comunicación personal, 13 de julio, 2018).

Por otro lado, los módulos de capacitación del MAIS-BFC son también oportunidades para propiciar la implementación del modelo en otros establecimientos de salud, pues algunos miembros del personal sanitario manifestaron que la capacitación incluía tareas mensuales para los participantes, relacionadas a la implementación, mejora o seguimiento del modelo en dos o tres puestos de salud aledaños (obstetra, comunicación personal, 7 de julio, 2018). En adición a lo anterior, la jefa del C.S. Santiago de Pichus señaló que, al finalizar cada año, los establecimientos deben presentar reportes de avances sobre la implementación del MAIS-BFC a la Red de Salud (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

3.1.1. Disponibilidad de personal de salud capacitado en el enfoque intercultural

En el año 2017, la Red de Salud de Tayacaja y Medicus Mundi realizaron un programa de capacitación de cinco meses de duración, en los cuales se instruyó al personal en torno a cinco módulos de formación (ver Anexo M) con el objetivo de capacitar “facilitadores” del MAIS-BFC. Una obstetra del C.S. Quichuas señaló que el enfoque intercultural y las formas de aproximarse a la comunidad son abordados de manera transversal en la capacitación de cada módulo (comunicación personal, 5 de julio, 2018). Además, tal como fue señalado anteriormente, en las capacitaciones se asignan tareas a los participantes en torno a la implementación o mejora del MAIS-BFC en las comunidades y/o establecimientos de salud.

Algunos miembros del personal sanitario manifestaron haber recibido preparación en torno al MAIS-BFC en sus centros de formación (obstetras, comunicación personal, 5 y 11 de julio, 2018). No obstante, es necesario considerar que tales conocimientos están orientados a la formación en salud pública, y no exclusivamente al enfoque intercultural. Así mismo, varios miembros refirieron haber recibido capacitación por parte de la Red de Salud o las réplicas al interior del establecimiento. Así, el 60% y el 33,3% de personal que brinda atención prenatal en el centro de salud de Quichuas y Santiago de Pichus respectivamente ha recibido capacitación en el enfoque intercultural (ver Anexo N), ya sea por parte de la Red de Salud o por algún diplomado de especialización³⁰.

Por otro lado, es necesario considerar que los responsables de las jefaturas del centro de salud de Quichuas y Santiago de Pichus cuentan con experiencia previa de trabajo comunitario en sus centros laborales anteriores. Así, el jefe del establecimiento en Quichuas se desempeñaba en equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED) en Huancavelica (comunicación personal, 10 de julio, 2018), mientras la jefa del C.S. Santiago de Pichus trabajó en establecimientos de salud de Amazonas, e inició la implementación del parto vertical en uno de los distritos donde laboró (comunicación personal, 12 de julio, 2018). Ello puede

³⁰ No se consideró al personal que recibió formación en torno al MAIS-BFC en cursos de pregrado, debido a la menor intensidad de estos cursos.

ser relevante para el liderazgo en la implementación del enfoque, por ser las personas que dirigen cada centro de salud y pueden orientar la sostenibilidad de las acciones.

No obstante, también se identifica mayor rotación del responsable de la jefatura del C.S Quichuas, puesto que, en el transcurso del 2017, se han tenido tres jefes de establecimiento distintos, mientras en Pichos, se cuenta con la misma jefa de establecimiento hace tres años. En este sentido, también se recibió opiniones de representantes de Salud Familiar de la Red de Salud de Tayacaja y de la ONG Medicus Mundi, quienes señalaron que la alta rotación del personal sanitario se presenta como una importante dificultad, ya que no permite darle continuidad a la implementación del MAIS-BFC (comunicación personal, 17 de julio, 2018).

Es por esto que se ha adoptado como estrategia la capacitación del personal sanitario nombrado, por ser el personal más estable. Sin embargo, esta estrategia presenta algunas limitaciones, puesto que no siempre se logra la transmisión de los conocimientos que los nombrados reciben en las capacitaciones de la Red de Salud.

3.1.2. Definiciones sobre el enfoque intercultural

El marco teórico de la presente investigación evidenció que el concepto de salud intercultural tiene muchas aproximaciones desde distintas disciplinas, que pueden influenciar la orientación y las decisiones de los agentes implementadores en el sector salud. Es así que resultó relevante explorar las nociones conceptuales del personal sanitario de cada establecimiento de salud, para así comprender los fundamentos de los cambios propuestos a partir de la implementación del modelo.

Las entrevistas a profundidad permitieron identificar que las definiciones del personal sanitario hacen referencia principalmente a cambios tangibles en sus prácticas laborales o en la interacción con la población, y no necesariamente a nociones conceptuales. Si bien esta situación es natural debido a la complejidad propia del concepto³¹, sí resulta necesario evidenciar la falta de claridad en torno a este, puesto que puede generar diferencias según las interpretaciones del personal sanitario. A pesar de ello, las similitudes identificadas en las definiciones se relacionan principalmente a la adaptación de los establecimientos y la atención sanitaria a las costumbres de la población, tal como se evidencia a continuación:

“Llego a un lugar donde tienen ciertas costumbres y [...] no fijarme en eso, no eliminar sus costumbres, sino adecuar lo que yo sé con los conocimientos que ellos tienen, para de alguna forma llegar a un acuerdo los dos, y que ellos sigan haciendo lo que hacen como costumbre, pero en beneficio a su salud” (médica C.S. Quichuas, comunicación personal, 5 de julio, 2018).

³¹ Tal como se manifestó en el marco teórico, incluso en el amplio debate académico existe multiplicidad de propuestas y definiciones sobre salud intercultural.

“Pienso que [interculturalidad] es adaptar las costumbres y las creencias de los pacientes hacia las atenciones que uno realiza” (obstetra de C.S. Santiago de Pichus, comunicación personal, 11 de julio, 2018).

“Interculturalidad es afianzar la confianza de la población sobre sus creencias acá en el centro de salud” (obstetra de C.S. Quichuas, comunicación personal, 9 de julio, 2018).

“Es aceptar sus costumbres, no ponerse en un plan de decirles ‘¿sabes qué?, lo que tú estás pensando está mal’, ¿no? o sea, tratar de entender sus costumbres, y si no le hacen daño al paciente, que continúe con eso, si es que es en lo que creen” (médico C.S. Santiago de Pichus, comunicación personal, 16 de julio, 2018).

“Interculturalidad es que tú puedas llegar al paciente [e] intentar que nuestro choque de culturas sea menos” (obstetra de C.S. Quichuas, comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Así, una obstetra señaló que el enfoque intercultural no solo consiste en la ambientación del establecimiento de salud, sino también en el respeto por las costumbres y creencias de la población: “es llegar a ellos de alguna manera, no se basa en, simplemente, cambiar de colores o poner borreguitos³²” (comunicación personal, 5 de julio, 2018). Así mismo, el técnico del centro de salud de Quichuas también hizo referencia a su involucramiento en las actividades de la comunidad y el intercambio cultural mutuo como parte de la mejora de las relaciones con la población:

Cuando hablamos de interculturalidad es compartir, por ejemplo, yo recibir de ellos, involucrarme en su medio y, gracias a Dios, hablo quechua y es uno de los factores, o sea tengo que participar en sus reuniones, hablar su idioma y, a la vez, también ellos de una u otra manera también lo que es mío ¿no?, lo que traemos de la ciudad también, de una u otra manera, compartir (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Por su parte, la definición del técnico del C.S. Santiago de Pichus hizo referencia a la implementación del MAIS-BFC y beneficios de la sectorización de las comunidades asignadas:

“[Interculturalidad] es ese programa que está aplicando. Por una parte, facilita, porque ya tenemos cada uno del personal una comunidad, ¿no? [...] eso facilita más para que los pacientes sean identificados” (comunicación personal, 13 de julio, 2018).

Además, una obstetra de cada establecimiento señaló que es un trabajo beneficioso, que, sin embargo, requiere un arduo trabajo en equipo y capacitación constante para propiciar el cambio progresivo en cada establecimiento (comunicación personal, 5 y 12 de julio, 2018).

³² Los “borreguitos” hacen referencia a los pellejos de animales que son utilizados para ornamentar algunos elementos de los establecimientos, tales como las sillas o salas de parto, con el fin de fomentar la pertinencia cultural de sus servicios.

En líneas generales, se identifica una orientación conceptual relacionada a la adaptación y respeto hacia las costumbres y creencias de la población que el personal considera inofensivas para su salud, así como a la evasión de conflictos durante la interacción, por lo cual son nociones principalmente orientadas hacia la mejora de la interrelación entre el personal sanitario y los pacientes. Además, tal como se describirá en el siguiente apartado, el personal de salud relaciona este concepto a la mejora en relaciones de confianza y comodidad con la población.

3.1.3. Percepción de la importancia del enfoque intercultural

De manera similar a las definiciones brindadas sobre el enfoque intercultural, el personal sanitario coincide en que la importancia del enfoque reside en el respeto y la adaptación de las atenciones sanitarias a las costumbres de las usuarias, incluso si estas son contradictorias a la formación biomédica de la profesión, para propiciar su comodidad en el establecimiento.

Así, por ejemplo, la jefa del C.S. Santiago de Pichos señaló: “haces que la paciente tenga más confianza contigo, que no atropelles su cultura, es otra cosa, porque ya no estamos como los años anteriores [en] que todo era parto horizontal, porque a nosotros nos educan así” (comunicación personal, 12 de julio, 2018). Así también, el técnico de ese establecimiento refirió: “es muy importante, porque le haces recordar sus tiempos antiguos, [...] atendemos así, como que estuvieran en sus casas, para que se acostumbren” (comunicación personal), 11 de julio, 2018).

Por su parte, la médica del C.S. de Quichuas señaló que el enfoque es importante debido a que ha facilitado la tolerancia y respeto del personal sanitario hacia las costumbres de la población, en la medida en que no perjudique su salud, para así evitar la conflictividad durante la interacción:

Aquí la mayoría de madres, me viene con que el niño tiene fiebre y lo bañan en pichi, en orina. Entonces, todos vienen con eso. Lo que en un inicio me molestaba, pero ahora lo que trato de decirles es que cualquier líquido que sea de tibio a frío está bien, para que baje la fiebre, además del medicamento que le estoy dando (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Así también, diversos miembros del personal sanitario refieren que la implementación del enfoque permite incrementar la cobertura de los servicios de salud materna, principalmente de partos institucionales: “si yo no hubiera implementado [...] mi parto vertical, yo hubiera seguido con el mismo nivel de atención de partos domiciliarios y tú sabes que, a mayor partos domiciliarios, sí o sí te jala una muerte materna” (jefa del C.S. Santiago de Pichus, comunicación personal, 12 de julio, 2018). Además, la obstetra refirió que la oportuna atención sanitaria ha permitido la identificación temprana de riesgos y morbilidades, lo cual facilita evitar situaciones que desemboquen en muertes maternas en la localidad (comunicación personal, 12 de julio, 2018). De manera similar, una obstetra del centro de salud de Quichuas también señaló que los desencuentros culturales pueden propiciar el desarrollo de partos domiciliarios (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Por otra parte, el jefe de establecimiento de Quichuas destacó la importancia del rol comunitario promovido por el enfoque intercultural del MAIS-BFC, que permite un conocimiento integral de la situación de la población para facilitar el desarrollo de acciones preventivas frente a factores de riesgo y no únicamente recuperativa o de atención de morbilidad:

Tienes una mejor perspectiva de cómo está la comunidad, ¿no?, qué deficiencias tiene la comunidad, tanto el cómo son sus viviendas, cómo está su alimentación, qué tipo de agua consumen, en qué área están viviendo, si está expuesta a desechos, a contaminación del aire; o están tal vez en un área que puede ser próxima a desastres naturales (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Además, señaló que, en la medida en que el MAIS-BFC solicita realizar por lo menos cuatro visitas al año a cada familia, el modelo permite el acercamiento y relacionamiento con las familias en contextos más cotidianos, lo cual facilita la promoción de prácticas sanitarias saludables:

Quieras o no quieras, la familia, cuando tú le empiezas a visitar, hacer visitas domiciliarias [...] empiezas a comprometerte con la familia, hasta te haces amigos de ellos, ¿no?, y ya en las visitas vas empezando a explicarles y a solucionarles sus problemas de salud, porque lo ideal es que después de aplicar el MAIS, [...] ya debería de ser una familia saludable [...] y después de ser familias saludables, tener comunidades saludables (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

No obstante, en cada establecimiento también se identifica rechazo hacia la implementación del enfoque por parte del personal sanitario. Así, por ejemplo, una obstetra del centro de salud de Quichuas señaló que el jefe de establecimiento anterior suspendió la implementación del enfoque intercultural, debido a que “no le parecía bien lo que se trabajaba en familia, en comunidad, para él era otras prioridades” (comunicación personal, 7 de julio, 2018).

Por su parte, en Pichos, la jefa del establecimiento manifestó que una dificultad para la incorporación del enfoque se debe a que puede incluso ser percibida como una acumulación de carga laboral para el personal sanitario: “Todo el personal de salud no está inmerso al cambio, hay personal que, para ellos, es una carga más laboral, que dice ‘más mis pacientes, más las visitas que tengo que hacerle a un niño, más, encima, ir a sensibilizar’” (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Así mismo, la responsable de Salud Materna de la Red de Salud de Tayacaja señaló: “el personal sí ha interiorizado el enfoque intercultural, pero no es al cien por ciento. Todavía hay bastantes establecimientos que, por cumplir algo, lo están haciendo, pero no ven el beneficio que tienen sobre la población” (comunicación personal, 17 de julio, 2018).

3.2. Comunicación intercultural

La comunicación intercultural es una de las dimensiones más abordadas desde el enfoque intercultural en distintos sectores del Estado, debido a que la diferencia idiomática suele ser una de las barreras más evidentes que dificulta la interacción con la población. Por ello, se analizaron cuatro variables relevantes: dominio del quechua por parte del personal sanitario, comprensión de información de las usuarias durante los controles prenatales, facilidad para realizar consultas y medidas adoptadas por el personal sanitario para facilitar la transmisión de información.

El coordinador de proyectos en Huancavelica de Medicus Mundi y Salud Sin Límites señaló que el MAIS-BFC proporciona una facilidad para la identificación de la lengua habitual de las usuarias, debido a la reorganización del servicio de admisión que ha establecido carpetas familiares que señalan la lengua de la familia y de cada integrante (comunicación personal, 17 de julio, 2018).

3.2.1. Dominio de lengua local

Ningún miembro del personal sanitario responsable de la atención prenatal en los C.S. Quichuas y Santiago de Pichus domina el quechua, aunque algunas obstetras entienden algunas palabras. Ello fue expresado como una dificultad para el entendimiento e interacción entre el personal sanitario y la población quechuahablante, que incluso puede llevar a confusiones en los acuerdos adoptados:

Cuando una obstetra o un profesional no entiende quechua, prácticamente no hay una buena comunicación; de repente el médico, la obstetra, según él, le está explicando, pero si la paciente no entiende castellano, simplemente, dice 'ya', pero al final no entendió nada de lo que dijo y viceversa, [...] entonces, siempre sería bueno buscarse un traductor [...] (técnico C.S. Quichuas, comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Algunas de las alternativas adoptadas por el personal sanitario son recurrir al apoyo del personal técnico o de los familiares de las gestantes para facilitar la comunicación. En el caso del personal técnico, se debe a que es personal que reside en la localidad y domina fluidamente el quechua, además de tener larga permanencia en los establecimientos de salud. Así, por ejemplo, el técnico del C.S. Quichuas labora desde hace 7 años en el establecimiento, mientras el técnico del C.S. Santiago de Pichus lleva una trayectoria de 16 años en este centro.

En Pichos, todo el personal entrevistado refirió acudir al personal técnico cuando se presentan barreras lingüísticas; no obstante, señalaron que las dificultades principalmente se generan con la población adulta mayor, por ser la que se comunica exclusivamente en quechua, de manera que los inconvenientes son escasos con las gestantes (obstetras del C.S. Santiago de Pichus,

comunicación personal, 11 y 12 de julio, 2018). Esto también fue expresado por dos obstetras en Quichuas (comunicación personal, 5 y 7 de julio, 2018).

Además, no solo se aprovecha el apoyo de los técnicos para la traducción de información en la interlocución con las pacientes, sino también como facilitadores para el relacionamiento y convencimiento para que las usuarias acepten determinados tratamientos sanitarios, tal como señaló una obstetra en Quichuas: “si [la paciente] es muy reacia, nos apoyan así, sensibilizando en su idioma” (comunicación personal, 7 de julio, 2018). Del mismo modo, el técnico del C.S. Santiago de Pichus comentó que apoya al personal sanitario cuando se requiere conocer los síntomas que la población percibe o cuando requieren convencer a los pacientes para realizar ciertos procedimientos (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Además, otra alternativa adoptada es solicitar el apoyo de familiares de la paciente que dominan tanto el español como el quechua, tal como señaló una obstetra en Quichuas: “sí entendemos, pero algunos no podemos hablar [quechua], [...] al familiar le explicamos y le decimos que nos apoye” (comunicación personal, 7 de julio, 2018). De manera similar, el jefe de este establecimiento de salud señaló:

[Cuando] no entiendo una palabra, le llamo al técnico, [...] y la señora empieza a hablar en quechua, y [el técnico] me dice ‘ah no doctor, la señora está diciendo esto’, ‘ah ya, entonces dile a la señora que le voy a dar esto o esta otra cosa’. Si él por a o por b está ocupado, siempre viene con algún familiar y el familiar también habla quechua fluido, entonces tú le dices al familiar que pase y que le explique (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Además de las alternativas mencionadas, dos obstetras de Quichuas manifestaron que con el tiempo han logrado adquirir algunos conocimientos básicos del idioma que permite entender a las pacientes en algunos casos; no obstante, no les permite expresarse o responder a sus requerimientos (comunicación personal, 5 y 7 de julio, 2018). Así, una obstetra manifestó que el establecimiento ha solicitado la organización de un curso de quechua a la Red de Salud dirigido al personal que no domina fluidamente el idioma, con el objetivo de compartir los mensajes sobre signos de alarma en las gestantes en quechua (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

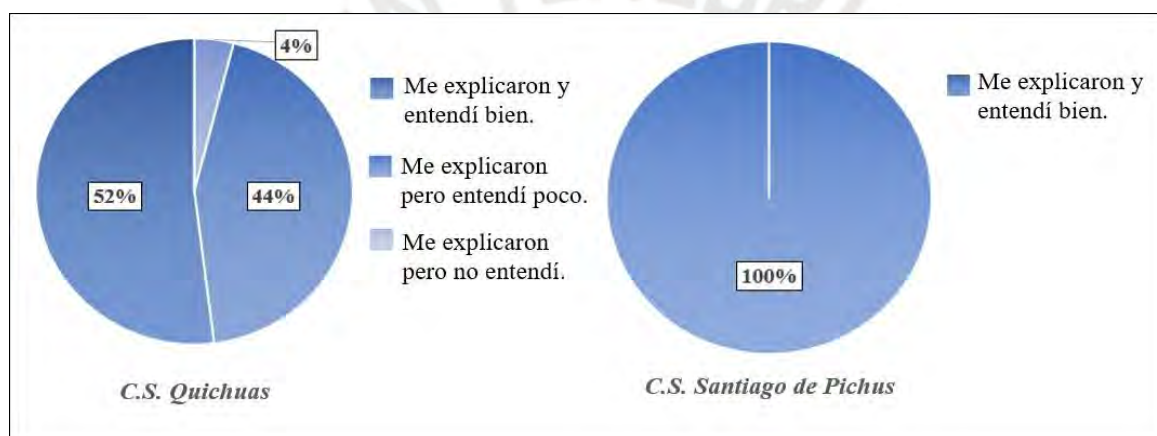
En líneas generales, si bien el desconocimiento del idioma fue percibido como una dificultad importante, no fue considerada apremiante para la atención de la población gestante por la mayoría del personal sanitario, debido al incremento de la población bilingüe —principalmente joven— en ambos distritos, así como las alternativas mencionadas, que son adoptadas por los establecimientos para facilitar la comunicación. No obstante, la mayoría del personal entrevistado refirió que esta sí constituye una dificultad más relevante para la atención de la población adulta mayor.

Así mismo, en la observación de los establecimientos de salud, el equipo identificó que, en toda la infraestructura de los establecimientos, no se ha elaborado señalética ni material informativo en quechua. Esto fue señalado como una deficiencia por parte del jefe del C.S. Quichuas (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

3.2.2. *Comprensión de la información recibida en la atención prenatal*

Durante las encuestas, se consultó a las usuarias de los establecimientos si habían comprendido la información en torno a los cuidados durante el embarazo o la identificación de signos de alarma brindada por el personal sanitario durante sus controles prenatales. Los resultados evidencian importantes diferencias en la comprensión de información por parte de las usuarias en cada establecimiento, tal como se muestra en la siguiente figura.

Figura 9: Comprensión de la información en C.S. Quichuas y Santiago de Pichus



Es posible identificar que en Pichos, la totalidad de gestantes encuestadas señaló haber comprendido bien la información proporcionada por el personal sanitario durante sus controles prenatales, mientras en Quichuas, esta categoría solo alcanzó el 52% de las usuarias. Ello es relevante al considerar que en el distrito de Pichos, el 60.72% de las usuarias de atención prenatal del periodo de estudio tiene como lengua habitual el quechua (RENIEC, 2018); y, sin embargo, los resultados evidencian que no es una barrera para la comprensión de información en la medida en que el personal sanitario pueda optar por alternativas que faciliten la interacción, como se manifestará más adelante.

3.2.3. *Facilidad para realizar consultas en la atención prenatal*

Se consultó a las usuarias sobre la facilidad de realizar preguntas al personal sanitario en torno a sus dudas durante sus controles prenatales, en lo cual también se manifestaron importantes diferencias entre los resultados de cada establecimiento:

Figura 10: Facilidad para realizar consultas en los C.S. de Quichuas y Santiago de Pichus



Así, se evidencia que mientras en Pichos casi la totalidad de gestantes señaló haber realizado todas sus consultas y haber recibido respuestas por parte del personal sanitario, en Quichuas solo el 60% coincidió con dicha categoría, mientras un 24% de las usuarias encuestadas señaló que el personal no respondió sus dudas y el 16% tuvo vergüenza o temor de preguntar.

Así, en Quichuas, una obstetra también manifestó su percepción del temor inicial de las usuarias para realizar consultas durante los controles:

Nosotros siempre le preguntamos ‘¿qué dudas tienes?, ¿qué quieres saber?’, le decimos, por ejemplo, ‘¿quieres saber si puedes tener todavía relaciones con tu esposo?, ¿quieres saber si todavía te puedes bañar con tal agua?’, y te dicen ‘sí, señorita’, porque ellas directamente a veces como que se quedan calladas, pero después se sueltan y tienden a preguntar (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

3.2.4. Medidas para facilitar comprensión de la información

En las encuestas también se consultó si el personal sanitario había utilizado señalética, como gráficos y letreros, para explicarles las recomendaciones durante sus controles prenatales. En Pichos, el 96.2% de las usuarias encuestadas afirmó que el personal sí había usado estos materiales, mientras en Quichuas esta cifra descendió a 76%. Una usuaria de este establecimiento, además, señaló que vio al personal utilizar el rotafolio, pero no le explicaban cuál era su utilidad ni lo usaban para explicarle algo.

Ello es relevante debido a que estos instrumentos presentan gráficos que pueden facilitar la proporción de información a las usuarias. No obstante, la jefa del establecimiento de Pichos señaló que ello dependía también de la forma en que estos elementos se utilizan y se brinda la información, y no únicamente de la disponibilidad de materiales: “el gráfico sí te sirve, pero igual, tienes que tú explicarles cómo son las cosas” (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Así, señaló que algunas formas de garantizar la comprensión se basan en propiciar el acercamiento a las usuarias, pues a veces las recomendaciones sanitarias pueden incluso contradecir sus creencias; así como utilizar lenguaje sencillo, lo cual considera relevante debido a los bajos niveles educativos de la población:

Yo, por ejemplo, trato, uno, de ser amable; dos, les pregunto cómo le ha ido, cómo le va, si ha tenido dolores de cabeza, si ha tenido algún problema durante estos días, si ha venido un sangrado o no, trato inclusive a veces hacerle bromas, y entre las bromas les explico, ¿no? [...] para que ellas me entiendan los signos de alarma, por ejemplo, le digo ‘¿tu bebito se mueve?’, ‘sí’, y si me dicen ‘no, mucho se mueve, ya se mueve demasiado’, ‘pero mejor pues, bebito que se mueve, bebito vivo, bebito que no se mueve, preocúpate, algo le está pasando a tu hijo’ (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

En adición a lo anterior, la obstetra señaló que procura explicar la información mediante referencias a olores o elementos que las gestantes puedan reconocer fácilmente: “le digo ‘si se rompe la fuente, vas a tener el olor característico a una lejía que lavas tu ropa’, y ya entonces saben, porque la mayoría acá lava, a pesar de que estén con su barriga” (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

En Quichuas, una obstetra también refirió realizar comparaciones con elementos cotidianos de las usuarias para facilitar la comunicación. Así, comentó un testimonio con usuarias que no permiten que se realicen pruebas de sangre:

Ellas dicen que les sacamos un litro [...]. Todas [las obstetras] les hacen la comparación de si ellas tienen vacas, ‘¿cuánto es un litro de la leche que tú vendes?’, ‘es muy distinto que yo te saque tubitos diferentes’ [...], porque algunas sí, no dejan sacar, porque tienen la creencia que nosotros vamos a vender su sangre (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Por su parte, el jefe de este establecimiento señaló que opta por realizar gráficos mientras brinda la información a las gestantes: “a veces las señoras te preguntan; no entienden más que todo las patologías, tú le tienes que tratar de explicar, ¿no? Mi persona, yo a veces les dibujo todo lo que no entienden, y les explico” (comunicación personal, 10 de julio, 2018). Así mismo, una médica de este centro de salud destacó la importancia de explicar los motivos de las indicaciones y recomendaciones brindadas para el beneficio de salud (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Por otro lado, tal como fue mencionado anteriormente, las obstetras acuden al apoyo del personal técnico para facilitar la comunicación con gestantes quechuahablantes. Es así que una obstetra en Quichuas comentó que, para garantizar la comprensión de la información brindada, a veces solicitan a las usuarias que ellas mismas repitan las recomendaciones recibidas:

‘Señor, explícale, por favor, que quiero que tome la pastilla así, que va a venir en esto, que esto, que el otro’ y él empezaba a explicarle en quechua todito y le decía ‘¿entendiste?’, ‘sí’. ‘Dile

que te explique a ti'. Ella ahí les regresaba la explicación en quechua y el técnico decía 'sí, obstetra, sí ha entendido' (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

No obstante, el jefe del establecimiento de Quichuas señaló que la comunicación no siempre se encuentra exenta de conflictos, pues considera que "hay inconvenientes con las personas que no tienen grados de educación adecuada, porque lamentablemente, en su ignorancia, piensan tener la razón y es un poco difícil convencerles o hacerles cambiar de opinión" (comunicación personal, 10 de julio, 2018). Así, señaló que existen mayores problemas con la población adulta mayor, y usualmente surgen complicaciones para las prescripciones y el convencimiento para el consumo de medicamentos.

3.3. Relación con las usuarias

El presente apartado analiza cinco dimensiones en torno a la relación entre el personal sanitario y las usuarias: percepción de comodidad, percepción de respeto y amabilidad, percepción de respeto a intimidad, compenetración con actividades y actores locales y conflictos con la población.

3.3.1. Percepción de comodidad con el personal sanitario

En las encuestas, se consultó a las usuarias si se sintieron cómodas con la o las personas que la atendieron durante sus controles prenatales. El 92% de las usuarias encuestadas en Pichos señaló que se sintió cómoda, y entre los motivos más comunes, señalaban que las obstetras eran buenas, amigables, las escuchaban con paciencia y eran conversadoras con ellas.

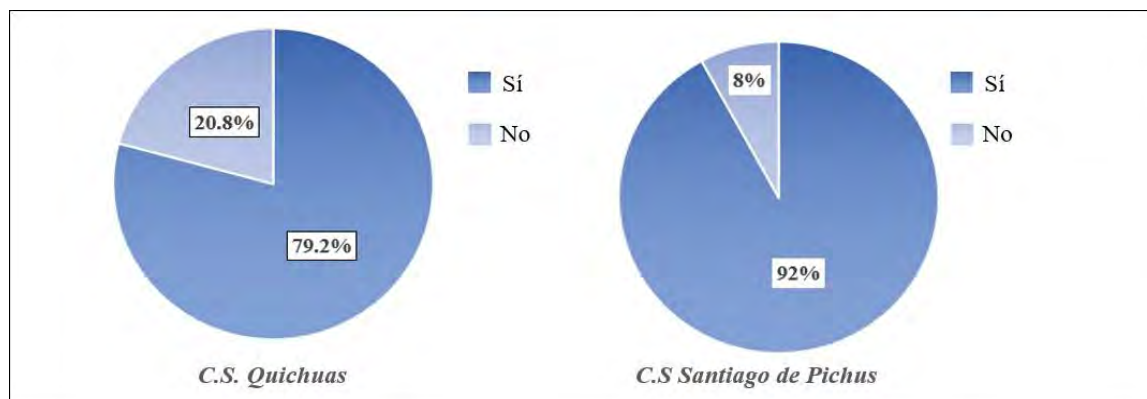
No obstante, algunas usuarias manifestaron que únicamente se sentían cómodas con ciertas personas con las que interactuaron, pues una refirió haber recibido llamados de atención por adelantar su cita uno o dos días antes de la fecha asignada. Además, una usuaria señaló no haber asistido al centro de salud en su segundo embarazo por vergüenza, pese a haber percibido un buen trato del personal sanitario.

En Quichuas, el 79.2% de las usuarias señaló haberse sentido cómoda, y mencionaron motivos divergentes, que dependían de la persona por la que habían sido atendidas. Algunas de las pacientes señalaron haberse sentido cómodas debido a que las obstetras eran buenas, pacientes y alegres. Así también, una usuaria señaló que la obstetra era conversadora con ella, pues le hablaba y preguntaba por su estado de ánimo cada vez que asistía.

Por otra parte, las usuarias que indicaron no haberse sentido cómodas explicaron que percibían que las obstetras las atendían apuradas, pues se aburrían mientras las atendían, e incluso una usuaria manifestó que le gritaron durante sus controles. Algunas refirieron que les faltaba paciencia a las obstetras, una usuaria indicó que les faltaba comprensión, y otra usuaria incluso señaló que una obstetra era "peleona". Además, una usuaria señaló que no le agradaba la constante rotación

del personal. Así mismo, de manera similar que en Pichos, algunas usuarias refirieron que solo se sintieron cómodas con algunas personas, mientras percibían un trato tosco de algunos miembros del personal sanitario.

Figura 11: Percepción de comodidad con el personal de salud que efectuó la atención



3.3.2. Percepción de respeto y amabilidad del personal sanitario

A partir de la información anterior, se consultó a las usuarias si habían sido tratadas con respeto y amabilidad en sus controles prenatales, y las percepciones nuevamente fueron divergentes en los establecimientos de salud.

Figura 12: Respeto y amabilidad percibidos por las usuarias en Quichuas y Pichos.



Es posible identificar que en Pichos, las usuarias que refirieron haberse sentido cómodas con el personal sanitario (92%) también señalaron haber percibido un trato respetuoso y amable en todos sus controles prenatales (92.3%). No obstante, esto no fue así en Quichuas, donde solo el 52% de las usuarias señaló haber sido tratada con respeto y amabilidad, mientras el 79.2% señaló haberse sentido cómoda. Nuevamente, las usuarias manifestaron que esto dependía de qué persona las atendía, pues algunas incluso señalaron ciertos conflictos con determinados miembros del personal sanitario.

En cuanto a la percepción del personal de salud, una obstetra del C.S. Santiago de Pichos señaló que se busca propiciar que las pacientes se sientan más cómodas para mejorar la atención y

comunicación con ellas: “que pueda transmitir su intranquilidad, sus dudas con mayor facilidad, y que pueda haber una confianza entre el personal que atiende y la paciente” (comunicación personal, 11 de julio, 2018). Así, por ejemplo, la jefa de este establecimiento señaló que intenta utilizar el humor al dialogar con las usuarias para propiciar su comodidad:

Trato de tener alguna broma, o las molesto, las hago sonreír, porque, Dios, todos tenemos problemas y mucho más ellas, ¿no?, [...] pero ese es el trato que nosotros damos, tratar de hablar, conversar con ellas, bromearlas, para que ellas se sientan cómodas contigo, porque si tú las tratas mal, no van a querer venir (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Así, señaló que el respeto y la comodidad son elementos esenciales para garantizar la continuidad de asistencia de las pacientes, y, por tanto, la cobertura de controles prenatales y partos institucionales del establecimiento, e incluso manifestó que se generan vínculos estables de confianza con algunas pacientes, pues han acontecido situaciones en que únicamente quieren atenderse con la persona que les ha prestado el servicio de atención prenatal continuamente. Así, comentó un testimonio sobre una paciente que no quería aceptar una referencia a otro establecimiento hasta que ella le confirme el diagnóstico:

Una paciente que yo he tratado anteriormente [...] se quería venir hasta Huancayo para que yo la vea, me dijo ‘no, porque yo quiero que tú me digas’, y eso que el ecógrafo ya le había dicho que [el bebé] estaba en podálico, ‘yo quiero que tú me digas que está en podálico, si está en en podálico, yo me voy’ (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

No obstante, el técnico de este establecimiento señaló que en su largo tiempo de permanencia en el centro de salud también ha percibido situaciones en que el personal no respeta a las usuarias; sin embargo, manifestó que es una situación que se está superando con los años: “hay, también colegas que menosprecian, no respetan, ‘a ver, trae a tu partero’, así les dicen, pero, a los que estoy viendo acá, no, eso han sido los anteriores, porque están rotando” (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Por otro lado, en Quichuas las obstetras también señalaron esforzarse por brindar confianza y calidez en el trato (comunicación personal, 5 y 7 de julio, 2018). Así, una obstetra hizo referencia a su noción de calidad de atención, que comprende, en sus palabras, las “cuatro ‘c’ durante la atención prenatal”: cordialidad, consejería, comprensión y coordinación de la próxima cita (comunicación personal, 7 de julio, 2018). Además, se destacó la importancia de mostrar interés y preocupación por el bienestar de las usuarias:

Que te vean que dio parto y tú entres a monitorizarle y te quedas conversando, le cargues a su bebito, o le digas ‘¡hay que pensar un nombre!’, y participes de sus decisiones importantes [...] ven que tú te interesas, te está importando. [...] el que la trates con cariño como la deberíamos tratar todos; el que le tengas que llamar la atención cuando tengas que llamarla, pero de forma cordial, o

que le hagas entender de alguna manera las cosas, te hace ser parte de ellas (obstetra C.S. Quichuas, comunicación personal, 5 de julio, 2018).

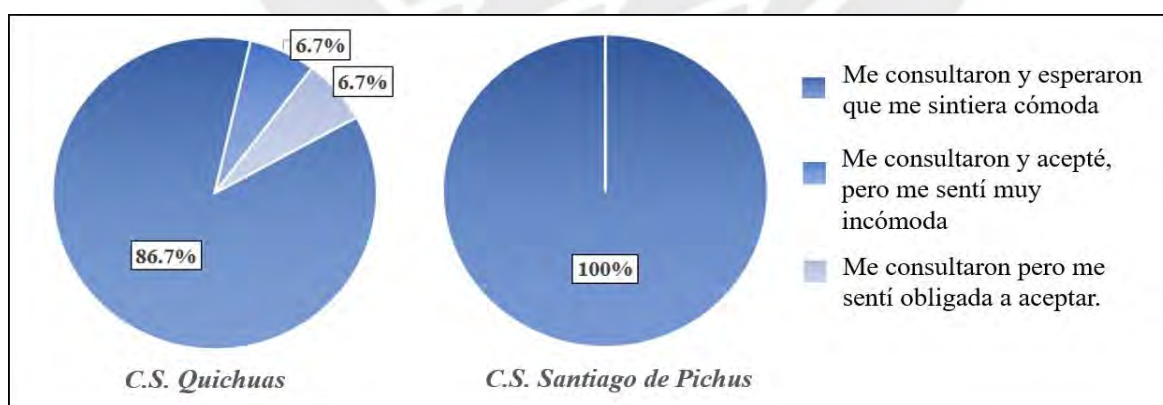
La obstetra incluso refirió que muchas usuarias han logrado tal nivel de simpatía, que les ponen su nombre a sus bebés. Señaló, por tanto, la importancia de fomentar un trato horizontal, “demostrarles de que tú eres persona, igual que ella” (comunicación personal, 5 de julio, 2018). Ello es relevante, debido a que esta es precisamente una dificultad común en los servicios de salud, en la medida en que las interacciones entre profesionales y la población usualmente generan relaciones de poder y jerarquía por parte del personal sanitario (Anderson, 2001).

De manera similar, el jefe del establecimiento señaló que el personal se propone brindar un trato más cercano a la población, a diferencia de los hospitales, donde considera que el trato suele ser más distante por la cantidad de pacientes que atienden: “en el hospital [...] van y vienen, les pasan el medicamento y ya. En cambio, acá, cuando se quedan, tú estás hablando con ellos, le dices ‘camina’ y todo estás viéndolo, observándolo” (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

3.3.3. Percepción de respeto a intimidad de las usuarias

La examinación y el contacto físico con las usuarias es relevante por ser un ámbito de transgresión del pudor de las usuarias, por lo cual es uno de los principales aspectos con los que el personal sanitario debe tener cautela en la interacción en contextos andinos, tal como manifestó Anderson (2011). Por ello, en las encuestas a las usuarias, se preguntó si el personal sanitario les había pedido autorización antes de realizar alguna examinación física, obteniéndose los siguientes resultados:

Figura 13: Consulta de autorización y comodidad de las usuarias para realizar exámenes físicos



Los resultados evidencian que mientras en Pichos la totalidad de usuarias señaló que el personal sanitario esperaba su consentimiento y comodidad para realizar las pruebas físicas, el 6.7% de las usuarias de Quichuas señaló no haberse sentido cómoda y el 6.7% señaló haberse sentido obligada a aceptar.

En Pichos, una obstetra señaló que no se presentan dificultades para examinar la barriga de las gestantes, pero sí para realizar las evaluaciones vaginales por el pudor de las usuarias; por ello, se procura explicar con claridad el motivo y el beneficio de cada evaluación realizada para garantizar su consentimiento (comunicación personal, 11 de julio, 2018). De manera similar, una obstetra del C.S. de Quichuas indicó: “le explicamos todo el procedimiento antes de realizarlo [...] le explicamos todo lo que le vamos a hacer y, de acuerdo a eso, ya procedemos” (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Además, en Pichos, la jefa del establecimiento señaló que es importante reducir al mínimo posible la cantidad de tactos que se realiza a la usuaria para evitar su rechazo e incomodidad: “no te dejan, es más, se molestan, ‘que no, que mucho me tocas, que no sé cuánto’, y ya pues, entonces, para llevarte bien con una paciente, tienes que saber, al menos, en qué momento hacerlo” (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Así, la jefa del centro de salud señaló que no se han presentado dificultades mayores para las exámenes; no obstante, sí existe rechazo hacia la prueba de *papanicolaou*, debido a que tienen vergüenza, e incluso miedo de tener algún corte que genere la pérdida del embarazo. Es así que, si bien la norma técnica de atención de salud materna exige que esta prueba se realice en las primeras semanas del embarazo —que es justamente el periodo con mayor riesgo de aborto—, la obstetra manifestó que, en muchas ocasiones, deben esperar a los próximos controles prenatales para conseguir la aprobación de la usuaria (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Así mismo, la jefa de establecimiento señaló que, además de comentar la utilidad de la prueba, se explica a las usuarias que esta tiene muy corta duración, e incluso se les muestra el espéculo con el que se realiza la prueba, para evidenciar que en la actualidad este es de plástico, y no de metal, de manera que no teman correr el riesgo de sufrir algún corte. No obstante, indicó que, si bien se intenta persuadir a las gestantes, no se les presiona para aceptar realizarse la prueba, porque esto puede generar mayor rechazo hacia la atención sanitaria: “tú no puedes obligar a hacer un procedimiento, porque pasa, la obligas, y peor va a ir en contra tuyo” (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Así también, una obstetra en Quichuas señaló “si [la usuaria] no desea, no le insistimos, o sino, le decimos [que en] la próxima cita le podemos realizar, [...] y cada visita enfocamos eso, la confianza más que todo” (comunicación personal, 7 de julio, 2018). Además, otra obstetra de este establecimiento señaló que, durante el primer control prenatal, las usuarias firman la autorización para la examinación física durante las atenciones, y en caso de no aceptar alguna de las pruebas, ello es señalado en la historia clínica como garantía de su decisión (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Por otro lado, en ambos establecimientos manifestaron la importancia de adaptar la examinación a ciertas preferencias de las usuarias, como aquellas relacionadas a las vestimentas de la zona, por el rechazo para desvestirse durante la examinación. Así, en Pichos, señalaron que, durante el triaje de las usuarias, se permite realizar la medición de peso sin quitarse las polleras, y son las obstetras quienes calculan un peso aproximado para reducir en el registro:

De por sí las pacientes [vienen] con sus polleras, entonces tú, al menos como obstetra, peor con este frío, no le vas a decir que se quite todo; entonces, tú tienes que ver [...] cuánto de peso le vas a disminuir con las polleras y todo, respetando cómo ellas vienen vestidas. [...] A veces, por ejemplo, cuando vienen acá, mayormente les hago que se quiten una [pollera] y que me dejen descubierto el abdomen y obviamente siempre pidiendo permiso ¿no? Igualito, si tengo que examinar la parte de los pechos, igual, ‘¿sabes qué?, un ratito voy a ver cómo están, a ver qué hay’, ‘ya señito’, entonces tienen que tener ese respeto (jefa de establecimiento, comunicación personal, 12 de julio, 2018).

De manera similar, una obstetra en Quichuas señaló: “ellas, normalmente, no se dejan levantar las polleras del todo, les gusta estar con sus polleras y que tú atiendas a ciegas, no sintiendo nada más [...] Entonces, [se debe] entrar de alguna forma que ellas no tengan temor” (comunicación personal, 5 de julio, 2018). Además, la obstetra señaló que ello también genera dificultades en la atención de partos, debido a que las usuarias rechazan el uso de batas, por lo cual la Red de Salud de Tayacaja ha distribuido polleras más delgadas a los establecimientos de salud, que son prestadas a las usuarias durante el trabajo de parto para garantizar su comodidad y bioseguridad durante el parto (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Finalmente, en ambos centros de salud se expresó el rechazo de las usuarias para ser examinadas por parte de personal masculino. Se debe considerar que por lo menos uno o dos controles prenatales debe ser atendido por personal médico según norma técnica, y en ambos establecimientos, por lo menos un médico es hombre. En Pichos, la jefa del centro de salud señaló que para facilitar que las usuarias accedan, se les explica que el personal médico únicamente realiza evaluaciones externas: “yo tengo que explicarle, porque, sino, no se mueven de acá, tengo que enseñarle, yo o la colega, que solamente es la barriguita, que va a escuchar latidos, nada más, ‘no te preocupes, no te va a hacer otra cosa’” (comunicación personal, 12 de julio, 2018). De manera similar, el jefe y médico del C.S. de Quichuas señaló:

Mi persona sí hemos tenido [dificultades], acá hay gestantes, hay señoras de edad más que todo, las que tienen 38 o 40 años, que no se dejan revisar por un hombre. Ni por un médico y absolutamente. Una señora no quiso ni echarse a la camilla, ni que yo la revise. Lo he tenido que llevar a la obstetra para que la revise (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Así, se evidencia que una de las principales estrategias adoptadas para garantizar la comodidad de las usuarias para realizar las pruebas físicas es explicar con claridad los procedimientos a realizar, así como la importancia de cada evaluación para beneficio de su salud. Además, destaca la relevancia de respetar la decisión de las usuarias si optan por postergar o incluso rechazar la realización de las pruebas, para así evitar posibles disgustos que inciden en la decisión de acceso o continuidad de asistencia al servicio.

3.3.4. *Compenetración con actividades y actores locales*

En ambos establecimientos de salud, se hizo referencia a la importancia de la compenetración en actividades de la comunidad y el relacionamiento con actores locales. En Pichos, el técnico señaló que sería relevante trabajar con las autoridades locales, ya sea del municipio o representantes de las comunidades, para mejorar la relación con la población, pues indicó que es con quienes tienen mayor confianza y a quienes podrían escuchar para limar cualquier aspereza con el personal sanitario (comunicación personal, 11 de julio, 2018). De manera similar, el jefe del C.S. Quichuas señaló:

Lo ideal sería, según la interculturalidad, lo que dice en el MAIS, [...] [es] empezar a intervenir la comunidad, a empezar a reconocer a los actores sociales, a los agentes [comunitarios] y a los agentes de salud que son vitalicios ¿no?, como son las parteras, los curanderos, los hueseros, todo, y con ellos tener una relación amical [...] para que [la población] tenga confianza contigo y acudan al centro de salud (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Así, el jefe del establecimiento señaló que se ha planificado organizar Comités de Desarrollo Comunal próximamente, en que se pretende invitar al alcalde, presidentes de comunidades, representantes de programas sociales, profesores y representantes de la iglesia (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Por su parte, la jefa del establecimiento de Pichos señaló también que el primer contacto e impresión de la comunidad es de vital importancia para garantizar una buena relación con la población en los servicios de salud. Es así que señaló haber aprovechado el primer encuentro con un partero de la comunidad para conseguir su confianza, y esto ha sido relevante incluso para que haya sido invitada en una representación de los servicios de salud que se realizará en la comunidad (comunicación personal, 12 de julio, 2018). De manera similar, el técnico del C.S. de Quichuas señaló que es relevante participar en las reuniones y celebraciones de la comunidad, para así compartir e involucrarse con la población en un medio más cotidiano (comunicación personal, 10 de julio, 2018). Así también, el jefe de este centro de salud señaló que ello es relevante para facilitar el desarrollo de las actividades extramurales del establecimiento:

Para que te adaptes, bueno sería, más que todo, ir a convivir en su entorno, ¿no? Cuando hacemos visitas domiciliarias, eso sí falta bastante para mejorar, un poco de compenetración en sus

casas. A veces llegas a sus casas y se avergüenzan de que pases a su casa, o que, por ejemplo, le puedas tomar foto. No quieren que le tomes la foto en cómo está vestido en ese momento (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Cabe señalar que las actividades extramurales, como las visitas domiciliarias, pueden implicar ciertas actividades un poco más invasivas que el trabajo en el establecimiento, debido al seguimiento que el personal debe realizar a la implementación de mejoras en los hogares para propiciar prácticas saludables. Por ello, resultaría relevante replantearse la estrategia de acercamiento, en aspectos como la coordinación de horarios en que pueden realizar las visitas, para evitar interrumpir las actividades de las usuarias, o analizar si es necesario ingresar a espacios tan privados como los dormitorios de los hogares, sobre todo al considerar que el personal de salud es altamente rotativo y pueden ser distintas personas las que deban asistir a las viviendas.

3.3.5. Conflictos con la población usuaria

En cada establecimiento de salud, el personal sanitario evidenció problemas particulares en la interrelación con la población atendida. En Pichos, la jefa del centro de salud señaló que hasta el momento no han tenido quejas ni problemas directos con las gestantes, pero sí han tenido enfrentamientos por la intromisión de familiares, principalmente de los esposos, que reclaman al no estar de acuerdo con los procedimientos a realizar con sus parejas, “inclusive vienen a insultar al personal, les gritan” (comunicación personal, 12 de julio, 2018). Además, señaló que los problemas de interacción con la población son más comunes en el área de medicina, mas no en obstetricia. Sin embargo, mencionó que en obstetricia una de las mayores dificultades es el convencimiento de las usuarias para ser referidas a otros establecimientos.

Por otro lado, tal como evidenció Ramírez Hita (2011) en su libro sobre salud intercultural, existe rechazo de la población hacia el personal de salud SERUM, por ser considerado personal no calificado para la atención sanitaria. Es así que, en Pichos, la jefa del establecimiento señaló que se han percibido situaciones de maltrato:

Yo tenía anteriormente mi SERUMS, que a ella sí le gritaban peor que hijo [...] quizás porque las ven más jóvenes y piensan que no saben, o sea la clásica ‘eres joven, no sabes, no sabes, has venido acá a practicar’, así les dicen a veces a mis SERUMS. Yo les digo ‘no, pero ellas ya saben’, porque a veces sí ha pasado que se han aprovechado de ellas y las han gritado o inclusive no les hacen caso (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

En línea con lo anterior, el técnico de este establecimiento manifestó también el rechazo hacia el personal SERUM, e incluso situaciones en que la población se aprovecha el desconocimiento del quechua por parte del personal foráneo para insultarlos: “‘qué traen estos chibolos, a qué traen estos, no saben nada’, eso lo que les menosprecian [...]. Yo les digo, ‘pudiera ser uno de sus hijos’, [...] ‘es que ustedes no hay, pues, profesionales acá’” (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Por su parte, en Quichuas, tal como fue mencionado en acápites anteriores, el tiempo de espera es una causal constante de quejas de la población, que incluso se ha visto reflejada en el libro de reclamaciones. Ello puede verse agudizado en situaciones de emergencias, o por la extensión de la duración de la atención sanitaria, debido al paquete integrado de salud.

Así, el jefe del establecimiento refirió los conflictos que suscitan cuando se desarrollan emergencias: “cuando hay emergencias más que todo son los problemas, que la gente no entiende qué es una emergencia, y a veces cuando no los atiendes te faltan el respeto, te gritan pues, te gritan o te quieren tratar de insultar o te quieren menospreciar” (comunicación personal, 10 de julio, 2018). En cuanto a la duración del paquete integrado del MAIS-BFC, el técnico del C.S. de Quichuas explicó que, al extenderse la duración de la atención, puede generar incomodidad e incluso conflictos con la población:

A veces hay pequeñas rencillas [con la población]. Hoy en día, en lo que es la Red de salud, los indicadores nos piden esto, paquete integral, pero para eso, ¿qué necesitamos?, que el usuario venga pues tomando, no sé, dos, tres horas de disponibilidad [...] Eso no es fácil, a veces cuando demoras y hay ciertas familias ya, así, clave, empiezan a chillar ‘¿cómo es posible que me hagan esperar?’, entonces no hay una buena relación todavía. A veces el personal también [...] no todos nos moderamos, como ser humanos, nos alteramos, y entonces, ya empieza otra vez el lío (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Así, es usual que la presión de indicadores genere mayores tensiones para el personal sanitario en sus actividades laborales, y se debe considerar que el cumplimiento de cobertura del paquete integrado no es el único elemento al que se asignan metas en los establecimientos de salud. Además, es común que la población acuda a los servicios de salud para atender una morbilidad y no necesariamente por servicios preventivos, por lo cual sería relevante replantearse la estrategia para propiciar la aceptación del paquete integrado en la población, a través de la difusión de beneficios para su salud, de manera que se evite la percepción de imposición que puede conllevar a conflictos con el personal sanitario.

Por otro lado, también se mencionaron circunstancias que generan molestias en el personal sanitario. Así, el jefe del establecimiento señaló circunstancias en que la población busca atención en el establecimiento en horas de la madrugada por malestares que no ameritan emergencias y, sin embargo, generan quejas en la población:

A veces hacemos retenes para cualquier emergencia en las noches, entonces a veces te llaman o te tocan la puerta a las dos de la mañana por un dolor de barriga o por un dolor de diente y eso incomoda también, por esas cositas a veces la población también empieza a hablar mal de nosotros, ‘no quieren atender, que esto, que el otro’ (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

El técnico del establecimiento, además, señaló que el personal sanitario suele incomodarse cuando las personas que pertenecen a la jurisdicción de otro establecimiento se atienden en el centro de salud, pues puede ser percibido como una sobrecarga laboral: “¿pero por qué tenemos que atender si esa gente ya no pertenece?”, y muchas veces lamentablemente, la persona que llega a la puerta o entra al establecimiento ya está bajo nuestra responsabilidad” (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Por todo lo anterior, el jefe del establecimiento señaló que se encuentran realizando coordinaciones con el alcalde para realizar una reunión con autoridades de las comunidades con el objetivo de dialogar sobre las asperezas vigentes con el personal sanitario (comunicación personal, 10 de julio, 2018). Así mismo, en adición a todo lo anterior, en ambos establecimientos de salud se evidenció el rechazo a las vacunas y a las muestras de sangre por la creencia extendida entre la población de que el personal sanitario lucra a través de la venta de sangre (comunicación personal, 7 y 11 de julio, 2018).

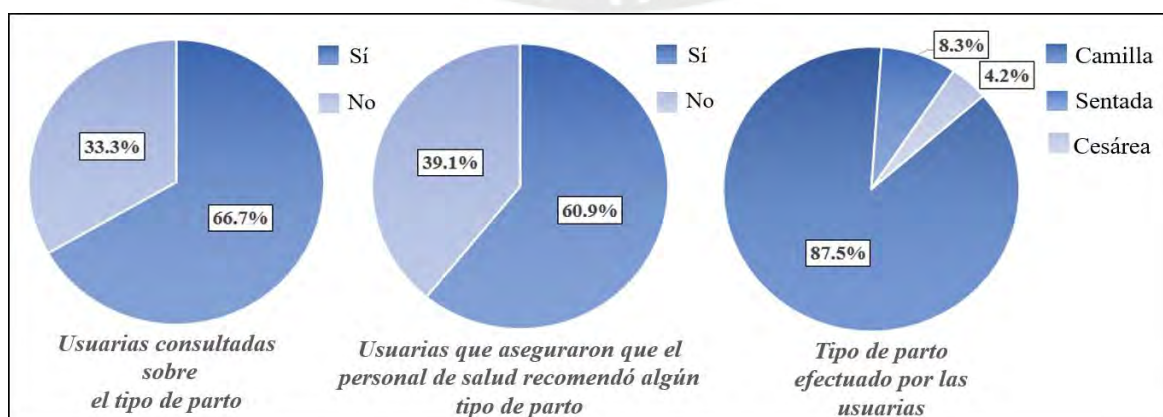
3.4. Autonomía de decisión de las usuarias

La autonomía de decisión de las usuarias es analizada a partir de dos dimensiones en torno a sus posibilidades de elección durante el embarazo: autonomía sobre tipo de parto y autonomía sobre tipos de cuidado durante el periodo de gestación y puerperio.

3.4.1. Autonomía sobre el tipo de parto

En Quichuas, el 66.7% de las usuarias señaló que el personal sanitario le consultó en qué posición quería tener el parto; sin embargo, el 60.9% de las usuarias señaló que le recomendaron realizar parto horizontal. Ello quiere decir que, si bien se consulta a las usuarias la posición de su preferencia, es muy alta la proporción de usuarias a las que se intenta persuadir para realizar el parto horizontal o en camilla. Así, es posible identificar que el 87,5% de las usuarias encuestadas tuvo parto horizontal, mientras únicamente el 8.3% tuvo parto vertical, en posición de cuclillas.

Figura 14: C.S. Quichuas. Autonomía sobre tipo de parto.



En Pichos, el 71% señaló haber sido consultada por el tipo de parto, el 69.2% señaló que no les recomendaron algún tipo de parto específico, y el 64% tuvo parto vertical, ya sea parada o en cuclillas. Así, estos datos evidencia menor persuasión del personal sanitario hacia las usuarias para optar por algún tipo de parto durante la planificación de su embarazo.

Así mismo, la jefa del establecimiento señaló que desde su incorporación al establecimiento en el 2015³³, así como la implementación del MAIS-BFC, se adaptó la sala de parto para realizar partos verticales, y con ello, se logró incrementar la cobertura de partos institucionales. Así, refirió que los partos horizontales son escasos en el distrito, y son principalmente practicados por gestantes primerizas o que no residen en la zona (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Figura 15: C.S. Santiago de Pichos. Autonomía sobre tipo de parto.



Figura 16: Matriz de doble entrada - autonomía sobre tipo de parto



Como es posible identificar, si bien en ambos distritos la mayoría de usuarias fue consultada durante su atención prenatal para decidir en qué posición desarrollar su parto, en Quichuas la mayoría de las usuarias (60.9%) fue persuadida para tener parto horizontal, situación contraria a la del distrito de Pichos, donde solo el 30.8% fue persuadida para tener este tipo de parto, lo cual releva menor

³³ La obstetra había implementado el parto vertical en el establecimiento de salud anterior de Amazonas donde laboraba.

influencia por parte de este establecimiento en la decisión de las usuarias, y, por tanto, mayor autonomía sobre su elección.

3.4.2. Autonomía sobre tipos de cuidado durante el embarazo

En Pichos, la obstetra manifestó que la elaboración del plan de parto en torno a los cuidados durante el embarazo consiste principalmente en recomendaciones y consejería, pero se busca adaptarlas a los hábitos de las usuarias (comunicación personal, 11 de julio, 2018). Así, la jefa del establecimiento señaló que se adapta las prescripciones de suplementos médicos a las preferencias de las gestantes para propiciar o garantizar su consumo:

El ácido fólico, por el sabor, como es un sabor un poquito desagradable el hierro, ahí la mayoría de pacientes no lo aceptan con el desayuno [...], entonces nosotros hemos optado por que tomen en el almuerzo y si hay aceptación, ya cuando después que almuerzan lo toman con el refresco, [...] incluso les digo ‘si no te va, dime, para ya decirte si no te va bien ese método y ver qué otra cosa puedo hacer’ (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Por su parte, en Quichuas una obstetra señaló que se adapta la consejería a las condiciones del embarazo de la usuaria, “de acuerdo al riesgo que tengan, ya sea nutricional o de repente multiparidad, en cada control se refuerza” (comunicación personal, 7 de julio, 2018). Así, por ejemplo, señaló que se adaptan y realiza seguimiento a las recomendaciones sobre nutrición, lo cual considera de especial relevancia por los índices de anemia de la zona. Así mismo, la obstetra señaló que la comunicación también debe adaptarse según ciertas características de las usuarias:

Por ejemplo, las señoras de allá, un mes no se levantan y no usan calzón, y cuando tú les dices ‘¿cuánto de sangre has perdido en tu calzoncito?’, hay que preguntarle en el buzo, porque ellas no usan calzón, usan buzo, y ellos valoran por el buzo o por el pellejito (comunicación personal, 7 de julio, 2018).

Cabe señalar, además, que en ambos establecimientos de salud, la psicoprofilaxis consiste principalmente en charlas de consejería a las gestantes sobre identificación temprana de riesgos y alimentación saludable, información que también se brinda a lo largo de los controles prenatales de manera individual a las usuarias.

Por otro lado, en ambos establecimientos, las obstetras comentaron que se permite y brinda consejería sobre el consumo de plantas medicinales; no obstante, se realiza con algunas indicaciones u orientaciones del personal sanitario, como la etapa del embarazo apta para su consumo, tal como refirió una obstetra en Quichuas: “le decimos que puede tomar, pero nos tiene que avisar, decirle en qué momento” (comunicación personal, 7 de julio, 2018). De manera similar, una obstetra en Pichos señaló: “siempre tratamos de orientar que hay hierbas que la paciente no puede tomar; por ejemplo,

tratamos de orientar en eso, porque les puede producir una amenaza de pérdida [del embarazo]” (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Además, en Pichos, la jefa del establecimiento señaló que algunas recomendaciones del personal sanitario pueden contradecir algunas costumbres locales, tales como los cuidados por los ‘sobrepartos’:

Se les está inculcando la idea de que el parto no es una enfermedad, porque acá tienen la costumbre de que después de dar el parto, un mes están en cama. Eso, por ejemplo, a mí no me conviene como obstetra, porque, imagínate, un mes en cama que no se lave, que no se pare, entonces de por sí va haber una infección puerperal (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Por otro lado, en ambos establecimientos de salud se manifestó el incumplimiento de algunas recomendaciones brindadas por el personal sanitario. Así, por ejemplo, el jefe del C.S. Quichuas señaló:

Sinceramente, te harán caso un 40%, porque generalmente acá sufren de infecciones urinarias, entonces tú le tienes que explicar las causas [de] las infecciones urinarias, por higiene. A veces tienen relaciones sexuales con sus parejas durante el embarazo y sus parejas no tienen la higiene adecuada en su zona íntima, tú les estás dando un tratamiento, y la reinfecta (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Así también, una obstetra de este establecimiento señaló que las gestantes no cesan sus actividades laborales, pese a los riesgos durante el embarazo: “se les da las recomendaciones, pero como no tienen las condiciones, porque estamos de alguna forma en zona agrícola, ahí pastean, siembran, [...] siguen haciendo su vida normal. Cuando están avanzadas sus meses, ahí es pues como que recién dejan” (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Por su parte, en Pichos, la jefa del establecimiento también manifestó que las usuarias continúan sus actividades agrícolas hasta llegar a los últimos meses del embarazo, y que, además, no suelen seguir las recomendaciones para una adecuada alimentación, pues prefieren utilizar sus productos y ganado para la venta antes que su consumo (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Así mismo, tal como se había mencionado en acápites anteriores, existe mucha influencia religiosa en torno a las decisiones de acceso al servicio. De manera similar, el jefe del C.S. Quichuas señaló que esto también incide en la decisión de seguir los tratamientos recomendados: “a veces tú les das la pastilla y, por sus creencias religiosas, no toman nada, dicen que Dios les ha dado este hijo y no quieren tomar nada, se cierran” (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Tal como ha sido evidenciado, la elaboración de plan de parto en cuanto a los cuidados durante el embarazo consiste principalmente en consejería sobre la gestación desde el sistema biomédico. No obstante, esta podría ser adaptada según las condiciones y características de cada

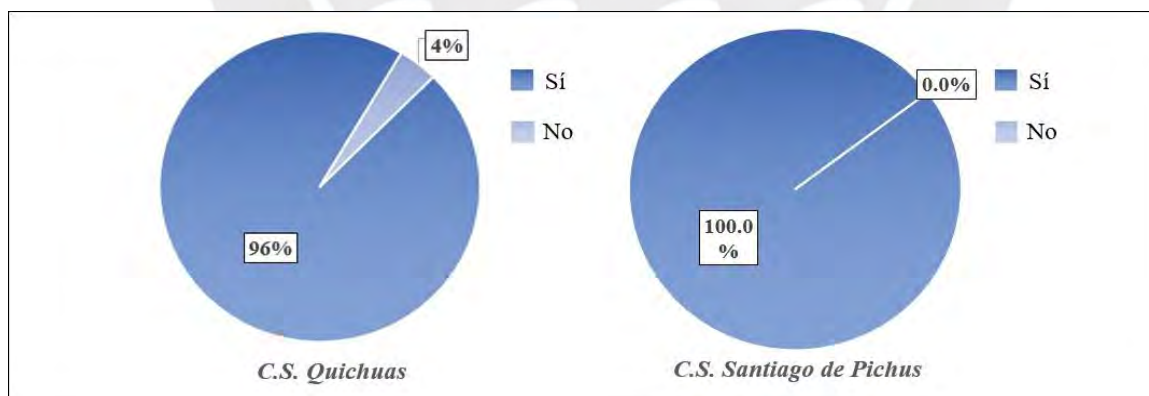
contexto local, así como dialogada con las usuarias para identificar, de manera conjunta, alternativas viables según sus características socioculturales y sus actividades económicas, para así diversificar y adaptar las opciones de cuidado sugeridas por cada establecimiento de salud, o incluso mitigar efectos adversos de ciertas condiciones que limitan el cumplimiento de las recomendaciones del establecimiento.

3.5. Acondicionamiento de infraestructura con pertinencia cultural

Esta variable se analiza a través de la percepción de agrado y comodidad de las usuarias con respecto a la ambientación de la infraestructura de los centros de salud con pertinencia cultural. En Quichuas, la totalidad de las usuarias señaló que le gustaba la ambientación del establecimiento, el 66.7% señaló que le agrada por los colores, el 54.2% por las imágenes y letreros, y el 37.5% por la ornamentación con materiales de la zona (como mantas, pellejos). Así también, algunas usuarias señalaron que la decoración es llamativa para los niños y una usuaria señaló que los colores ‘dan vida’ al establecimiento (Ver Anexo M).

No obstante, una usuaria señaló que los colores del local son muy oscuros, por lo cual requieren mayor creatividad para los colores y diseños; además, indicó que a veces el establecimiento se encuentra sucio. Así mismo, una usuaria señaló que le agrada el establecimiento, pero que preferiría una infraestructura más sobria y característica de un hospital. Por otro lado, el 96% de las usuarias señaló sentirse cómoda en las instalaciones del establecimiento. En comparación a la visita de inmersión inicial, no se observaron mejoras o cambios en la ambientación de este centro de salud.

Figura 17: Usuarias que aseguraron sentirse cómodas con la decoración del establecimiento



Por otro lado, en Pichos se debe considerar que el centro de salud ha cambiado de local en mayo del 2018, por lo cual las usuarias habían atendido sus controles prenatales en las instalaciones anteriores. Así, el equipo investigador optó por consultar su agrado por las instalaciones donde habían sido atendidas, así como su agrado por el nuevo establecimiento. El 92.3% de las usuarias encuestadas refirió que le agradaba la decoración del establecimiento donde fueron atendidas, el 50% señaló que les gustaba por los colores, el 42.3% debido a la exhibición de materiales de la zona

(mantas, pellejos), y el 23% señaló que le agradaba por las imágenes y letreros. Las usuarias que señalaron que el establecimiento no es de su agrado, mencionaron que se debía a que les parece desordenado o no se encontraba muy limpio. No obstante, la totalidad de usuarias de este establecimiento señaló sentirse cómoda con la infraestructura.

Cabe señalar, además, que muchas usuarias refirieron que también les agrada el nuevo local del centro de salud, y a algunas inclusive más que el local anterior, debido a que es más grande, ordenado y moderno (Ver Anexo M). Así mismo, el centro de salud se encuentra adaptando el nuevo establecimiento según los componentes del enfoque intercultural del MAIS-BFC; no obstante, según señaló la jefa del establecimiento, ello se encuentra aún en proceso de implementación, y hacen falta elementos como la exhibición de plantas medicinales o la instalación de un biohuerto medicinal (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

En ambos establecimientos, el personal sanitario señaló que financiaban la adquisición de materiales para la ambientación con recursos propios del personal o mediante el desarrollo de actividades profundas, debido a la ausencia de un presupuesto destinado a la implementación del modelo (comunicación personal, 9 y 17 de julio, 2018).

Cabe señalar, además, que ninguno de los establecimientos cuenta con casas de espera maternas activas como parte de su infraestructura, pese a que estas constituyen uno de los principales elementos del componente de reorientación de los servicios con pertinencia intercultural del MAIS-BFC, y deberían aliviar ciertos costos de traslado y hospedaje para facilitar el desarrollo del trabajo de parto de las usuarias, así como propiciar el acompañamiento de sus familiares.

3.6. Resultados de desempeño del componente

Cada subvariable obtiene un puntaje máximo de 6. Sobre la disponibilidad de personal capacitado en salud intercultural, se calculó según lista de cotejo, y Quichuas obtiene mejor resultado, debido a que la mayor parte de su personal está capacitado. En cuanto al dominio de la lengua local, se analizó mediante matriz de doble entrada, y ambos establecimientos obtienen el puntaje 2, puesto que todo el personal responsable de atención prenatal solo entiende ciertas palabras en quechua, pero no domina el idioma.

Por otro lado, la totalidad de usuarias de Pichos aseguró comprender la información recibida durante los controles prenatales, motivo por el cual obtiene el puntaje máximo, mientras que estos resultados fueron menores en Quichuas. En línea con lo anterior, en Pichos se obtuvieron mejores resultados en cuanto a la percepción de la facilidad para realizar consultas. Además, en cuanto a la percepción del trato recibido por el personal sanitario, se evidenciaron mejores resultados sobre la comodidad, así como la percepción de amabilidad y respeto por la intimidad en el C.S. Santiago de Pichus, donde la totalidad de usuarias señaló haber sido consultada y sentirse cómoda antes de recibir una examinación física.

En cuanto a la autonomía para la elección del tipo de parto, se analizó mediante matriz de doble entrada, y si bien la mayoría de usuarias de ambos establecimientos fue consultada por la posición deseada, Quichuas obtuvo menor resultado, puesto que se evidencia mayor incidencia del personal sanitario para que las usuarias opten por parto horizontal. Finalmente, la totalidad de usuarias de Pichos manifestó su percepción de comodidad con la ambientación del lugar, mientras estos resultados fueron ligeramente menores en Quichuas.

Tabla 10: Consolidación de puntajes del componente Aceptabilidad.

Componente	Subvariables	C.S. Quichuas	C.S. Santiago de Pichos
Aceptabilidad (Puntaje máximo: 54)	Disponibilidad de personal capacitado en salud intercultural	3,60	1,98
	Dominio de lengua local	2	2
	Comprensión de información recibida en atención prenatal	4,96	6,00
	Facilidad para realizar consultas en atención prenatal	4,88	5,69
	Percepción de comodidad con personal sanitario	4,75	5,52
	Percepción de respeto y amabilidad del personal sanitario	4,64	5,77
	Percepción de respeto e intimidad de las usuarias	5,20	6,00
	Autonomía sobre tipo de parto	4,00	6,00
	Percepción de comodidad con la ambientación del establecimiento	5,76	6,00
	Total	39,79	44,96
	Desempeño del componente (%)	73,69%	83,26%

4. Articulación con sistemas tradicionales de salud

El MAIS-BFC incorpora componentes orientados a la articulación y complementariedad con sistemas tradicionales de salud, específicamente con la medicina tradicional —con énfasis en la herbolaria o plantas medicinales—, la colaboración con agentes tradicionales de salud y la identificación de síndromes culturales. El presente apartado analiza el abordaje de dichos componentes en los establecimientos de salud estudiados.

4.1. Complementariedad con medicina tradicional

4.1.1. *Uso y conocimiento de la medicina tradicional*

A partir de los resultados de las encuestas, se identificó que el 80% y el 61.5% de usuarias de Quichuas y Pichos respectivamente consumió algún tipo de planta medicinal o recibió algún tratamiento tradicional durante su embarazo. En Pichos, dichas usuarias manifestaron haber consumido, principalmente, plantas medicinales, tales como la manzanilla, muña y anís, y con menor frecuencia, señalaron haberse realizado un manteo³⁴ durante su embarazo, para acomodar la posición del bebé. Por su parte, en Quichuas, las usuarias también señalaron haber consumido plantas medicinales, tales como el orégano, anís, manzanilla, ojo de uva, ojo de guinda, y algunas indicaron haber recibido masajes.

En cuanto al personal sanitario, se evidenció que en ambos establecimientos tienen conocimiento sobre el uso de medicina tradicional en las localidades. En Quichuas, el personal sanitario señaló que los cuidados más comunes son el consumo del hinojo, orégano y la aplicación de grasa de pollo, y manifestaron que el consumo de algunas plantas medicinales, como el capulí, ojo de uva o muña, es más común durante el trabajo de parto, con el fin de acelerar la dilatación de las gestantes (obstetra, comunicación personal, 7 de julio, 2018). No obstante, se evidencia que algunos miembros del personal sanitario recién conocen algunos tratamientos ancestrales a partir de la interacción con las usuarias, tal como una obstetra que tuvo conocimiento de la costumbre de las mujeres de llevarse la placenta después del parto:

Te decían ‘me voy a llevar mi placenta’, y nosotros sabíamos que teníamos que eliminar porque es un desecho contaminado, pero ellos ‘no, me la voy a llevar’, y ahí empezó también yo ‘y, ¿para qué?’, porque para mí era algo nuevo; ‘la voy a enterrar, porque cuando la entierre va, ahí va a venir la suerte de mi hijito’ (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Así también, la médica del centro de salud comentó:

[Las mujeres] se tienden a cubrir la cabeza, porque dicen que si les entra aire, la sangre no va a salir. Entonces, son varias cositas que ellas tienen como creencia. Cuando yo llegué para acá, para mí era como que ‘perdón, pero la teoría no dice que te tapes la cabeza porque te va a dar algo’, [...] pero ¿qué hacíamos?, teníamos que adecuarnos a su cultura de ellas, porque [...] la paciente está formada toda su vida con esas creencias (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

De este modo, es posible identificar que, pese a que muchos de estos tratamientos son muy comunes en el distrito y conocidos por el personal sanitario de mayor permanencia en el

³⁴ Práctica tradicional que consiste en el movimiento brusco del vientre de la madre realizado con una manta, con lo cual se busca reubicar al bebé en una posición adecuada.

establecimiento, no se suele informar sobre aquellos al personal entrante, sino que los conocen recién a partir de su prestación de servicios. Por ello, es necesario considerar la alta rotación del personal sanitario, así como la incorporación de personal SERUM que viene de otras zonas del país, puesto que el desconocimiento de las costumbres locales, aunado a la formación biomédica que cuestiona los conocimientos empíricos fuera de sus parámetros de científicidad, puede generar prejuicios y desencuentros culturales en los primeros contactos con las usuarias que, tal como señaló el jefe de este establecimiento, propician la expansión de comentarios que generan desconfianza hacia la atención sanitaria (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

En Pichos, el personal sanitario manifestó que los cuidados más comunes son el consumo de ciertas hierbas, como la ruda, orégano; la frotación de la barriga de las gestantes con objetos, grasa de gallina, animales; el manteo; así como la aplicación de orina en el cuerpo para el tratamiento de ciertos dolores (comunicación personal, 11 al 16 de julio, 2018). Es así que la jefa de este centro de salud incluso señaló que el reconocimiento de los tratamientos ancestrales de salud puede ser beneficioso para el establecimiento: “[el enfoque intercultural] a nosotros, también nos ayuda para averiguar qué cosas más podemos utilizar con respecto a sus hierbas, que ellas puedan tomar para la atención” (comunicación personal, 12 de julio, 2018). Así mismo, se evidenció que las gestantes utilizan algunos insumos que no necesariamente son tradicionales, tales como el mentol y té chino, para realizar frotaciones en la barriga y cintura (jefa de establecimiento, comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Por otro lado, la jefa del establecimiento comentó que, en algunas ocasiones, las usuarias le solicitan realizar ciertos tratamientos tradicionales, principalmente aquellos relacionados a frotaciones para facilitar el desarrollo el trabajo de parto, lo cual evidencia que, si bien muchos de estos tratamientos no son necesariamente compartidos en las creencias del personal sanitario, se propicia el respeto e incluso la participación en ellos cuando las usuarias lo solicitan:

Cuando hay circular del cordón, me traen un chanchito, un gatito, lana, ‘que sí, que hay que sobarlo ahí’, calabazas chiquititas también. Han buscado hasta al gato que cantaba en el techo, no sé cómo, me lo han traído para que se lo sobe en la barriga, para que supuestamente dé a luz (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

No obstante, en ambos establecimientos, también se evidenció preocupación del personal sanitario en torno a algunos tratamientos y el consumo de ciertas plantas que consideran insalubres o nocivos para la salud de la gestante o el bebé. Así, algunas obstetras del C.S. Quichuas señalaron que es común el consumo de algunas plantas medicinales contraindicadas, tales como la belladona o el hinojo, por las posibilidades de afectar al bebé (comunicación personal, 5 y 7 de julio, 2018). Por ello, una obstetra comentó que se procura limitar su consumo o supervisar el momento en que lo realizan: “‘Voy a tomar mi hierba’ y ‘no, espérate, cuando estás en 8 cm, tienes que tomar’, le

decimos que puede tomar, pero nos tiene que avisar, pa' decirle en qué momento, porque el bebido nace deprimido si toma antes" (comunicación personal, 7 de julio, 2018).

De manera similar, el médico de Pichos comentó la experiencia de una usuaria que había consumido una planta abortiva, y señaló: "hasta cierto punto, se respetan las costumbres de la población, si ya son costumbres que pueda poner en peligro la vida de la madre y del bebé, ahí si se tiene que enseñar otras maneras ¿no?" (comunicación personal, 16 de julio, 2018). Así, se identifica que el personal sanitario intenta establecer ciertas restricciones para, desde su percepción, propiciar un consumo seguro o inofensivo para la salud de las usuarias. No obstante, cabe señalar que la mayoría de los conocimientos en torno a las propiedades de ciertas plantas medicinales por parte del personal sanitario, son también empíricos e intuitivos.

Por ello, se evidencian algunas medidas de disuasión por parte del personal sanitario, para evitar o mitigar los efectos del consumo o aplicación de prácticas que consideran perjudiciales para la salud de la usuaria. Además de la supervisión del consumo de plantas medicinales, otra medida adoptada se evidencia en el testimonio de una obstetra del C.S. Quichuas, quien refirió que, en algunas ocasiones, se apela a las propias creencias de las usuarias para mitigar algunas prácticas que podrían considerar nocivas:

Tenemos que ver que [la placenta] salga completa en nuestro caso, ¿no?, pero ellos querían llevársela ni bien salía, entonces, era un trueque. 'Yo te la voy a dar, pero tú esperas que salga completa, porque sino te vas a llevar tu placenta incompleta, no va a tener tanta suerte tu bebé'. Entonces, ya intentamos entrar de alguna manera con ellas. Le digo '¿ya para qué te vas a llevar tu placenta? Si ya le diste tu suerte ya, mejor eso nosotros lo enterramos acá en nuestro, ahí tengo mi cementerio de placentas, les digo yo siempre, [...] ahí va a ser una placenta más para mi cementerio, y se ríen, 'ya, señorita, ya', dicen, entonces, ya lo dejan (comunicación personal, 5 de julio del 2018).

Así también, otra obstetra manifestó que las gestantes suelen llevar pellejos de animales para el parto, con el fin de que este absorba la sangre expulsada como parte del alumbramiento, y si bien se permite su uso, la obstetra señaló que esta práctica le parece insalubre porque puede contaminar a la gestante o el bebé, de modo que se opta por colocar un plástico encima del pellejo al momento del parto (comunicación personal, 5 de julio, 2018). Además, cabe señalar que el propio centro de salud cuenta con un pellejo que se utiliza para los partos, pero este suele guardarse para realizarle limpieza y evitar la propagación de pulgas o roedores (obstetra, comunicación personal, 7 de julio, 2018).

En líneas generales, las entrevistas al personal de salud manifiestan que las prácticas sanitarias de la población no son compartidas por aquellos, puesto que señalaron los cuidados tradicionales como creencias o "mitos" de la población. No obstante, sí se realizan esfuerzos para propiciar el respeto hacia dichas prácticas sanitarias, incluso si estas contradicen los conocimientos

biomédicos que han recibido durante su formación. Así mismo, se evidenció que existe también disposición para aceptar los requerimientos de tratamientos tradicionales en el establecimiento que son solicitados por las gestantes, tales como frotaciones con ciertos objetos o animales, la conservación de la placenta o el consumo de plantas medicinales. Sin embargo, se evidencia también que se intentan controlar o mitigar aquellas prácticas que el personal puede considerar nociva para la salud de las usuarias.

4.1.2. Exhibición de plantas medicinales

Uno de los elementos del componente de pertinencia cultural del MAIS-BFC es la exhibición de plantas medicinales deshidratadas en los establecimientos de salud, así como la implementación de biohuertos medicinales. La exhibición consiste en la conservación de muestras que se almacenan en algún espacio visible en los establecimientos de salud, con el objetivo de difundir las propiedades y beneficios de las plantas medicinales, mientras que los biohuertos de plantas medicinales consisten en el acondicionamiento de pequeños cultivos en los alrededores de los establecimientos, con el fin de contar con ciertas cantidades disponibles para prescribir y entregar a la población en caso de algún malestar particular que pueda ser tratado con ellas.

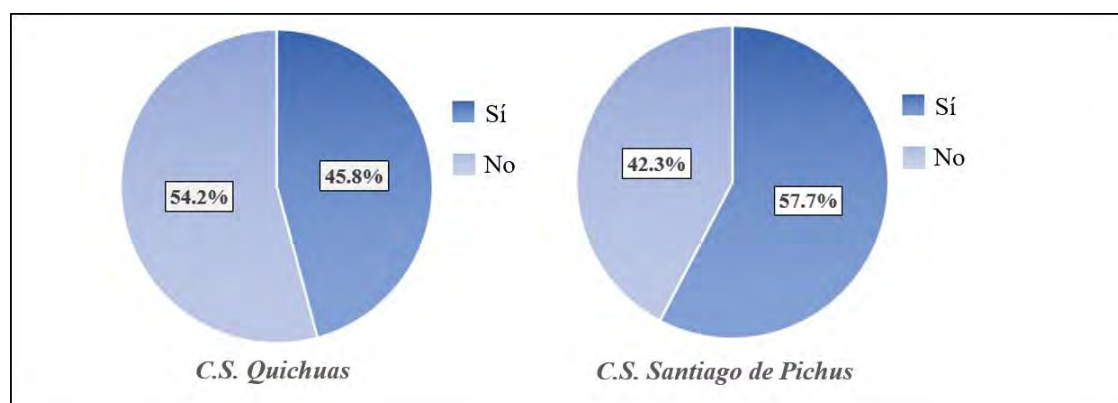
Se identificó que el C.S. Santiago de Pichus no cuenta con muestras de plantas medicinales ni biohuerto. La jefa del establecimiento señaló que estos son elementos que faltan implementar en el establecimiento, puesto que aún se encuentran adaptando la infraestructura con pertinencia cultural, debido al poco tiempo transcurrido desde la instalación en el nuevo local a la fecha de la visita (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Por su parte, en Quichuas, no se cuenta con un biohuerto, pero sí con exhibición de muestras deshidratadas de plantas medicinales. No obstante, cabe señalar que estas se organizan en una vitrina ubicada en la sala de parto del establecimiento, la cual se encuentra en la zona menos transcurrida del centro de salud, puesto que únicamente se utiliza para dichas atenciones y, por tanto, no es de libre acceso. Por ello, las muestras no son visibles para la población.

4.1.3. Prescripción de plantas medicinales

La prescripción de plantas medicinales consiste en la recomendación del personal sanitario hacia las usuarias de realizar ciertos tratamientos o consumo de plantas medicinales para el beneficio de su salud durante el embarazo. En Quichuas, el 45.8% de las usuarias encuestadas señaló que el personal de salud alguna vez le recomendó alguna planta o tratamiento durante su embarazo, principalmente el consumo de agua de manzanilla:

Figura 18: Usuarias que afirmaron recibir la prescripción de alguna planta medicinal, ungüento, masaje u otro tratamiento por parte del personal sanitario.



Así, el jefe del establecimiento también señaló que las obstetras recomiendan el consumo de ciertas hierbas inofensivas para la salud de las usuarias, como la manzanilla, pero se prohíbe el consumo de aquellas que consideran nocivas, tales como el orégano o capulí, por ser oxitócicos que podrían complicar el desarrollo del embarazo (comunicación personal, 10 de julio, 2018). Así mismo, comentó:

Lo que yo les he recomendado es tomar jugo de arándanos, en el caso de infecciones urinarias, ¿no?, porque eso te sedifica un poco la orina de las personas que están embarazadas, [...], otras hierbas así, lo que yo les recomiendo generalmente es que tomen más manzanilla, esas cosas, pero otras hierbas no (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Por su parte, una obstetra de este establecimiento manifestó que la prescripción de plantas medicinales incluso permite facilitar la aceptabilidad para consumir, de manera conjunta, medicamentos que suelen ser rechazados por las usuarias:

Vas a tomar [la pastilla] con tu agüita, por ejemplo, de muña, o vas a tomar con tu yantoncito, o con tu cascarita de piña, que es bueno para los riñones. Entonces, ella, al ver que tú le das más importancia al agüita, es como que ellas ‘ah ya, entonces, voy a [consumir la medicina], si tomo los dos juntos, más rápido me sano’ (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Si bien ello evidencia las posibilidades de complementar tratamientos sanitarios y un potencial para mejorar la adherencia o el consumo de ciertos insumos médicos, también revela la percepción, aunque no intencional, de la medicina tradicional como un elemento instrumental para el sistema biomédico, que no necesariamente se ve reconocida o valorada para el beneficio de la salud de las usuarias por sí misma.

Por otro lado, en Pichos, el 57.7% de las usuarias señaló haber recibido recomendaciones para realizar algún tratamiento tradicional. Las usuarias comentaron haber recibido recomendaciones como tomar manzanilla, muña, masticar habas y realizarse masajes si la posición del bebé estaba chueca. La jefa del establecimiento señaló que se recomienda y permite el consumo de algunas

plantas medicinales, chocolate o bebidas azucaradas, pues señaló que incluso llevan algunos de estos productos al establecimiento para su consumo. Así mismo, si bien señaló preocupación de supervisar los elementos que se consumen, manifestó la importancia de respetar los cuidados sanitarios y costumbres de las usuarias:

Ha habido colegas que han querido romper la tradición y, cuando tú rompes la tradición, no te van a hacer caso, porque ellos ya vienen con tantos años atrás, imagínate, tantos años atrás que ellos se han atendido solos y que tú vengas a imponer tus ideas, es difícil (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Por su parte, otra obstetra señaló que ella no recomienda directamente el consumo de plantas o algún tratamiento, pero sí recibe consultas de usuarias para consumir algunas plantas medicinales: “las veces que me comentan de infusiones me dicen, me han recomendado esto, ¿puedo tomarlo?”, ahí va más mi recomendación, si es algo no nocivo, puede tomarlo” (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

A continuación, se sistematizan los hallazgos de ambos establecimientos de salud en torno a la exhibición y prescripción de plantas medicinales:

Figura 19: Matriz de doble entrada – prescripción y exhibición de plantas medicinales.

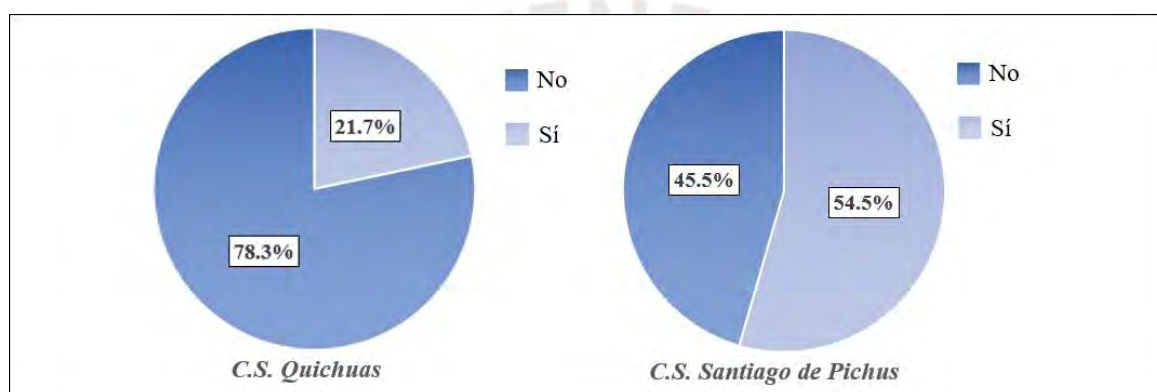


Como es posible identificar, el centro de salud de Quichuas cuenta con muestras de plantas medicinales en el establecimiento, pero menos del 50% de las usuarias señaló haber recibido alguna recomendación para consumir alguna o realizar algún tratamiento tradicional. Por su parte, en Pichos no se cuenta con exhibición de plantas medicinales, pero más del 50% de las usuarias manifestó haber recibido alguna recomendación para algún tratamiento tradicional. Cabe señalar, además, que ninguno de los establecimientos cuenta con biohuerto de plantas medicinales en sus instalaciones.

4.2. Articulación con agentes tradicionales de salud

A partir de las encuestas, se identificó que el 21.7% y el 54.5% de las usuarias encuestadas en Quichuas y Pichos respectivamente acudió a algún tipo de agente tradicional de salud durante su embarazo, específicamente con parteros. En Quichuas, asistieron principalmente para realizarse manteos para la corrección de la posición del bebé, y una usuaria asistió para curarse de susto³⁵. En Pichos, de manera similar, la mayoría asistió con un partero para realizarse manteos, y algunas asistieron para recibir frotaciones en el vientre. Así también, algunas usuarias de esta localidad señalaron que no asistieron con un partero, pero sí recibieron apoyo de familiares para realizar dichos procedimientos.

Figura 20: Apoyo de partera o curandero durante el embarazo.



A continuación, se analizan las relaciones existentes entre el personal sanitario de los centros de salud y los agentes tradicionales de cada localidad.

4.2.1. Relación con agentes tradicionales de salud

En ambos centros de salud, el personal considera que la relación es favorable con determinados agentes tradicionales de salud. En Pichos, la jefa del establecimiento manifestó que existe una relación muy buena con el partero de la localidad, debido a que esta se propició desde su primer contacto, cuando ella empezó sus labores en el establecimiento:

Cuando yo vine a [Pichos] y hubo justo un parto, que fue mi primer parto que se atendió en el establecimiento, él, como cualquiera, [pensó] ‘me va a prohibir o algo’. ‘No, acompáñeme, por favor, ayúdame’, le dije [al partero] [...] ‘si quieres que me ayudes, no te voy hacer problema’, y lo hice entrar [a la sala de parto], y fue justo una paciente primeriza, lo hice entrar a él y estuvo en el momento del parto, y desde ahí hasta la fecha no he tenido problemas con él (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

³⁵ Síndrome cultural que suscita cuando el alma abandona el cuerpo por una fuerte impresión, y se manifiesta en síntomas como la pérdida de peso, inapetencia, fiebre, náuseas, entre otros (Salaverry, 2010).

Así, la jefa del establecimiento señaló que el partero apoya de diversas maneras al personal sanitario, que incluyen el aviso de las pacientes que se encuentran iniciando sus contracciones, apoyo en su traslado al establecimiento de salud, e incluso acompañamiento a las usuarias durante los partos institucionales, principalmente con el rol de sostenerlas y apoyarlas a pujar (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Además, la jefa del establecimiento señaló que el partero apoya también como intermediario con las usuarias, pues respalda en el convencimiento de realizar ciertos tratamientos médicos o acudir al establecimiento. Así mismo, señaló que el partero se comunica con ella en situaciones que él no puede atender; así, por ejemplo, comentó la experiencia con una gestante que no había asistido a los controles prenatales y tuvo una complicación en el parto:

Yo llego y el partero me dijo ‘está en oblicuo, no va a salir, obstetra, y ya va a dar a luz, ya está completo’, y exactamente, le hago y estaba en oblicuo, le hago el tacto y está en expulsivo; ‘ya le he dicho a ella que no va a nacer ese bebido, la van a tener que hacer cesárea’ [...], gracias a Dios, como te digo, donde han habido casos, si no han podido, ellos mismos les han dicho a las pacientes que no, que no se puede hacer (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

De manera similar, el técnico comentó que este partero refiere aquellos casos que no cuenta con capacidad de atender: “le explica [a los pacientes], ‘no, eso no es así, esto es para medicamento, esto es para los doctores, yo no puedo’” (comunicación personal, 13 de julio, 2018). De ese modo, otra obstetra del establecimiento señaló que el partero apoya en la reducción de partos domiciliarios (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Así, la relación es tan óptima, que este partero es un agente comunitario de salud del establecimiento, y participa activamente en tratamientos como el manto o el saumerio. Por ello, el técnico del establecimiento señaló beneficios de lo que considera un intercambio mutuo: “no podemos dejarlo de lado a los parteros, porque también te ayuda bastante con sus creencias, te ayuda, y también respetarle, como también recibe nuestras cosas que nosotros sabemos (comunicación personal, 13 de julio, 2018). Así, la obstetra del establecimiento señaló que existe una relación de confianza recíproca, puesto que, en algunas ocasiones, el partero también acude al establecimiento para realizar consultas:

Yo he conversado con el partero acerca de las situaciones, le he explicado los casos de gestantes que hay, incluso coordinamos charlas para la población junto con el partero. [...] Las charlas aún están en programación, pero él sí, personalmente, por ejemplo, cada vez tiene alguna duda, en nacimiento, en embarazos, en concepción, siempre viene y me consulta [...]. Por ejemplo, la última vez que vino acá al consultorio, me consultó acerca de cómo se producen los embarazos gemelares (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

Así, la jefa del establecimiento señaló inclusive que el partero, quien es a su vez presidente de su comunidad, la invitó a participar en una representación del parto vertical que se realizó en una fiesta local para mostrar cómo se realizan las atenciones en el centro (comunicación personal, 12 de julio, 2018). Ello evidencia un importante vínculo de confianza y consideración hacia el personal sanitario. No obstante, el técnico del establecimiento manifestó que, si bien con dicho agente tradicional se tiene muy buena relación, existe otro partero con el que esta no es tan óptima, debido al rechazo de aquel para propiciar vínculos de colaboración: “hay también hay otro viejito, él sí no. ‘Ya no, retírense, yo voy a hacer’, dice” (comunicación personal, 13 de julio, 2018).

Por otro lado, en Quichuas, una obstetra señaló que la atención con parteras en la localidad ya no es tan común, puesto que únicamente había tres parteras en la comunidad de edades mayores, y dos han fallecido en los últimos años (comunicación personal, 5 de julio, 2018). No obstante, comentó que ha percibido mayor confianza de las usuarias hacia las parteras que hacia el centro de salud, por ser personas de permanencia estable en la zona, por lo cual se optó por brindar capacitaciones a las parteras, con el fin de mejorar ciertas pautas para sus tratamientos y afianzar relaciones con la comunidad (comunicación personal, 5 de julio, 2018). Sin embargo, se evidenció que la relación con la partera ya no es tan fluida, pero sí se tiene mayor coordinación con otros agentes tradicionales de salud:

Viene un terapeuta tradicional para inscribir sus masajes [...]. Él es el que soba, lo acomoda, le toma su pulso, todo y él nos apoya a veces cuando no quiere dar a luz, se sensibiliza. El terapeuta está acá cerca, le ofrecemos también a él, si desea (obstetra, comunicación personal, 7 de julio, 2018).

Así mismo, la obstetra señaló que la participación de los agentes tradicionales de salud en los partos puede generar más confianza en las usuarias: “cuando viene ansiosa la paciente y no da a luz, [el terapeuta] los tranquiliza y se sienten en mayor confianza y los relaja, y ese parto se hace más [fácil]” (comunicación personal, 7 de julio, 2018). De ese modo, el jefe del establecimiento señaló que existe una mejor relación con los curanderos, que realizan tratamientos como sobados, o tratan enfermedades como el susto, chacho, etc. No obstante, manifestó que tienen problemas con los hueseros y un terapeuta que realiza tratamientos dentales, puesto que han generado algunas complicaciones en la salud de la población (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

De igual modo, se evidenció que la relación no siempre es óptima con los agentes tradicionales de salud, debido a que han tenido situaciones de conflictividad, como se evidencia el testimonio de una obstetra:

Es que en vez de beneficios, [hemos] visto que [algunos agentes tradicionales] nos han perjudicado. Por ejemplo, hay uno que decía que no era que se había roto la fuente, que esperara, que iba a nacer mal el bebé, pero, cuando hemos ido, hemos visto era líquido acá, nos ha contradecido con el paciente y, al final, le hemos tenido que llevar a la fuerza, y el bebito ha nacido mal, deprimido

ha nacido. Otro que, a veces, con ese manto pueden hacer rotura del cuello de la mamá, y empieza una hemorragia. En vez de ayudarnos, más la ha perjudicado (comunicación personal, 7 de julio, 2018).

Así, es posible identificar incluso que las diferencias entre el personal sanitario y agentes tradicionales de salud que no son adecuadamente abordadas, pueden generar también dificultades con las usuarias. Por su parte, la médica del establecimiento también comentó un desencuentro con un agente tradicional de salud:

Tuve una emergencia con un niño que se había luxado la pierna. Entonces, lo primero que hizo la mamá al traerlo acá, [fue] llamar al huesero, en mi cara. Traté de no molestarle, pero le expliqué que no se había roto el hueso aparentemente, pero que estaba para referirlo para pedir un diagnóstico. [...] [El huesero] pasó, todo y dijo ‘esto necesita sobar’. Ya cuando iba a comenzar, le dije [a la madre del niño], ‘mira, tú has entrado al centro de salud, yo he dejado que pase el huesero, no me he molestado; sin embargo, tú has venido acá para confiar en mí, ¿no?; yo le estoy dando algo para el dolor y ahora te estoy explicando que al parecer no está roto, pero necesita igual un diagnóstico. De verdad, te pido que no le soben, porque pueden mover algo que ni siquiera ellos ven, ellos no tienen rayos X en los ojos’ (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

La médica comentó que esta situación generó que la madre del niño pida al huesero que ya no realice el tratamiento y, por ello, la evidente molestia de aquel. De ese modo, se evidencia que surgen situaciones que el personal podría desconocer cómo abordar, y se opta por acciones que, si bien consideran inofensivas o en beneficio de la salud de la población usuaria, generan importantes desencuentros que fragmentan la relación con los agentes tradicionales de salud.

Finalmente, el jefe del establecimiento señaló que se encuentran en una etapa de reconocimiento o identificación de los agentes tradicionales de la zona, pues hasta el momento no se han podido identificar parteras (comunicación personal, 10 de julio, 2018). No obstante, el técnico del establecimiento señaló que sí se ha realizado una identificación de agentes tradicionales en cada comunidad, pero no existe un trabajo articulado como propone el MAIS- BFC (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

4.2.2. Sistema de referencia y contrareferencia con agentes tradicionales de salud

El presente apartado analiza las recomendaciones o sugerencias de referencia y contrareferencia entre estos actores para la atención de las usuarias. Para ello, se analizan los resultados de las encuestas, así como las percepciones del personal sanitario.

En Pichos, la jefa del establecimiento señaló que, en algunas ocasiones, sí recomienda a las usuarias asistirse con un partero, pero, al igual que con el consumo de plantas medicinales, se brindan pautas para evitar que los tratamientos sean perjudiciales para la salud de las usuarias:

Lo de sobar, sí, algunas veces les he dicho ‘háganlo, pero eso sí, no me lo hagan ya con nueve meses, porque va a ser imposible, y van a romper la fuente’. Inclusive a veces piensan de que, como uno tiene sus controles, cuatro, cinco meses y está en podálico, se asustan, [...] entonces tienes que explicarles que no es momento, porque [si] tú les autorizas algo y no le explicas, es capaz de irse y va a volver de nuevo a voltearse, pues, ¿no?, va a buscar de nuevo la posición de ese bebe y no va a quedar definido hasta que esté en ocho meses (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Sin embargo, el técnico de este establecimiento señaló que, desde su percepción, no es ideal brindar referencias a las usuarias para asistirse con los agentes tradicionales, debido a que ello puede reducir la cobertura de los servicios de salud, y, por tanto, generar amonestaciones por parte de la DIRESA (comunicación personal, 13 de julio, 2018).

Por otro lado, en Quichuas, el jefe del establecimiento señaló que se evita brindar referencias hacia los agentes tradicionales de salud, pues, tal como se manifestó en el apartado anterior, se han tenido experiencias perjudiciales para la salud de la población con algunos agentes como el huesero y el agente que saca dientes empíricamente (comunicación personal, 10 de julio, 2018). Así también, otra obstetra señaló que también se han tenido experiencias negativas en la atención de salud materna, por lo cual se intentan brindar pautas para evitar riesgos:

Cuando alguien quiere ir a mantearse, nos avisa, [...] pero, nosotros ya le hemos dicho cómo, también, tiene que ser el manteo. Que no sea brusco, que no le mueva duro, porque, un día me llegó una paciente con la barriga moreteada y era que la habían manteado tan fuerte (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

No obstante, una obstetra de este centro de salud refirió que sí se refiere la atención a algunos agentes tradicionales de salud para algunos tratamientos específicos, tales como ver el pulso del bebé y sobar la barriga de la madre (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Por otro lado, en ambos establecimientos se manifestó que en situaciones en que los pacientes refieren padecer algún síndrome cultural, se recomienda asistir primero con un agente tradicional, y después de ello volver al establecimiento. Así, por ejemplo, la jefa del C.S. Santiago de Pichus señaló:

Por ejemplo, me traen a sus hijos, ‘señorita, mi hijito está mal, ¿no tendrá un chacho?’, [...] ‘bueno, si tienes dudas, primero ándate con él [agente tradicional de salud] para que vea, y luego, si ve que no puede hacer nada, tráelo al establecimiento, pues’, porque ellas tienen la costumbre que dicen que cuando no los limpian³⁶ y los traen y acá se les da medicinas, las medicinas le chocan y peor se empeoran los niños. [...] ‘ya, llévalo y de ahí lo traes, no me hago problemas’; ‘¿sí, señorita?’;

³⁶ Las “limpias” son un tipo de ritual religioso practicado por curanderos para librar los cuerpos de mala suerte o hechizos malignos que generan malestares en la salud.

‘sí, no te preocupes, vas y si vas en la mañana, lo traes en la tarde, dependiendo de lo que te digan’ (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

De manera similar, el jefe del centro de salud de Quichuas comentó:

Por ejemplo, vienen con parálisis faciales así, cosas que pueden ser por temas de la presión, todo, pero ellos dicen que es el chacho, entonces yo tampoco no les digo de una manera despectiva; por ejemplo, le digo ‘señora, mamita, entonces anda pue a ver donde el señor que te cura y mañana vienes para ver cómo vas’, y [...] de acuerdo a eso la evalúo. Y si se siente mejor le digo ‘ah ya, puede haber sido esto, pero toma esta pastilla, haz esto pa’ que te cures’ [...], o sea, no le prohíbo que vaya al curandero, hasta le recomiendo que vaya, para que también ella se sienta segura (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

Así, se evidencia que el personal sanitario opta por recomendar la atención previa con agentes tradicionales de salud, para generar mayor confianza en la atención sanitaria y los tratamientos que se brindan en el establecimiento de manera posterior. A continuación, se evidencian los resultados de referencias en las usuarias que se asistieron con algún agente tradicional de salud según las encuestas:

Tabla 11: Usuarias atendidas por agentes tradicionales de salud que recibieron referencias y contrareferencias entre personal sanitario y ATS.

EE.SS.	Partero refirió al C.S	C.S. refirió al partero
Quichuas	20%	0%
Santiago de Pichus	60%	50%

Es posible identificar que las referencias son mayores en el distrito de Pichos. Además, se evidencia que en ambos establecimientos hay mayor referencia por parte de los agentes tradicionales hacia el centro de salud, que de este hacia los agentes tradicionales. En línea con lo anterior, el coordinador de proyectos de Medicus Mundi señaló: “el rol tradicional que tenía la partera va también modificándose, ya no es únicamente la atención, ahora es referencia, acompañamiento, ya cambia” (comunicación personal, 17 de julio, 2018). De ese modo, se evidencia que los agentes tradicionales ejercen ciertos roles facilitadores entre el personal sanitario y las usuarias, ya sea en el acompañamiento o convencimiento para acceder a ciertos servicios, y en algunos casos, se perciben también beneficios hacia los agentes tradicionales de salud.

4.3. Reconocimiento de síndromes culturales

En ambos establecimientos de salud, el personal conoce las denominaciones y síntomas de los principales síndromes culturales de cada zona, tales como el chacho³⁷, susto y, en el caso de las gestantes, el sobreparto. Así, el presente apartado analiza el reconocimiento de estas patologías, el tratamiento brindado, así como las modalidades de registro por parte del personal sanitario.

4.3.1. Identificación de síndromes culturales

En Pichos, se manifestó que no se reciben muchas consultas en torno a síndromes culturales por parte de las gestantes, pero sí en el área de medicina o en población infantil (comunicación personal, 11 y 12 de julio, 2018). Sin embargo, la jefa del establecimiento comentó que sí se identifican algunas prácticas en las gestantes vinculadas al síndrome cultural del sobreparto, pues suelen mantenerse en cama durante el periodo de puerperio, como precaución para evitar el sangrado, que es un síntoma de este síndrome cultural: “ellas piensan de que el parto es una enfermedad y que, por lo tanto, tienen que reposar [...] que les puede venir bastante sangrado, y eso les va a hacer de que no traten de movilizar mucho” (comunicación personal, 12 de julio, 2018).

Esto también fue referido por una usuaria encuestada, pues señaló que, si bien le había gustado la atención en el establecimiento, no le agradó que le recomendaran caminar en las primeras semanas posteriores a su embarazo, debido a que no son las costumbres de la zona.

Por su parte, el técnico de este establecimiento comentó que se brindan tratamientos a los síntomas físicos de los síndromes culturales, pues señaló que estos se relacionan a algunas patologías identificadas en el sistema de salud biomédico, como, por ejemplo, el chacho a la cefalea (comunicación personal, 11 de julio, 2018). De manera similar, una obstetra de este establecimiento señaló: “clínicamente es una patología que ellos están pasando, de repente, no sé, puede ser que ella diga susto, pero se le ha subido la presión, entonces, nosotros lo que evaluamos es eso” (comunicación personal, 11 de julio, 2018).

En Quichuas, el jefe del establecimiento también manifestó que el personal sanitario identifica los síntomas físicos, pero se promueve el respeto por las costumbres y creencias de las usuarias: “tampoco es burlarte de su apreciación. Por ejemplo, [...] vienen con parálisis faciales así, cosas que pueden ser por temas de la presión, todo, pero ellos dicen que es el chacho, Entonces, yo tampoco no les digo de una manera despectiva” (comunicación personal, 10 de julio, 2018).

De ese modo, se propone conciliar con las creencias de las usuarias y su asistencia con agentes tradicionales de salud. Por su parte, una obstetra de este establecimiento señaló que también

³⁷ El chacho es considerado como una enfermedad de origen mágico. Se dice que cuando una persona, principalmente niño o mujer pasan, se cae o descansa sobre el cerro, las emanaciones de este cerro lo alcanzan y producen una enfermedad de sintomatología es muy variada.

se intenta modificar algunas conductas de la población asociadas a ciertos síndromes culturales que podrían afectar su salud:

Ellas, por ejemplo, no estaban tampoco acostumbradas a tocar agua posparto, decían que si tocaban el agua, les iba a dar ‘sobrepardo’ [...]. Ahora decimos, más bien, ‘¿cómo te va a dar sobrepardo?, más bien, todo ahí se va a quedar acumulado’, y le empezamos a concientizar, y ya, ahora aceptan (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Por otra parte, en este establecimiento, la médica comentó que tuvo una experiencia con una gestante que presentó dificultades en su parto atribuidas al susto por su acompañante:

La gestante no avanzaba, se quedó en 4 [de dilatación], y le decía que esté tranquila y todo, le conversaba, pero su esposo me dijo ‘es que le ha dado susto, porque usted le está hablando mucho’, ‘tiene que cortarle el cabello para que se le quite el susto y ya salga el bebito’ (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Así, señaló que, en dicha oportunidad, el personal sanitario optó por aceptar el pedido de la familia usuaria, con el fin de garantizar su comodidad y facilitar el desarrollo del parto. Así también, una obstetra de este establecimiento señaló que la comprensión y aceptación de las creencias de las usuarias es una medida para evitar situaciones de conflictividad: “ya que sea verdad o mentira, de repente hay que creerle al paciente ¿no?, porque si lidias con eso, pues te dicen que no sabes nada” (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Se evidencia que la forma más común de responder a los síndromes culturales es identificar los síntomas físicos en las pacientes para brindar los tratamientos que consideran pertinentes desde la biomedicina. Además, tal como fue manifestado en el apartado anterior, algunos prestadores de salud recomiendan a la población asistirse previamente con un agente tradicional de salud que atienda los síndromes culturales, para, de ese modo, facilitar su confianza y convicción en tratamientos biomédicos que “complementen” los tratamientos tradicionales. No obstante, los testimonios compartidos permiten identificar que el personal sanitario no necesariamente considera estos tratamientos complementarios entre sí, sino una especie de concesión para generar mayor confianza en los servicios sanitarios.

4.3.2. Registro de síndromes culturales

En Quichuas, el jefe del establecimiento manifestó que los síndromes culturales no se registran en la documentación del centro de salud, debido a que, por disposición del Ministerio de Salud y directivas internacionales, las enfermedades se registran con códigos uniformes en las historias clínicas, de manera que el registro de síndromes culturales —que no se encuentran estipulados en dichos códigos— se encuentra restringido. Así, señaló incluso que su registro podría ser observado por las auditorías médicas que se realizan al establecimiento. No obstante, indicó que

el MAIS-BFC propone la alternativa de anexar una hoja adicional a las historias clínicas para registrar otras observaciones que no se estipulan en los formatos preexistentes: sin embargo, esto aún no ha sido implementado en el centro de salud (comunicación personal, 10 de julio, 2018). De ese modo, el técnico de este establecimiento señaló que la ausencia de este registro es una debilidad en la gestión de los servicios (comunicación personal, 9 de julio, 2018).

Por su parte, una médica de este establecimiento manifestó que le parecía más relevante el levantamiento de los síntomas fisiológicos de las usuarias afectadas, antes que la identificación o el registro de la patología popular:

Me dicen ‘he estado con tos y ahora está caliente, me ha dado susto’, me explican el por qué, pero yo no quiero saber el porqué, yo quiero saber qué sienten nada más. Entonces, no es que lo ignore, pero le explico qué es, y le doy tratamiento, pero obviamente acá no escribo que le dio susto, no creo que se deba redactar (comunicación personal, 5 de julio, 2018).

Por otro lado, en Pichos, la jefa del establecimiento refirió que la mención de síndromes culturales era poco común en las gestantes, por lo cual no se registran con algún nombre específico en las historias clínicas; no obstante, de manera similar que en Quichuas, sí se consideran algunos síntomas físicos que puedan devenir de ellos, tales como el sangrado del sobreparto (comunicación personal, 12 de julio, 2018). De manera similar, el técnico del establecimiento señaló que los síndromes no se registran en las historias clínicas, pero sí los tratamientos que se brindan según la sintomatología que presentan las pacientes. No obstante, señaló que su registro sí podría ser un cambio relevante en el establecimiento (comunicación personal, 13 de julio, 2018).

En suma, en ninguno de los establecimientos se registran los síndromes culturales, sino el diagnóstico biomédico de las patologías o sus manifestaciones fisiológicas. No obstante, su registro podría ser un cambio relevante para adaptar la información según los contextos locales, pues tal como se evidenció en el marco teórico de la investigación, la salud es un concepto construido desde cada contexto sociocultural, por lo cual el registro de información desde la comprensión de la propia población resulta una potencial herramienta para identificar, comprender y realizar seguimiento al perfil epidemiológico de cada localidad. Con ello, además, los establecimientos podrían mejorar sus diagnósticos y reconocer fácilmente aquellos síntomas que ellos pueden abordar desde su oferta de servicios de salud de manera más sistemática.

4.4. Resultado de desempeño del componente

Cada subvariable tiene un puntaje máximo de 8. La prescripción y exhibición de plantas medicinales fue analizada mediante matriz de doble entrada, y ambos centros obtienen puntaje intermedio, puesto que en Quichuas las plantas se exhiben, pero no se prescriben, mientras que en Pichos estas no se exhiben, pero sí se prescriben.

Sobre el sistema de referencia y contrareferencia, en Pichos se manifiesta coordinación fluida entre el personal de salud y los agentes tradicionales de salud, por lo cual obtiene el puntaje máximo, mientras que en Quichuas, la coordinación es menor debido a las fricciones existentes entre ambos actores. Finalmente, sobre la identificación y registro de síndromes culturales, ambos establecimientos reciben puntuación cero, debido a que no se identifican ni registran síndromes culturales en las historias clínicas.

Tabla 12: Consolidado de puntajes del componente Articulación con Sistemas Tradicionales de Salud.

Componente	Subvariables	C.S. Quichuas	C.S. Santiago de Pichus
Articulación con Sistemas Tradicionales de Salud (Puntaje máximo: 24)	Exhibición y prescripción de plantas medicinales	4,00	4,00
	Sistema de referencia y contrareferencia con agentes tradicionales de salud	4,00	8,00
	Registro de síndromes culturales	0,00	0,00
	<i>Total</i>	<i>8,00</i>	<i>12,00</i>
	<i>Desempeño del componente (%)</i>	<i>33,33%</i>	<i>50%</i>



CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La investigación tuvo por objetivo desarrollar un análisis comparativo en torno a la implementación del enfoque intercultural del MAIS-BFC en los servicios de atención prenatal de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus. Para ello, el análisis se sustentó en tres componentes asociados a la prevención de la mortalidad materna (accesibilidad, calidad técnica y aceptabilidad) y un componente sobre la articulación entre sistemas de salud, como parte del desempeño del enfoque intercultural en cada establecimiento de salud. El presente capítulo describe las conclusiones, resultados de desempeño obtenidos por cada establecimiento y las recomendaciones del estudio.

1. Conclusiones

1.1. Accesibilidad

Se identificaron diversos factores que inciden en las posibilidades de las usuarias para asistir a los servicios sanitarios, algunos de ellos vinculados a barreras en la oferta de los servicios de salud, y algunos vinculados a su propio contexto y entorno sociocultural, que influencia su decisión de asistir a los servicios sanitarios:

1. En ambos establecimientos se manifiestan problemas para la captación temprana de las gestantes, principalmente por características de su entorno sociocultural, tales como la vergüenza en adultas de tener varios hijos y generar comentarios entre la población, o la vergüenza y temor en gestantes adolescentes hacia sus familiares. Además, se evidenció que algunas mujeres no acuden a los establecimientos de manera inmediata al identificar el primer retraso menstrual, sino que prefieren confirmar su embarazo con varios meses de cese de dicho periodo.
2. Las intervenciones sociales del Estado, tales como el Seguro Integral de Salud o Juntos, tienen cierta influencia en la decisión de las usuarias de acceder a los servicios de salud; sin embargo, en dicha decisión, prevalece prioritariamente la relevancia que las gestantes le brindan a la atención sanitaria para el beneficio y cuidado de la salud del bebé, lo cual contrasta la existencia de prejuicios de que las usuarias solo asisten a los servicios de salud frente a la aparición de morbilidades.
3. Se evidenció la importante influencia de los familiares en las decisiones de las gestantes, de manera que el personal sanitario no solo afronta el reto de incidir en la aceptabilidad y satisfacción de las usuarias que atienden, sino también de las personas vinculadas a su entorno más cercano. Así mismo, se identificó la relevancia de la influencia religiosa,

principalmente evangélica, en la aceptabilidad de las usuarias hacia ciertos procedimientos y tratamientos sanitarios.

4. Para la accesibilidad geográfica, se manifestaron mayores dificultades con la población residente en las comunidades aledañas al casco urbano de los distritos, principalmente por la distancia, ausencia de medios de transporte, y en Quichuas, además, por la ausencia de personal médico en puestos de salud y la ausencia de ecógrafo en el centro, que conlleva la necesidad de que las gestantes asistan al Hospital de Pampas para dichas pruebas.
5. En cuanto a la accesibilidad económica, en ambos establecimientos de salud se identificó que la atención es mayoritariamente gratuita para todas las usuarias afiliadas al SIS, pues solo algunas usuarias en Quichuas debieron incurrir en ciertos gastos por insumos médicos. Además, se manifestó reticencia de las usuarias para ser referidas a otros establecimientos de salud, entre otros motivos, debido a los altos costos de traslado.
6. Para la accesibilidad temporal, se identificó que la mayoría de usuarias no coordina las fechas y horarios de sus controles prenatales, pues estas son establecidas por el personal sanitario; y se identificaron algunas dificultades para la asistencia a los controles por actividades económicas de la población, como las actividades agrícolas. Por otra parte, en cuanto a los tiempos de espera para recibir atención, el personal sanitario de ambos establecimientos destaca la importancia de la organización de carpetas familiares para la reducción de estos periodos; sin embargo, en Quichuas las usuarias expusieron molestias al señalar que dichos tiempos eran prolongados. Además, el personal de salud de dicho centro señaló como un efecto no previsto de la atención integral del MAIS-BFC la dilatación de las atenciones que generan, a su vez, mayores tiempos de espera.
7. En la colaboración con agentes comunitarios de salud, se identificó que estos no se encuentran activos en el centro de salud de Quichuas, pese a la dispersión poblacional del distrito y la presencia de cuatro puestos de salud bajo su jurisdicción. Además, en ambos distritos, los municipios no brindan incentivos por sus actividades con el establecimiento.

1.2. Calidad Técnica

1. En ambos establecimientos de salud, la duración aproximada de los controles prenatales se encuentra dentro del rango recomendado por la norma técnica de atención de salud materna; sin embargo, en Pichos se identificó mayor conformidad de las usuarias con la duración de sus controles, puesto que en Quichuas varias usuarias refirieron recibir atención apresurada.

2. Ambos establecimientos cuentan con servicios básicos como luz, agua y desagüe y línea telefónica. No obstante, ninguno dispone de conexión de internet, lo cual genera dificultades para el registro de información, puesto que imposibilita el uso del sistema de información del MAIS-BFC. Además, ello conlleva que el personal sanitario deba viajar a Pampas para entregar los registros de información a la Red de Salud.
3. Con relación a los recursos humanos, en ambos centros de salud se identificó que todo el personal que brinda atención prenatal es calificado según disposiciones del MINSA. Sin embargo, se evidenció el rechazo de la población hacia la atención por parte del personal SERUM, por considerarlos personal sanitario sin experiencia.
4. En ambos establecimientos se manifestó el desabastecimiento periódico de insumos para la atención prenatal. Además, se identificó la ausencia de farmacias externas a las de los establecimientos en los distritos estudiados, lo cual conlleva que, en casos requeridos, las usuarias deban incurrir en mayores gastos para adquirir medicamentos en otras ciudades, como Huancayo.

1.3. Aceptabilidad

1. La capacitación en torno al MAIS-BFC es organizada por la Red de Salud de Tayacaja en conjunto con Medicus Mundi- Delegación Perú y Salud Sin Límites, y se realiza con el objetivo de formar “facilitadores”, que, a su vez, asumen labores para implementar el modelo en los puestos de salud de su ámbito, y realizan réplicas de las capacitaciones al personal sanitario de sus respectivos establecimientos. No obstante, el personal de salud refirió que estas réplicas suelen ser insuficientes por la poca duración y profundidad de las sesiones.
2. Respecto a la definición del enfoque intercultural, se identificó la ausencia de claridad conceptual; sin embargo, predomina una noción orientada hacia la adaptación de los servicios a las costumbres de las usuarias, y no necesariamente un trabajo articulado con otros sectores para la mejora estructural de la calidad de vida de la población. Además, el enfoque es considerado importante por el personal para incidir en la confianza y comodidad de las usuarias, así como el respeto hacia aquellas costumbres y prácticas sanitarias que no consideran nocivas para su salud.
3. El dominio del quechua es escaso por parte del personal sanitario que brinda atención prenatal, por lo cual, ante barreras de comunicación, recurren al personal técnico quechuahablante o a los familiares bilingües de las usuarias como intermediarios para la interacción. Sin embargo, las diferencias lingüísticas no fueron expresadas como una dificultad mayor, e incluso se identificaron mejores resultados en la percepción de comprensión de la información y facilidad para realizar consultas durante los controles

prenatales en las usuarias de Pichos, pese a constituir un distrito mayoritariamente quechuahablante. Así, algunas de las medidas adoptadas por el personal sanitario para garantizar la comprensión de información consisten en el uso de lenguaje y referencias a elementos cotidianos para las usuarias, así como la elaboración de gráficos para brindar la información.

4. En cuanto a la interrelación con las gestantes, se evidenció mayor percepción de comodidad y respeto en las usuarias del centro de salud Santiago de Pichus, principalmente por considerar que las obstetras eran buenas, pacientes y alegres. Por su parte, en Quichuas, se manifestaron opiniones divergentes entre las usuarias, que dependían de la persona por la que habían sido atendidas. Adicionalmente, se evidenció desconocimiento de las costumbres y cuidados sanitarios locales por parte del personal sanitario de ambos centros, principalmente ingresante, quienes suelen identificar estas características recién a partir de la interacción en la atención sanitaria, y puede generar desencuentros iniciales.
5. La mayoría de las usuarias señaló que el personal de salud le consultó y explicó los procedimientos a desarrollar antes de realizar una examinación física. Así mismo, el personal sanitario destacó la importancia de explicar claramente los beneficios de cada prueba, además de adaptarlas a algunos elementos, como la vestimenta de las usuarias, durante la evaluación. Por otro lado, existe rechazo para ser atendidas por personal sanitario masculino, incluso si solo realizan evaluaciones externas de la barriga.
6. Con relación a la autonomía de decisión de las usuarias, se identificó que en ambos establecimientos se consulta a la mayoría de las gestantes la posición deseada para el parto; sin embargo, en Quichuas se evidenció mayor persuasión para que se opte por el parto horizontal. En cuanto a los cuidados y prácticas sanitarias, se identificaron esfuerzos del personal sanitario para respetar las costumbres de las usuarias; sin embargo, las recomendaciones y cuidados considerados en su plan de parto son principalmente orientaciones homogéneas establecidas por el Ministerio de Salud, sin considerar los contextos locales de las usuarias o sus preferencias de cuidados.
7. Casi la totalidad de las usuarias manifestó comodidad con la ambientación de los establecimientos. En Pichos, sin embargo, varias usuarias expresaron su preferencia por el nuevo local del centro de salud, por ser más grande y moderno. Se observó que ninguno de los establecimientos cuenta con señalética en quechua.

1.4. Articulación con sistemas tradicionales de salud

1. El personal sanitario conoce los principales tratamientos tradicionales de salud y permite, e incluso recomienda, algunos de ellos. A pesar de ello, se evidencia que generan restricciones para limitar aquellas prácticas o productos que consideran nocivos para la salud de las usuarias; no obstante, el conocimiento de propiedades de muchas plantas por parte del personal sanitario también suele ser empírico. Por otra parte, se identificó que en el centro de salud de Quichuas se cuenta con una vitrina con muestras de plantas medicinales, que, sin embargo, no se encuentra en una ubicación visible del establecimiento.
2. Se evidenció que en Pichos existe mayor recurrencia a agentes tradicionales de salud por parte de las usuarias. Además, el personal de este establecimiento presenta una relación óptima con un partero de la localidad, quien incluso forma parte de los agentes comunitarios de salud, y recibe beneficios mutuos con el personal sanitario. Por su parte, en Quichuas existen relaciones incipientes con algunos curanderos, pero también se ha desarrollado conflictividad con ciertos agentes, debido a algunos efectos perjudiciales que han generado en la salud de algunos pacientes.
3. En cuanto a los síndromes culturales, el personal sanitario conoce los más comunes en la zona, y diagnostican y brindan tratamientos biomédicos para sus manifestaciones fisiológicas; sin embargo, no son registrados en las historias clínicas de las usuarias. Algunos prestadores de salud, además, recomiendan asistirse previamente con agentes tradicionales de salud, para que las usuarias tengan mayor confianza hacia los tratamientos que se les brindan en el establecimiento, pues son expresados como “complementarios” a las usuarias, incluso si el personal no lo considera de ese modo. Sin embargo, al igual que con el uso de medicina tradicional, se brindan pautas para evitar ciertas conductas asociadas a los síndromes culturales que consideran perjudiciales.

2. Resultados de desempeño

En la Tabla 13, se sistematizan los resultados de desempeño de la implementación del enfoque intercultural del MAIS-BFC en los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus para los cuatro componentes analizados en la investigación.

Para el componente accesibilidad, es posible identificar un mayor desempeño en el centro de salud Santiago de Pichus (85.4%) en comparación a Quichuas (57.2%), y la principal diferencia recae en la disponibilidad y capacitación de agentes comunitarios de salud, puesto que en Quichuas estos no se encuentran activos, pese a constituir importantes actores locales intermediarios con la población usuaria y la dispersión poblacional que caracteriza las comunidades del distrito. Así mismo, el tiempo de espera resultó un factor clave en el desempeño del componente, puesto que en

Quichuas este fue expresado como una causal frecuente de incomodidad, y el 37.5% de usuarias expresó haber esperado más de media hora para recibir la atención prenatal, mientras en las usuarias de Santiago de Pichus esta cifra solo alcanzó el 11.5%.

Para el componente calidad técnica, los resultados de desempeño son similares en Quichuas (72.17%) y Santiago de Pichus (76.50%), puesto que ambos establecimientos presentan las mismas condiciones de servicios básicos; la totalidad de usuarias encuestadas en ambos centros fue atendida por personal calificado en los controles prenatales; y ambos establecimientos presentan resultados intermedios en la organización del establecimiento, Quichuas por falta de espacio, y Santiago de Pichus por la desorganización ocasionada por el proceso de traslado del centro de salud. Sin embargo, se identifica mayor desempeño en la duración de atención prenatal en Santiago de Pichus, puesto que el 80% de usuarias encuestadas manifestó que esta siempre fue suficiente y adecuada, mientras en Quichuas dicha categoría únicamente alcanzó el 44%.

En cuanto al componente aceptabilidad, el desempeño es nuevamente mayor para Santiago de Pichus (83.26%) en comparación a Quichuas (73.69%), puesto que presenta mejores resultados para casi la totalidad de subvariables analizadas, salvo la disponibilidad de personal capacitado en el enfoque intercultural, puesto que en Quichuas el 66% del personal que brinda atención prenatal había recibido algún tipo de formación en dicho enfoque, mientras en Santiago de Pichus, únicamente el 33.3% del personal cumplió este criterio. Así mismo, ambos cuentan con el mismo resultado en el dominio de lengua local, puesto que el personal encargado de la atención prenatal en ambos establecimientos solo cuenta con conocimientos básicos de algunas palabras en quechua. Sin embargo, pese a las diferencias idiomáticas, destacan mejores resultados en la percepción de comprensión de información recibida, así como la facilidad para realizar consultas en las usuarias de Santiago de Pichus.

De manera similar, las subvariables vinculadas al trato e interacción entre el personal sanitario y las usuarias, tales como la percepción de comodidad, percepción de respeto y amabilidad, así como el respeto a la intimidad de las usuarias durante las exámenes físicos, obtuvieron mayor desempeño para Santiago de Pichus. Así mismo, en cuanto a la autonomía sobre la elección del tipo de parto, Santiago de Pichus obtuvo el resultado máximo, debido a que la mayoría de usuarias fue consultada por la posición deseada (71%) y no recibió sugerencias de optar por el parto horizontal (69.2%), mientras en Quichuas, si bien la mayoría fue consultada por la posición deseada (66.7%), solo la minoría de usuarias no fue sugerida de realizar parto horizontal (39.1%).

Finalmente, para el componente de articulación con sistemas tradicionales de salud, se obtienen mayores resultados en Santiago de Pichus (50%) que en Quichuas (33.33%), debido al funcionamiento de referencias y contrareferencias entre el personal sanitario y agentes tradicionales de salud, de manera que el vínculo existente entre dichos actores no solo es óptimo en términos de

relacionamiento, sino también en las alternativas de atención brindadas a las usuarias. En Quichuas, por su parte, únicamente se desarrollan referencias unilaterales de los agentes tradicionales hacia el centro de salud. En cuanto al uso de plantas medicinales, en Quichuas estas son exhibidas en el establecimiento, mas no prescritas a las usuarias, mientras en Santiago de Pichus existe mayor prescripción, pero aún no se organizaban muestras de exhibición, por lo cual ambos centros presentan resultados intermedios. Además, destaca el resultado nulo en el registro de síndromes culturales de salud, que únicamente son conocidos de manera informal por el personal sanitario.

Tabla 13: Resultado consolidado de desempeño

Componente	Unidad	Quichuas	Santiago de Pichus
Accesibilidad (Puntaje máximo: 30)	Puntaje	<i>17,16</i>	<i>25,62</i>
	Porcentaje	<i>57,2%</i>	<i>85,4%</i>
Calidad Técnica (Puntaje máximo: 24)	Puntaje	<i>17,32</i>	<i>18,36</i>
	Porcentaje	<i>72,17%</i>	<i>76,50%</i>
Aceptabilidad (Puntaje máximo: 54)	Puntaje	<i>39,79</i>	<i>44,96</i>
	Porcentaje	<i>73,69%</i>	<i>83,26%</i>
Articulación con Sistemas Tradicionales de Salud (Puntaje máximo: 24)	Puntaje	<i>8,00</i>	<i>12,00</i>
	Porcentaje	<i>33,33%</i>	<i>50%</i>
Puntaje total (Puntaje máximo: 132)		<i>82.27</i>	<i>100.94</i>
Desempeño consolidado (%)		<i>62.33%</i>	<i>76.47%</i>

A modo de balance, se concluye que el centro de salud Santiago de Pichus (74.67%) obtiene mayor desempeño que el centro de salud Quichuas (62.33%) en los cuatro componentes analizados en el estudio, y las principales diferencias numéricas en los resultados consolidados residen en los componentes de accesibilidad (8.46 puntos), aceptabilidad (5.14 puntos) y articulación con sistemas tradicionales de salud (4 puntos), mientras la diferencia es casi imperceptible en la calidad técnica de los servicios de los establecimientos (1.04 puntos).

3. Recomendaciones

A continuación, se presentan las principales recomendaciones para la gestión de los establecimientos de salud y la implementación del enfoque intercultural en el marco del MAIS-BFC, a partir de los principales resultados del estudio:

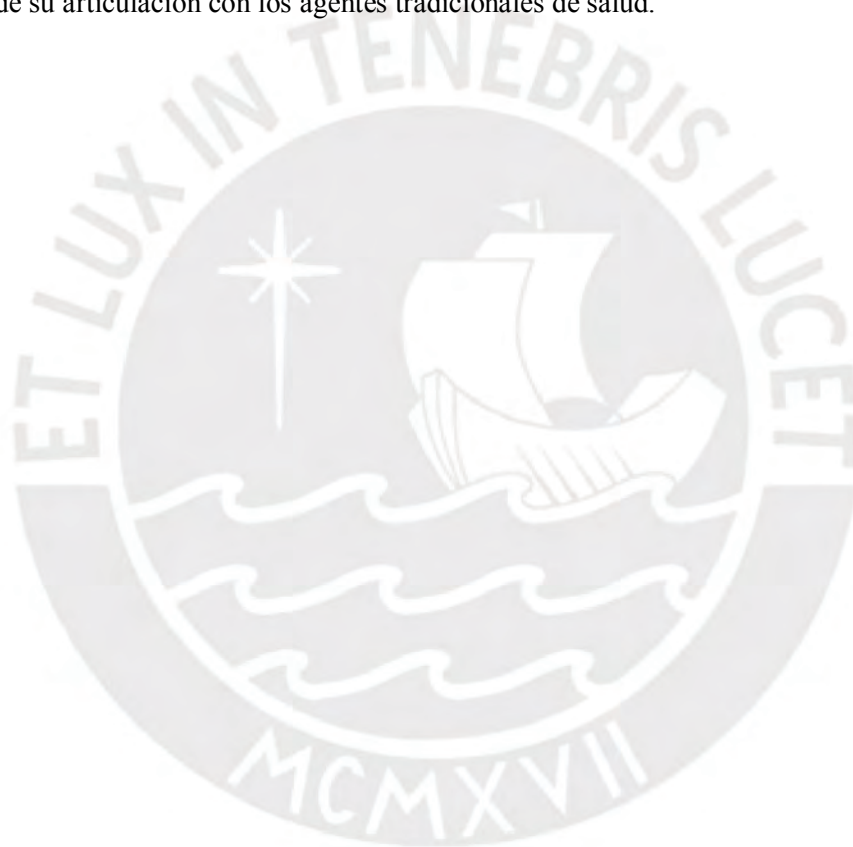
1. Realizar y/o actualizar la identificación de los actores locales de cada distrito, tales como autoridades locales, presidentes de las comunidades, representantes de programas sociales, docentes de las escuelas, agentes tradicionales de salud y los principales representantes de las iglesias, debido a la importante influencia de algunos de estos actores en la decisión de acceso o en la aceptabilidad de los servicios y tratamientos de salud por parte de la población.
2. Implementar los Consejos de Desarrollo Comunal (CONDECOs) que forman parte del componente de organización y participación comunitaria propuesto por el MAIS-BFC, con el objetivo de fortalecer las relaciones interinstitucionales y la participación comunitaria. Esto será relevante para propiciar la activa participación y relación con los actores locales, para así evitar ciertos prejuicios hacia los servicios de salud e incluso facilitar su intermediación con la población para mejorar la aceptabilidad de la atención sanitaria.
3. Elaborar y/o actualizar la sala situacional de los distritos, a partir del diálogo con los actores locales, para brindar una aproximación sobre las características y principales problemáticas de la población, y facilitar la elaboración de propuestas intersectoriales para abordar aspectos multidimensionales que afectan su salud y calidad de vida.
4. Fortalecer las relaciones con las autoridades locales electas, para efectuar coordinaciones en las que el municipio podría apoyar a los establecimientos, tales como la restauración de incentivos a los agentes comunitarios de salud o la gestión de apoyo presupuestal.
5. En Quichuas, se manifiesta la urgencia de volver a elegir agentes comunitarios de salud. Esto es apremiante al considerar la dispersión poblacional, así como las dificultades de transporte y comunicación, que limita su asistencia a los controles prenatales. Así mismo, su colaboración resulta conveniente para facilitar la captación temprana de las gestantes, que es más difícil para el personal sanitario al no contar con presencia permanente en las comunidades aledañas.
6. Fortalecer las capacitaciones internas del MAIS-BFC en los establecimientos de salud, que en la actualidad consiste en réplicas del contenido que brinda la Red de Salud. Se requiere mejorar la organización de estas capacitaciones, para que sean distribuidas en sesiones y

horarios alternos en que el personal sanitario no se encuentre brindando atención y se pueda garantizar su participación ininterrumpida. Ello es fundamental, debido a que el MAIS-BFC conlleva algunos cambios estructurales en la forma de concebir y ejercer los servicios sanitarios, por lo cual se requiere un amplio consenso entre el personal de salud para implementar dichos cambios.

7. Se sugiere incluir una sección estructurada sobre la caracterización de la población del distrito, el reconocimiento de los actores locales, así como los principales síndromes culturales y formas de cuidado de la población en la inducción del personal que se incorpora a los establecimientos, con el objetivo de mejorar la información y el acompañamiento brindado al personal ingresante, para así evitar desencuentros culturales acentuados en la interacción con la población, y facilitar su respuesta a aquellas situaciones que requieren ser abordadas con cautela para evitar conflictos.
8. Propiciar la participación de las usuarias en la elaboración del plan de parto, para no solo brindar recomendaciones homogéneas de cuidados establecidas por el sector salud a nivel nacional, sino más bien identificar aquellas prácticas viables según sus preferencias y las condiciones de su entorno. Ello permitiría tener mayor flexibilidad para conocer los riesgos previsibles por hábitos de las usuarias, proponer cuidados que se pueden adaptar a cada contexto y posibilidades de la población, e incluso mejorar la adherencia de ciertos tratamientos por los que apuesta el sector salud.
9. Elaborar protocolos de comunicación con pautas para la interacción y explicación de la información a las usuarias en la atención prenatal, a partir de la sistematización de buenas prácticas ya realizadas, tales como la explicación a través de gráficos, o comparaciones con elementos locales, para facilitar su difusión y sostenibilidad frente a la rotación de personal sanitario.
10. Desde el nivel nacional, promover la elaboración local y la difusión de investigaciones del Centro Nacional de Salud Intercultural sobre plantas medicinales, que permitan identificar con adecuado sustento las propiedades y efectos de dichas plantas en la salud de la población, puesto que el personal sanitario cuenta con un reconocimiento básico de las propiedades de las plantas medicinales, que es principalmente intuitivo y empírico.
11. En cuanto a la articulación con los agentes tradicionales de salud, en Pichos resulta necesario extender el relacionamiento con otros agentes tradicionales del distrito, además del partero con quien se tiene una relación muy colaborativa; mientras en Quichuas, es relevante iniciar el acercamiento e identificar los potenciales medios para propiciar su

colaboración. Ya que el personal de este centro de salud manifestó ciertos tratamientos nocivos de estos agentes para la salud de la población, la capacitación y proporción de información para evitar procedimientos riesgosos sería un elemento valioso para propiciar un beneficio mutuo.

12. Incluir la hoja de registro adicional de síndromes culturales en las historias clínicas que sugiere el componente de reorientación de servicios con pertinencia cultural del MAIS-BFC, de manera que no solo se registre el diagnóstico biomédico que percibe el personal sanitario. Ello permitiría el recojo cualitativo de información sanitaria, para así caracterizar con evidencias los síndromes más comunes en la zona, los principales motivos que los ocasionan, y las alternativas que pueden brindar el personal sanitario desde la biomedicina o desde su articulación con los agentes tradicionales de salud.



REFERENCIAS

- Aguilar Ruiz, C. M., Nazar Beutelspacher, A., Salvatierra Izaba, B., Mariaca Méndez, R., & Estrada Arévalo, Á. R. (2006). Morbilidad percibida y atención prenatal en mujeres marginadas de Chiapas, México. *Población y salud en Mesoamérica*, 4(1), 1-19. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/446/44640103.pdf>
- Alarcón, A. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014.
- Alcalde-Rabanal, J., Espinosa-Henao, O. & Lazo-Gonzales, O. (2016). *El sistema de salud en Perú: situación y desafíos*. Lima: REP S.A.C.
- Alexander, G. & Korenbrot, C. (1995). The Role of Prenatal Care in Preventing Low Birth Weight. *The Future of Children*, 5(1), 103-120. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/1602510?seq=5#page_scan_tab_contents
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter- Agency Group. *Lancet*, 387(10017), 462-74. Recuperado de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2900838-7>
- Almaguer, J., Vargas, V. & García, H. (2014). *Interculturalidad en salud, experiencias y aportes para los fortalecimientos de los servicios de salud*. México: Imprenta universitaria.
- Anderson, J. (2001). *Tendiendo puentes: calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Manuela Ramos.
- Anderson, J. (2011). Mortalidad materna y derechos humanos. *Apuntes: Revista de Ciencias Sociales*, 38(69), 101-128. Recuperado de <http://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/633/635>

- Bale, J., Stoll, B. & Lucas, A (2003). *Improving Birth Outcomes: Meeting the Challenge in the Developing World*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Barker, D., Barker, M., Fleming, T., & Lamp, M. (2013). Developmental biology: support mothers to secure future public health. *Nature News*, 504(7479), 209. Recuperado de <https://www.nature.com/news/developmental-biology-support-mothers-to-secure-future-public-health-1.14320>
- Beeckman, K., Louckx, F., Downe, S., & Putman, K. (2012). The relationship between antenatal care and preterm birth: the importance of content of care. *The European Journal of Public Health*, 23(3), 366-371.
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Bahl, R., Lawn, J. E., Salam, R. A., Paul, V. K., & Walker, N. (2014). Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost?. *The Lancet*, 384 (9940), 347-370.
- Bravo, M., Serrano, I. & Bernal, G. (1991). La perspectiva biopsicosocial de la salud vis a vis la biomédica como esquema teórico para enmarcar el proceso de estrés. *Revista interamericana de psicología*, 25(1), 35-52. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3861184>
- Bronfman.Pertzovsky, M., Lopez-Moreno, S., Magis-Rodríguez, C., Moreno-Altamirano, A. & Rutstein, S. (2003) Articulación prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias. *Salud Pública de México*, 45 (6), 445-454. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v45n6/18738.pdf>
- Carroli, G., Rooney, C., & Villar, J. (2001). How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. *Paediatric and perinatal Epidemiology*, 15(1), 1-42. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-3016.2001.0150s1001.x>

Campos, R. (2009). Una visión general sobre la Salud Intercultural en Pueblos Originarios. En Citarella, L. & Zangari, A (Eds.), *Yachay Tinkuy: Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Cooperación Italiana.

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (2017). *Semana Epidemiológica 52 – Perú* [PPT]. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE52/mmaterna.pdf>

Chávez, C., Yon, C., & Cárdenas, C. (2015). *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESP a la salud intercultural. Estudio de caso en dos comunidades de Amazonas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Citarella, L. (2009). Desarrollo de la salud intercultural en Bolivia: desde las experiencias locales a las políticas públicas de salud. En Citarella, L. & Zangari, A (Eds.), *Yachay Tinkuy: Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina*. Cooperación Italiana.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2007). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1227/S0700764_es.pdf;jsessionid=84E7B49CD226AB1D106A8DD150B6F1A8?sequence=1

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2014). *Los Pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. Recuperado de: <http://www.actualidadambiental.pe/wp-content/uploads/2014/09/Pueblos-ind%C3%ADgenas-en-Am%C3%A9rica-Latina-CEPAL.pdf>

Conable, B. B. (1987). Maternidad sin riesgo. *Foro Mundial de la Salud (OMS)*, 8(2), 160-66.

Correa, C. (2002). *Protección y promoción de la medicina tradicional: consecuencias para la salud pública en los países en desarrollo*. Buenos aires: UBA.

Defensoría del Pueblo (2008). *Informe Defensorial N° 134. La salud de las comunidades nativas. Un reto para el Estado.*

Defensoría del Pueblo (2015). *Informe Defensorial N° 169. La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural.* Recuperado de:
<https://www.unicef.org/peru/spanish/Informe-Defensorial-N-169-derecho-pueblos-indigenas-salud-intercultural.pdf>

Díaz- Polanco, H. (2005) Etnofagia y multiculturalismo. *Revista Memoria*, (200).

DiPrete, L., Miller, L., Rafeh, N., & Hatzell, T. (1994). Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. *QA Proyecto Garantía de Calidad. Serie Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad. 9USAID.*

Dirección Regional de Salud de Huancavelica. (2018). Boletín Epidemiológico 01-2018.

EBCOG Scientific Committee (2015). The Public Health Importance of Antenatal Care. *Facts Views Vis Obgyn*, 7(1), 5-6. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4402443/pdf/FVVinObGyn-7-5-6.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2014). Balance y desafíos sobre las acciones del gobierno para mejorar la salud materna y perinatal Perú - 2013. *Fondo de Población de las Naciones Unidas.* Recuperado de:
<http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Jun2014/Balance-y-Desafios-para-reducir-SMP.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2016). Estándares de salud materna con enfoque intercultural. Hacia la mejora de la calidad de atención materna para las mujeres indígenas de las Américas y la erradicación de la inequidad en salud. Recuperado de
https://www.msh.org/sites/msh.org/files/estandares_de_salud_materna_con_enfoque_intercultural_2016.pdf

- Freedman, L. (2003). Strategic advocacy and maternal mortality: moving targets and the millennium development goals. *Gender & Development*, 11(1), 97-108.
- George, A. & Bennett, A (2004). Case Studies and Theory Development. En George, A. & Bennett, A, *Case Study and Theory Development in the Social Sciences* (pp. 3-36). Cambridge: MIT Press.
- Greifeld, K. (2004). Conceptos en la antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. *Boletín de Antropología*, 18(55), 361-374.
Recuperado de:
<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/boletin/article/view/7051/6467>
- Hernández, R., Fernandez, C. & Baptista, C (2010). *Metodología de la Investigación* (5ta edición). Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2009). *Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2007. El enfoque de la pobreza monetaria*. Recuperado de
https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Mapa_Pobreza_2007.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013). *Mapa de pobreza provincial y distrital 2013*. Recuperado de
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1261/Libro.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016*. Recuperado de
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1433/index.html
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017*. Recuperado de
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1525/index.html

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). *Evolución de la pobreza monetaria 2007-2017*. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/informe_tecnico_pobreza_monetaria_2007-2017.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). *Sistema de Consulta de Base de Datos: Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*. [Base de datos]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). *Directorio Nacional de Municipalidades Provinciales, Distritales y de Centros Poblados 2018*. Lima: INEI.

Instituto Nacional Materno Perinatal (2017). *Guía de Práctica Clínica para la prevención y manejo de Preeclampsia y Eclampsia-Versión extensa-*. Lima: INMP. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4220.pdf>

Instituto Suramericano en Gobierno en Salud ([ISAGS], 2014). *Mapeo y análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en América Latina*.

Kleinman, A. (1995). *What is specific to biomedicine. Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. California: University of California Press.

Ley N° 30278. Ley de creación del distrito de Quichuas en la provincia de Tayacaja del departamento de Huancavelica. Congreso de la República (2014).

Ley N° 30391. Ley de creación del distrito de Pichos en la provincia de Tayacaja del departamento de Huancavelica. Congreso de la República (2015).

Lede, R. (2011). *Versión cefálica externa para la presentación podálica a término*. Recuperado de: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/abnormal-presentations-and-positions-baby-1>

Lerin, S. (2005). Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social. In *I Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina*.

Malagón-Londoño, G., Morera, R. G., & Laverde, G. P. (2006). *Garantía de calidad en salud*. Ed. Médica Panamericana.

Martínez, L., Reyes, S. & García, M (1996). Utilización adecuada de la atención prenatal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 38, 341-351. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/106/10638505/>

McDonagh, M (1996). Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality? *Health Policy and Planning*, 11(1), 1-15. Recuperado de: <https://academic.oup.com/heapol/article/11/1/1/608041>

Ministerio de Cultura del Perú (2018). *Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios* [Base de datos]. Lima: Ministerio de Cultura.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2018). *infoMIDIS*. Recuperado de: <http://sdv.midis.gob.pe/Infomidis/>

Ministerio de Salud del Perú (1999). *Salvarse con bien. El parto de la vida en Los Andes y La Amazonía del Perú (Técnicas tradicionales de Atención del parto y del recién nacido)*. Lima: MINSA. Recuperado de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1299_P-2000365.pdf

Ministerio de Salud del Perú (2006). *Programa de familias y vivienda saludable*. Lima: MINSA.

- Ministerio de Salud (2008). *Documento Técnico: Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva*. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú (2010). *Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna*. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú (2011). *Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad*. Lima. Recuperado de <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú. (2011). Plan Nacional del fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1620.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2013). *La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011*. Lima: MINSA. Recuperado de: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2013b). *Norma Técnica para la Atención Integral de Salud Materna*. Recuperado de <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20131224-MINSA-NT-Atencion-Salud-Materna.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2014). *Documento técnico. Diálogo intercultural en Salud*. Lima. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/contenido/6206.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2016). *Política Sectorial de Salud Intercultural*. Recuperado de <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/1363166-6.pdf>
- Ministerio de Salud del Perú (2017). *Programas presupuestales: Diseño, revisión y articulación territorial 2017*. Lima: MINSA.

Ministerio de Salud del Perú (2018). Número de muertes maternas Perú 2000-2017 [PPT].

Recuperado de

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE52/mmaterna.pdf>

Maine, D. (1991). *Safe motherhood programs: options and issues*. Columbia University, Center for Population and Family Health.

Municipalidad Provincial de Tayacaja (2012). Plan de acondicionamiento territorial de la provincia

de Tayacaja. Recuperado de

http://www.munitayacaja.gob.pe/pat2/1_PAT_Version%20en%20consulta.pdf

Norma Técnica de Salud N° 018-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica del sistema de referencia y contrareferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud (2005).

Norma Técnica de Salud N° 033-MINSA/DGSP-V.01. Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural (2005)

Norma Técnica de Salud N° 279-2009/MINSA/DGE V.01. Norma Técnica de Salud que Establece el Subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal. Ministerio de Salud (2009).

Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSP.V.03. Categorías de Establecimientos de Salud. Ministerio de Salud del Perú. Ministerio de Salud (2011)

Norma Técnica de Salud N° 105-MINSA/DGSP.V.01. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Ministerio de Salud (2013).

Norma Técnica de Salud N° 121-MINSA/DGIESP-V.01. Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural (2016).

Secretaría de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros (2018). *Perú: población, condición e incidencia de pobreza total por estimación puntual e intervalo de confianza y pobreza por necesidades básicas insatisfechas según distrito* [Base de datos]. Lima: PCM.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Recuperado de: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Ocampo, M; Betancourt, V; Montoya, J; Bautista, Diana (2013). *Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud*. Revista Gerencia Política, Salud 12(24). Recuperado de: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/6096/4906>

Organización Mundial de la Salud. (1978). The Declaration of Alma Ata. Presented at. In International Conference on Primary Health Care. Alma Ata.

Organización Mundial de la Salud. (1990). XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. XLII Reunión del Comité Regional. Plan de Acción Regional para la reducción de la mortalidad materna en las Américas. Recuperado de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/30456/CSP23_10.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2000). *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán*. Ginebra, Suiza; 2000. Recuperado de http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2002). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán*. Ginebra, Suiza; 2005. Recuperado de http://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). *Nota de orientación técnica de la OMS fomentar la inclusión de la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño (SRMRN) en las notas conceptuales del Fondo Mundial*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144874/WHO_RHR_14.25_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2016). Mortalidad materna: Datos y cifras. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Organización Panamericana de la Salud (1999). *Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de base*. Washington D.C: OPS.

Organización Panamericana de la Salud - Paraguay (2003). *Atención prenatal en atención primaria de la salud*. Asunción: OPS-Paraguay.

Organización Panamericana de la Salud (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington D. C: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2009). *La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*.

Physicians for human rights (2007). *Demoras fatales: Mortalidad materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*. Cambridge: Physicians for Human Rights

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2015). *Informe Sobre Desarrollo Humano 2015*. Recuperado de:

[http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview -
_es.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report_overview_es.pdf)

Qader, M. A. A., Badilla, I., Amin, R. M., & Ghazi, H. F. (2012). Influence of antenatal care on birth weight: a cross sectional study in Baghdad City, Iraq. In *BMC Public Health* (Vol. 12, No. S2, p. A38). BioMed Central.

Ramírez Hita, S. (2009). Calidad de atención en salud. *Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano*. La Paz: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Ramírez Hita, S. (2011). Salud intercultural: Crítica y problematización a partir del contexto boliviano. ISEAT.

Ramirez-Zetina, M. et al (2000). La atención prenatal en la ciudad fronteriza de Tijuana, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7(2), 97-101. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2000.v7n2/97-101/es>

Red de Salud de Tayacaja (2017). *Herramientas de acumulación para medir el avance de la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad* [Base de datos]. Pampas: Unidad de Salud Familiar.

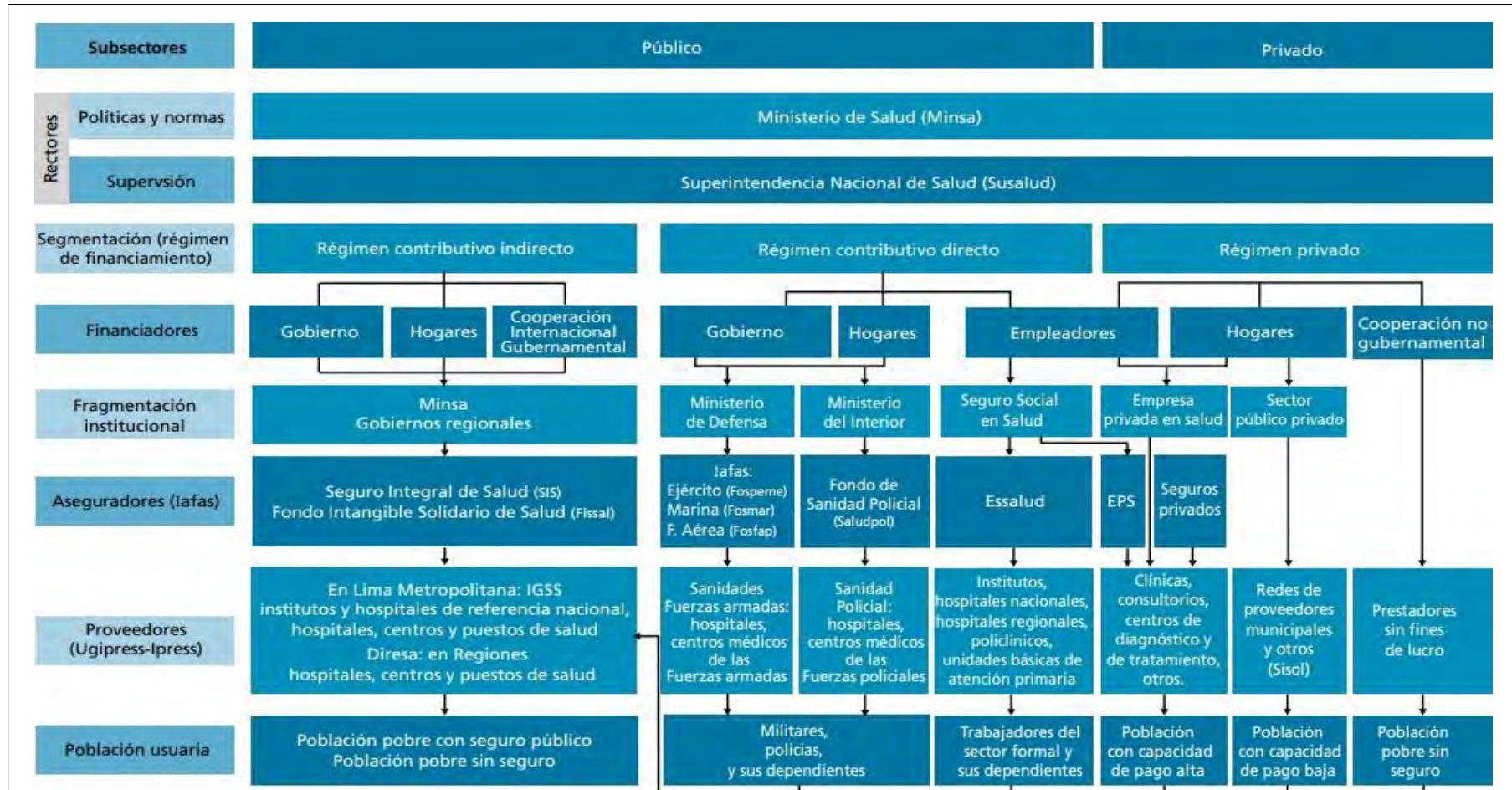
Registro Nacional de Identificación y Estado Civil [RENEEC] (2018). *Sistema de Padrón Nominal* [Base de datos]. Lima: RENIEC

Resolución 11/8. La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2009). Recuperado de: http://ap.ohchr.org/documents/s/hrc/resolutions/a_hrc_res_11_8.pdf

Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA. Aprobación de Norma Técnica de Salud para la transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. Ministerio de Salud (2006).

- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en Salud. *Revista Peruana de Medicina experimental y salud pública*, 27(1), 80-93. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1.pdf>
- Shi, L., Starfield, B., & Xu, J. (2001). Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*, 50(2), 161-161.
- Super Intendencia Nacional de Salud (2018). *Número de establecimientos de Salud en Huancavelica 2018* [Base de datos]. Lima: SUSALUD
- Tubino, F. (2005). La praxis de la interculturalidad en los estados nacionales latinoamericanos. En *Revista Cuadernos Interculturales*.
- Valdivia, M. (2011). Etnicidad como determinantes de la inequidad en salud materno-infantilen el Perú. En Hernández, A. & Rico de Sotelo, C (Eds, *Protección social en el salud en América Latina y El Caribe* (pp. 121-158). Bogotá: IDRC.
- Velasco, O. (2009). *Aún nos cuidamos con nuestra medicina*. Lima: Cellgraf S.A.C.
- Viaña, R. (2009). *La interculturalidad como herramienta de emancipación*. La Paz: Campo Iris s.r.l.
- Walsh, K. (2002) (De)construir la interculturalidad. En Fuller, N (Eds.) *Interculturalidad y política. Desafíos y posibilidades*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
- Yin, R. (2013). Case study research: Design and methods. *Canadian Journal of Action Research*, 14(1), 69-71. Recuperado de:
<https://journals.nipissingu.ca/index.php/cjar/article/view/73/49>

ANEXO A: Sistema de Salud del Perú



Fuente: Alcalde-Rabanal, Espinoza- Henao y Lazo-Gonzales (2016)

ANEXO B: Niveles y categorías de establecimientos de salud

Nivel de atención	Categoría	Definición
Primer nivel de atención	Categoría I-1	Puesto de salud con profesional no médico
		Consultorio de profesional de salud nom médico
	Categoría I-2	Puesto de salud con profesional de salud médico
		Consultorio de profesional médico con o sin especialidad
	Categoría I-3	Centro de Salud
		Centro Médico
		Centro Médico Especializado
		Policlínico
	Categoría I-4	Centro de Salud con camas de internamiento
		Centro Médico con camas de internamiento
Segundo nivel de atención	Categoría II-1	Hospital de atención general
		Clínica de atención general
	Categoría II-2	Hospital de atención general
		Clínica de atención general
	Categoría II-E	Hospitales de atención especializada
		Clínicas de atención especializada
Tercer nivel de atención	Categoría III-1	Hospitales de atención general
		Clínicas de atención general
	Categoría III-2	Institutos Especializados
	Categoría III-E	Hospitales de atención especializada
		Clínicas de atención especializada

Adaptado de: Ministerio de Salud (2011)

ANEXO C: Hitos de los principales acontecimientos en Salud Intercultural

Categoría	Año	Hito
Internacional	1989	Convenio N°169 de la Organización Internacional del Trabajo
	1998	Declaración Mundial de la Salud (Alma Ata)
	2001	Declaración sobre la Democracia, los Derechos de los Pueblos Indígenas y la Lucha contra la Pobreza (Declaración de Machu Picchu)
	2002	Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos
	2007	Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos Indígenas Aprobación del Plan Andino de Salud Intercultural - convenio Hipólito Unanue
Nacional	2000	Ley 27300: “Ley de Aprovechamiento Sostenible de las Plantas Medicinales”
	2004	Creación de la Estrategia Sanitaria de la Salud de Pueblos Indígenas Creación del Centro de Salud Intercultural (CENSI)
	2005	AISPED: Atención Integral de Salud en Poblaciones Excluidas y Dispersas Norma Técnica de Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural Aprobación del Plan General de la estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva
	2006	Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de DD.HH., Equidad de Género e Interculturalidad en Salud
	2008	Norma Técnica de Adecuación cultural de la consejería y orientación en salud sexual y reproductiva
	2009	Norma Técnica de Salud de los Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas
	2010	Ley de Creación del Ministerio de Cultura, incluido el Viceministerio de Interculturalidad
	2011	Plan para el Desarrollo de Capacidades 2010-2014
	2016	Política Sectorial de Salud Intercultural

Adaptado de: Defensoría del Pueblo (2015)

ANEXO D: Árbol de problemas de mortalidad materna y neonatal

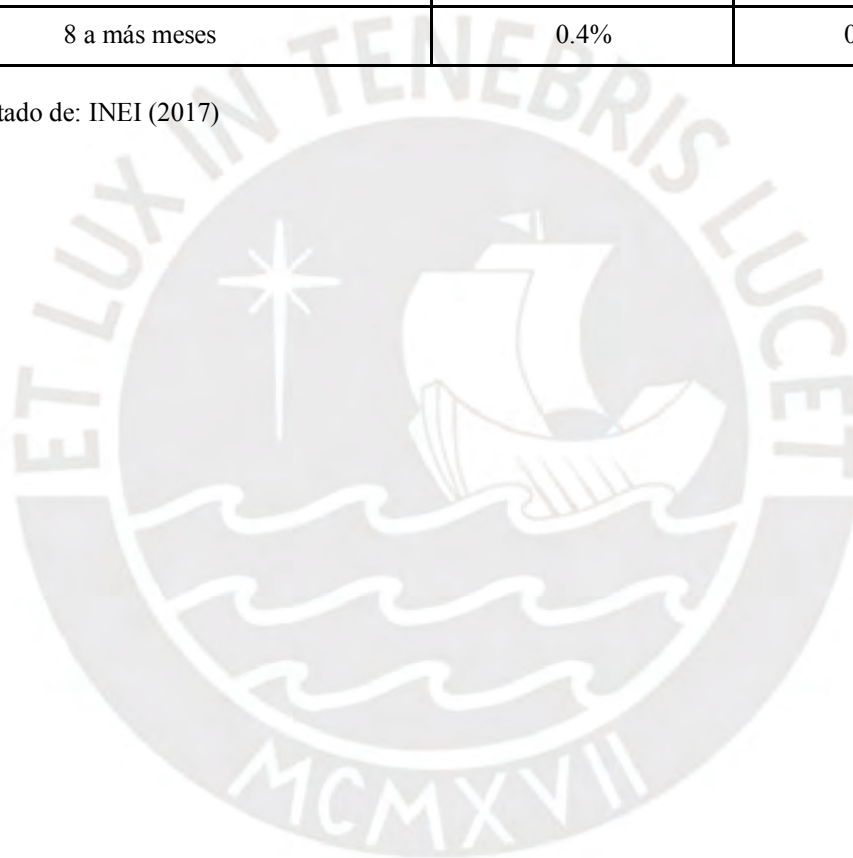


Fuente: Norma Técnica de Atención Integral en Salud Materna del Ministerio de Salud (2016)

ANEXO E: Meses de embarazo a los que las gestantes reciben la primera atención prenatal en el Perú para el año 2016, según área de residencia.

Meses de embarazo	Área de residencia	
	Urbana	Rural
Ninguna atención	0.7%	2.5%
1 a 3 meses	82.7%	73.1%
4 a 5 meses	13%	17.1%
6 a 7 meses	3.1%	6.4%
8 a más meses	0.4%	0.9%

Adaptado de: INEI (2017)



ANEXO F: Componentes de operativización del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad

1. Organización del equipo de salud, del territorio y de la población	2. Análisis de la información e intervención en la unidad familiar	3. Organización y participación comunitaria e intersectorialidad para el abordaje de determinantes sociales de la salud	4. Reorientación del servicio de salud con pertinencia intercultural	5. Atención integral e integrada a la persona por etapas de vida	6. Información General	7. Información de Recursos Humanos
Educación Permanente en Salud (EPS).	Reportes del SISFAC para valoración del riesgo familiar.	Avances en la capacitación de agentes comunitarios de salud - ACS.	Identificación del establecimiento de salud (externa).	Manejo de las HC/FC de la EDV niño.	Línea de base y línea control.	Rotación del personal de salud
Reuniones de EPS realizadas en los últimos seis meses.	ASIS familiar y comunitario en la sala situacional del establecimiento.	Conformación de CONDECOS.	Cartera de servicios EdV, Familia y Comunidad según categoría del EESS.	Manejo de las HC/FC de la EDV adolescente.	Investigaciones operativas del trabajo que viene haciendo.	Personal formadas en el PROFAM.
Mapeo y sectorización geosociosanitaria concertada de las comunidades.	2da visita de salud familiar: <u>Elaboración del PAIFAM.</u>	CONDECOS con diagnóstico situacional, visión de desarrollo y PdT.	Flujograma de atención individual, familiar y comunitaria en el interior del establecimiento.	Manejo de las HC / FC de la EDV joven.	Dificultades (Respecto a las estrategias e instrumentos propuestos para la operativización del MAIS BFC).	Personal con el Curso de Formación en salud individual, familiar y comunitaria - CSIFYC.
1ra visita de salud familiar: Censo con ficha familiar.	3ra o 4ta visita de salud familiar: <u>seguimiento y monitoreo del PAIFAM</u>	Inscripción del CONDECO en el Registro Único de Organizaciones Sociales (RUOS) de su municipalidad.	Organización de los ambientes para la entrega de la AIS por EdV.	Manejo de las HC / FC de la EDV adulto.	Lecciones aprendidas.	El jefe o jefa del EESS ha recibido formación en PROFAM o en el CSIFYC.

1. Organización del equipo de salud, del territorio y de la población	2. Análisis de la información e intervención en la unidad familiar	3. Organización y participación comunitaria e intersectorialidad para el abordaje de determinantes sociales de la salud	4. Reorientación del servicio de salud con pertinencia intercultural	5. Atención integral e integrada a la persona por etapas de vida	6. Información General	7. Información de Recursos Humanos
Instalación del SISFAC en una computadora del establecimiento.	2da o 3era visita de salud familiar: <u>Elaboración del PSF.</u>	Implementación del PdT del CONDECO.	Señalización adecuada de los ambientes para la AIS por EdV.	Manejo de las HC / FC de la EDV adulto mayor.	Digitan la información SIS.	Trabajadores con computación básica.
Base de datos. Fichas familiares digitadas en el SISFAC.	3ra o 4ta visita de salud familiar: <u>seguimiento y monitoreo del PSF.</u>	CONDECO con PdT evaluado	Sala de espera implementada con pertinencia intercultural que asegura comodidad y entretenimiento.	Manejo de las HC/ FC de la EDV gestante.	Digitan la información HIS.	Trabajadores con computación intermedia.
Organización de las carpetas familiares. Identificación de viviendas.	Actualización del SISFAC: evolución de los DSS, riesgos en la familia, vivienda y entorno; nacimientos y defunciones, etc.	Sensibilización del CONEI por el personal de salud del establecimiento.	Sala situacional actualizada con información individual, familiar y comunitaria, DSS, vigilancia epidemiológica y socio cultural.	-	Disponibilidad de Internet.	Trabajadores con computación avanzada.
-	4ta y siguientes visitas de SYM a la salud familiar; <u>mejora del PAIFAM</u>	Dx del CONEI en base a la matriz de indicadores de evaluación de IEE para el desarrollo sostenible	Elaboración del POA del EESS según categoría.	-	Tipo de conexión Internet.	-

1. Organización del equipo de salud, del territorio y de la población	2. Análisis de la información e intervención en la unidad familiar	3. Organización y participación comunitaria e intersectorialidad para el abordaje de determinantes sociales de la salud	4. Reorientación del servicio de salud con pertinencia intercultural	5. Atención integral e integrada a la persona por etapas de vida	6. Información General	7. Información de Recursos Humanos
	4ta y siguientes visitas de SYM a la salud familiar; <u>mejora del PSF</u>	PdT anual del CONEI en base a la matriz de indicadores de evaluación de IIEE para el desarrollo sostenible	Polifuncionalidad.		Proveedor de Internet.	
		CONEI con PdT evaluado (IIEE saludable)	Programación extramural.		Disponibilidad de telefonía móvil.	
		Conformación del CMS o su equivalente para Municipio Saludable.	Registro de ACS en el interior del establecimiento.		Proveedores de telefonía móvil.	
		Dx del CMS elaborado	Diálogo intercultural entre el servicio y la comunidad		Disponibilidad de telefonía fija.	
		CMS o su equivalente con plan de trabajo evaluado (municipio saludable)	Listado y/o registro visible de plantas medicinales usadas por la población (nombre, taxonomía, uso, formas de uso).		Proveedor de telefonía fija.	
			Huerto demostrativo de plantas medicinales		N° de laptops en el EESS.	
					N° de computadoras de escritorio en el EESS.	

Fuente: Red de Salud de Tayacaja (2018).

ANEXO G: Cobertura de programas sociales en Quichuas y Pichos para el año 2018.

Programa	Intervención	Variable	Quichuas	Pichos
			N°	N°
Contigo	SÍ	N° de usuarios	5	2
CunaMás	No	N° de familias atendidas en el servicio acompañamiento de familias	-	-
		N° de niños atendidos en el servicio cuidado diurno	-	-
Foncodes	SÍ	N° de hogares Haku Wiñay	400	-
Juntos	SÍ	N° de hogares abonados	330	179
País	SÍ	Atención a través de Tambos	724	593
		N° de Tambos prestando el servicio	1	1
Pensión 65	SÍ	N° de Beneficiarios	192	109
QaliWarma	SÍ	N° de IIEE atendidas	31	19
		N° de niños y niñas atendidos	1369	499
Número total de hogares en el Padrón General de Hogares			817	323

Fuente: INFOMIDIS. Cobertura de programas sociales (MIDIS, 2018).

ANEXO H: Mapas del flujo de referencia y contrareferencia

Figura 01: Micro Red Acostambo



Fuente: SUSALUD (2018)

Figura 02: Micro Red Pazos



Fuente: SUSALUD (2018)

ANEXO I: Matriz de consistencia

Pregunta principal	Objetivo general	Metodología
¿De qué manera incide la implementación local del enfoque intercultural del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad en el desempeño del servicio de atención prenatal de los establecimientos de salud de Quichuas y Santiago de Pichus en el periodo 2015-2017?	Realizar un diagnóstico de desempeño sobre la implementación del enfoque intercultural del Modelo de Atención Integral en Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) en la atención prenatal de los establecimientos de salud de Quichuas y Santiago de Pichus en el periodo 2015-2017.	La investigación tiene un enfoque cualitativo, bajo el modelo de estudio de casos, que permite el desarrollo de un análisis comparativo a profundidad de casos desarrollados en contextos particulares. Así mismo, presenta alcance descriptivo, pues realiza una descripción de la implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud, así como de su incidencia en la mejora de atención prenatal.
Preguntas específicas	Objetivos específicos	
¿Cómo se caracterizan las condiciones de acceso a los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus?	Describir las condiciones de acceso a los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus.	Para la operacionalización de variables, se tomó como referencia el marco teórico de la investigación, principalmente los componentes del enfoque de derechos humanos para una maternidad segura (PHR, 2007), que fue complementada con los estándares de salud materna con enfoque intercultural de UNFPA (2016) y adaptada para los casos de estudio. Con ello, se definieron cuatro componentes: decisión de acceso al servicio, accesibilidad, calidad técnica y articulación con agentes tradicionales de salud.
¿Los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus cumplen con requerimientos básicos de calidad técnica para brindar el servicio de atención prenatal?	Identificar el cumplimiento de requerimientos básicos de calidad técnica los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus para la prestación del servicio de atención prenatal.	
¿Cuál es la incidencia de los componentes del enfoque intercultural del MAIS-BFC en la aceptabilidad de los servicios de atención prenatal de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus?	Analizar la incidencia de los componentes del enfoque intercultural del MAIS-BFC en la aceptabilidad de los servicios de atención prenatal de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus.	Los instrumentos de recolección incluyeron análisis de contenido, lista de cotejo, entrevistas (2 a personal directivo de la Red de Salud, 2 a personal directivo de Medicus Mundi, 6 a personal sanitario de Quichuas y 4 a personal sanitario de Santiago de Pichus) y encuestas (33 usuarias en cada establecimiento).
¿Cuál es la relación de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus con los sistemas tradicionales de salud a partir de la implementación del enfoque intercultural del MAIS-BFC?	Describir la relación de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus con los sistemas tradicionales a partir de la implementación del enfoque intercultural del MAIS-BFC.	

ANEXO J: Itinerario de visita exploratoria

Establecimiento de salud	Nivel	Fecha de visita
Ahuaycha	I-2	8 de febrero del 2018
Ayacancha	I-1	9 de febrero del 2018
Huaribamba	I-3	9 de febrero del 2018
Pazos	I-3	9 de febrero del 2018
Quichuas	I-3	10 de febrero del 2018



ANEXO K: Matriz de operacionalización de variables

COMPONENTES	VARIABLES	DEFINICIÓN DE VARIABLE	SUBVARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	UNIDAD DE ANÁLISIS	INSTRUMENTO METODOLÓGICO
ACCESIBILIDAD	Decisión de acceso al servicio	Factores influyentes en la decisión de las usuarias de buscar atención sanitaria durante su embarazo	Motivación para asistir a atención prenatal	Motivos intrínsecos o extrínsecos de las usuarias para optar por acceder (o no) al servicio de control prenatal	Usuarias	Encuestas
			Dificultades para la captación temprana	Barreras que dificultan la asistencia de las gestantes a los controles prenatales desde el primer mes de embarazo	Personal de salud	Entrevista
			Discontinuidad de asistencia por sistema de referencia	Influencia de las referencias de usuarias a otros establecimientos de salud en su asistencia a los controles prenatales	Personal de salud	Entrevista
			Influencia de familiares	Incidencia de la familia de la usuaria en la motivación de acceso al establecimiento de salud	Personal de salud	Entrevista
			Influencia religiosa	Incidencia de las creencias y/o actores religiosos en la motivación de acceso de ella al establecimiento de salud	Personal de salud	Entrevista
	Accesibilidad geográfica	Limitantes geográficas que dificultan el acceso a los controles prenatales	Distancia hasta el centro de salud	Influencia de la distancia del domicilio de la usuaria al centro de salud para decidir asistir al establecimiento	Usuarias	Encuestas
			Disponibilidad de medios de transporte	Disponibilidad de vías o medios de transporte para acceder de manera continua a los controles prenatales	Personal de salud	Entrevista

			Dificultades por referencias a otros establecimientos de salud	Barreras por traslado o tiempo en situaciones de referencia a otros establecimientos	Personal de salud	Entrevista
Accesibilidad económica	Barreras económicas para el acceso o la atención sanitaria	-	-	-	Usuarías	Encuestas
					Personal de salud	Entrevista
Accesibilidad temporal	Barreras que genera el horario de atención y la espera antes del control prenatal	Coordinación de horario de atención entre usuarias y prestadores de salud	Diálogo entre el personal de salud y usuarias con el fin de acordar los horarios para la atención de los controles prenatales	Usuarías	Encuestas	
				Personal de salud	Entrevista	
	Tiempo de espera para recibir atención	Duración del tiempo de espera para acceder al servicio de atención prenatal	Usuarías	Encuestas		
			Personal de salud	Entrevista		
Respaldo de agentes comunitarios de salud	Participación de agentes comunitarios de salud en la atención a gestantes	Disponibilidad de agentes comunitarios de salud	Existencia de agentes comunitarios de salud activos en los sectores del establecimiento	Personal de salud	Entrevista	
		Incentivos a agentes comunitarios de salud	Medios de retribución o reconocimiento a los agentes comunitarios de salud por el trabajo que desarrollan	Personal de salud	Entrevista	
		Capacitación de agentes comunitarios de salud en atención de salud materna	Contenido y duración de capacitación en salud materna a los agentes comunitarios de salud	Personal de salud	Entrevista	

			Colaboración con el establecimiento	Actividades que los agentes comunitarios de salud desarrollan en conjunto con el centro de salud para el beneficio de la salud de la población	Personal de salud	Entrevista
CALIDAD TÉCNICA	Duración de atención prenatal	Tiempo destinado a la atención de los controles prenatales de las usuarias	-	-	Usuarías	Encuestas
					Personal de salud	Entrevista
	Disponibilidad de servicios básicos	Disponibilidad permanente de servicios básicos en los centros de salud	Agua y desagüe	Disponibilidad de agua y desagüe	Jefe/a del centro de salud	Entrevista, lista de cotejo
			Energía eléctrica	Disponibilidad de energía eléctrica	Jefe/a del centro de salud	Entrevista, lista de cotejo
			Internet	Disponibilidad de internet	Jefe/a del centro de salud	Entrevista, lista de cotejo
			Telefonía	Disponibilidad del servicio de telefonía	Jefe/a del centro de salud	Entrevista, lista de cotejo
	Disponibilidad de personal de salud calificado para atención prenatal	Disponibilidad de obstetras y médicos para la atención prenatal	-	-	Personal de salud	Entrevista, lista de cotejo
					Documentos, reportes	Lista de cotejo, análisis de documentos

	Organización del establecimiento	Organización física de los centros de salud	Tamaño del establecimiento	Disponibilidad de espacio para los consultorios y actividades en la infraestructura del establecimiento.	Establecimiento de salud	Observación, lista de cotejo
			Orden del establecimiento	Disposición y orden físico de los espacios del establecimiento.	Establecimiento de salud	Observación, lista de cotejo
	Disponibilidad de insumos médicos para la atención prenatal	Existencia de insumos médicos y su provisión oportuna a las usuarias	-	-	Jefe/a del centro de salud	Entrevista
ACEPTABILIDAD	Formación en salud intercultural	Personal sanitario que ha accedido a capacitaciones sobre salud intercultural	Cantidad de personal capacitado en salud intercultural	Número del personal de salud que es capacitado en temas de salud intercultural	Personal de salud	Entrevista
			Definiciones sobre el enfoque intercultural	Aproximaciones conceptuales sobre la salud intercultural o el ejercicio del enfoque intercultural	Documentos, reportes	Lista de cotejo, análisis de documentos
			Percepción de importancia del enfoque intercultural	Percepción de relevancia que el personal de salud le brinda al enfoque intercultural en salud	Personal de salud	Entrevista
			Percepción de importancia del enfoque intercultural	Percepción de relevancia que el personal de salud le brinda al enfoque intercultural en salud	Personal de salud	Entrevista
	Comunicación intercultural	Factores que facilitan la comunicación entre las usuarias y el	Dominio de lengua local	Conocimiento y uso del lenguaje local por parte del personal de salud	Personal de salud	Entrevistas, lista de cotejo
			Comprensión de información	Percepción de comprensión de la información proporcionada por el personal sanitario durante los controles prenatales	Usuarias	Encuestas

		personal de salud	Facilidad para realizar consultas	Confianza de las usuarias para realizar consultas durante la atención de sus controles prenatales	Usuarias	Encuestas
			Medidas adoptadas para facilitar comprensión de la información	Estrategias que el personal de salud realiza con el fin de que las usuarias puedan comprender toda la información que se proporciona	Personal de salud	Entrevistas
	Relación con las usuarias	Relación entre las usuarias y el personal de salud durante la atención prenatal	Percepción de comodidad	Comodidad que las usuarias perciben sobre la atención recibida en sus controles prenatales	Usuarias	Encuestas
			Percepción de respeto durante interacción	Respeto que las usuarias perciben de parte del personal sanitario en sus controles prenatales	Usuarias	Encuestas
			Percepción de respeto a intimidad	Conformidad y percepción de respeto a intimidad durante evaluaciones físicas durante controles prenatales	Usuarias	Encuestas
			Compenetración con actividades y actores locales	Participación del personal sanitario en actividades locales de los distritos, así como relación con principales actores locales.	Personal de salud	Entrevistas
			Conflictos con la población usuaria	Desencuentros y/o diferencias del personal de salud en la interacción con la población usuaria.	Personal de salud	Entrevistas
	Autonomía de decisión de las usuarias	Respeto a las decisiones que la usuaria toma respecto a su salud y la de su hijo	Autonomía sobre tipo de parto	Respeto de elección de tipo de parto por parte de las usuarias.	Usuarias	Encuestas
			Autonomía sobre tipos de cuidado	Respeto a los cuidados particulares que la usuaria practica durante su embarazo	Usuarias	Encuestas
	Acondicionamiento de infraestructura	Adecuación cultural de los consultorios y	Percepción de comodidad con la ambientación del	Comodidad de las usuarias respecto a la infraestructura y ambientación de los establecimientos de salud	Usuarias	Encuestas

	con pertinencia intercultural	sala de parto según elementos tradicionales	establecimiento			
ARTICULACIÓN CON SISTEMAS TRADICIONALES DE SALUD	Complementariedad con medicina tradicional	Uso de medicina y/o tratamientos tradicionales como complemento a tratamientos médicos	Conocimiento de plantas medicinales	Información que el personal de salud tiene respecto a la disponibilidad y propiedades plantas medicinales locales	Personal de salud	Entrevistas
			Exhibición de plantas medicinales	Muestra de plantas medicinales en los establecimientos de salud	Jefe/a del centro de salud	Lista de cotejo
			Prescripción de plantas medicinales	Recomendación de plantas medicinales a usuarias por parte de del personal de salud	Usuaris	Encuestas
	Articulación con agentes tradicionales de salud	Existencia de sistema de referencia entre agentes tradicionales y el centro de salud	Relación con ATS	Relación entre los ATS y el personal de salud en la atención a la población	Personal de salud	Entrevistas
			Sistema de referencia y contrareferencia con ATS	Existencia de sistema de referencia entre los ATS y el personal de salud con el fin de atender y mejorar la salud de la población	Personal de salud	Entrevistas
					Usuaris	Encuestas
	Reconocimiento de síndromes culturales	Registro y tratamiento de síndromes culturales locales por parte de los prestadores de salud	Identificación de síndromes culturales	Reconocimiento y tratamientos proporcionados para la atención de síndromes culturales	Personal de salud	Entrevistas
			Registro de síndromes culturales	Registro en las historias clínicas del centro de salud	Personal de salud	Entrevistas

ANEXO L: Matriz de desempeño

COMPONENTES	VARIABLES	SUBVARIABLES	MÉTODO DE ANÁLISIS	MÉTODO DE CÁLCULO	DETALLE DE CÁLCULO	
ACCESIBILIDAD	Decisión de acceso al servicio	Motivaciones para asistir a atención prenatal	Cualitativo	No aplica		
		Problemas para la captación temprana	Cualitativo	No aplica		
		Discontinuidad de asistencia por sistema de referencia	Cualitativo	No aplica		
		Influencia de familiares	Cualitativo	No aplica		
		Influencia religiosa	Cualitativo	No aplica		
	Accesibilidad geográfica	Distancia hasta el centro de salud	Promedio ponderado según tiempo de acceso al C.S.	$[(Y_1 \times 0) + (Y_2 \times 2) + (Y_3 \times 4) + (Y_4 \times 6)] / 12$	Donde Y1, Y2, Y3 y Y4 son el porcentaje de mujeres según el rango de tiempo en el que llegan al C.S.	
		Disponibilidad de medios de transporte	Cualitativo	No aplica		
		Dificultades por referencias a otros establecimientos de salud	Cualitativo	No aplica		
	Asequibilidad económica	-	% mujeres que recibió atención totalmente gratuita	$Y\% \times 6$	Donde Y es el porcentaje de mujeres que recibió atención gratuita	

	Accesibilidad temporal	Coordinación de horario de atención entre las usuarias y los prestadores de salud	% mujeres que aseguraron coordinar sus horarios de atención	$Y\% \times 6$	Donde Y es el porcentaje de mujeres que aseguró coordinar sus horarios de atención
		Tiempo de espera antes de recibir el servicio	Promedio ponderado según tiempo de espera antes de recibir el servicio	$[(Y \cdot x_0) + (Y_2 \cdot x_2) + (Y_3 \cdot x_4) + (Y_4 \cdot x_6)] / 12$	Donde Y1, Y2, Y3 y Y4 son el porcentaje de mujeres según el rango de tiempo de espera antes de recibir la consulta
	Respaldo de agentes comunitarios de salud (ACS)	Disponibilidad de ACS	Matriz de doble entrada	<ul style="list-style-type: none"> • Pocos ACS sin capacitación: 0 • Pocos ACS con capacitación: 3 • Muchos ACS sin capacitación: 3 • Muchos ACS con capacitación: 6 	-
		Capacitación de ACS en salud materna			
	Incentivos a ACS	Cualitativo	No aplica		
	Colaboración con el establecimiento.	Cualitativo	No aplica		
CALIDAD TÉCNICA	Duración de atención prenatal	-	Promedio ponderado de duración de atención prenatal	$[(Y \cdot x_0) + (Y_2 \cdot x_2) + (Y_3 \cdot x_4) + (Y_4 \cdot x_6)] / 12$	Donde Y1, Y2, Y3 y Y4 son el porcentaje de mujeres según el rango de tiempo de atención en sus controles prenatales
	Disponibilidad de servicios básicos	Agua y desagüe	Cantidad de servicios básicos	<ul style="list-style-type: none"> • 1 servicio básico: 0 • 2 servicios básicos: 2 • 3 servicios básicos: 4 • 4 servicios básicos: 6 	-
		Luz			
Internet					

	Línea telefónica				
	Disponibilidad de personal calificado para atención prenatal	-	% de personal calificado que brinda atención prenatal	Y% x 6	Donde Y es el porcentaje de personal calificado que atiende controles prenatales
	Organización física del establecimiento	Tamaño del establecimiento	Matriz de doble entrada	<ul style="list-style-type: none"> • El espacio es pequeño y desorganizado: 0 • El espacio es pequeño, pero organizado: 3 • El espacio es amplio, pero desorganizado: 3 • El espacio es amplio y organizado: 6 	-
		Orden del establecimiento			
	Disponibilidad de insumos médicos para atención prenatal	-	Cualitativo	No aplica	
ACEPTABILIDAD	Formación en salud intercultural	Disponibilidad de personal capacitado en el enfoque intercultural	% de personal capacitado en salud intercultural	Y% x 6	Donde Y es el porcentaje de personal que ha recibido capacitación en salud intercultural
		Definiciones sobre el enfoque intercultural	Cualitativo	No aplica	
		Percepción de importancia del enfoque intercultural	Cualitativo	No aplica	

	Comunicación intercultural	Dominio de la lengua local	% personal sanitario que domina el quechua	Y% x 6	Donde Y es el porcentaje de personal que domina el quechua
		Comprensión de información recibida en atención prenatal	% mujeres que aseguró comprender la información	Y% x 6	Donde Y es el porcentaje de mujeres que aseguró comprender la información
		Facilidad para realizar consultas en atención prenatal	% de mujeres que aseguró realizar preguntas con facilidad	Y% x 6	Donde Y es el porcentaje de mujeres que aseguró realizar consultas con facilidad
		Medidas adoptadas para facilitar la comprensión de información	Cualitativo	No aplica	
	Relación con las usuarias	Percepción de comodidad con el personal sanitario	% de mujeres que perciben comodidad	Y% x 6	Donde Y es el porcentaje de mujeres que señaló sentirse cómoda
		Percepción de respeto y amabilidad del personal sanitario	% de mujeres que percibieron respeto durante su interacción	Y% x 6	Donde Y es el porcentaje de mujeres que percibió respeto y amabilidad
		Percepción de respeto a intimidad de las usuarias	% de mujeres que fueron consultadas para realizar una prueba física	Y% x 6	Donde Y es el porcentaje de mujeres que fue consultada

		Compenetración con actividades y actores locales	Cualitativo	No aplica	
		Conflictos con la población usuaria	Cualitativo	No aplica	
	Autonomía de decisión de las usuarias	Autonomía sobre tipo de parto	Matriz de doble entrada	<ul style="list-style-type: none"> • No consultaron tipo de parto y persuadieron a la práctica del parto horizontal: 0 • No consultaron tipo de parto, pero no persuadieron a la práctica del parto horizontal: 2 • Consultaron tipo de parto, pero persuadieron a la práctica del parto horizontal: 4 • Consultaron y no persuadieron a la práctica del parto horizontal: 6 	-
		Autonomía sobre tipos de cuidado	Cualitativo	No aplica	
	Acondicionamiento de infraestructura con pertinencia cultural	Percepción de comodidad con la ambientación del EESS	% mujeres que afirma sentirse cómoda con la ambientación	Y% x 6	Donde Y es el porcentaje de mujeres que señaló sentirse cómoda con la ambientación
ARTICULACIÓN	Complementariedad con medicina tradicional	Conocimiento de plantas medicinales	Cualitativo	No aplica	
		Exhibición de plantas medicinales	Matriz de doble entrada	<ul style="list-style-type: none"> • No se exhiben ni se prescriben plantas medicinales: 2 • Se exhiben, pero no se prescriben plantas medicinales: 4 	-
		Prescripción de plantas medicinales			

CON SISTEMAS TRADICIONALES DE SALUD				<ul style="list-style-type: none"> • No se exhiben, pero no se prescriben plantas medicinales: 4 • Se exhiben y prescriben plantas medicinales:8 	
	Articulación con agentes tradicionales de salud	Relación con ATS	Cualitativo	No aplica	
		Sistema de referencia y contrareferencia con ATS	Matriz de doble entrada	<ul style="list-style-type: none"> • Menos del 50% de parteros recomendó asistir al C.S. y menos del 50% del personal de salud recomendó asistir al partero: 2 • Menos del 50% de parteros recomendó asistir al C.S. y más del 50% del personal de salud recomendó asistir al partero: 4 • Más del 50% de parteros recomendó asistir al C.S. y menos del 50% del personal de salud recomendó asistir al partero: 4 • Más del 50% de parteros recomendó asistir al C.S. y más del 50% del personal de salud recomendó asistir al partero: 8 	-
	Reconocimiento de síndromes culturales	Identificación de síndromes culturales	Cualitativo	No aplica	
		Registro de síndromes culturales	Cumplimiento de registro de síndromes culturales	<ul style="list-style-type: none"> • No se registran síndromes culturales en historias clínicas: 0 • Se registran síndromes culturales en historias clínicas: 8 	

ANEXO M: Registro fotográfico del trabajo de campo

Figura 01: Centro de salud Quichuas



Figura 02: Antigua infraestructura del centro de salud Santiago de Pichus



Figura 03: Actual infraestructura del centro de salud Santiago de Pichus



Figura 04: Área de admisión – C.S. Quichuas



Figura 05: Área de admisión- C.S. Santiago de Pichus



Figura 06: Organización de carpetas familiares de historias clínicas- C.S. Quichuas



Figura 07: Organización de carpetas familiares de historias clínicas- C.S. Santiago de Pichus



Figura 08: Consultorio obstétrico – C.S. Quichuas



Figura 09: Consultorio obstétrico – C.S. Santiago de Pichos



Figura 10: Sala de parto- C.S. Quichuas. Camilla regulable para parto vertical u horizontal.



Figura 11: Sala de parto vertical – C.S. Quichuas

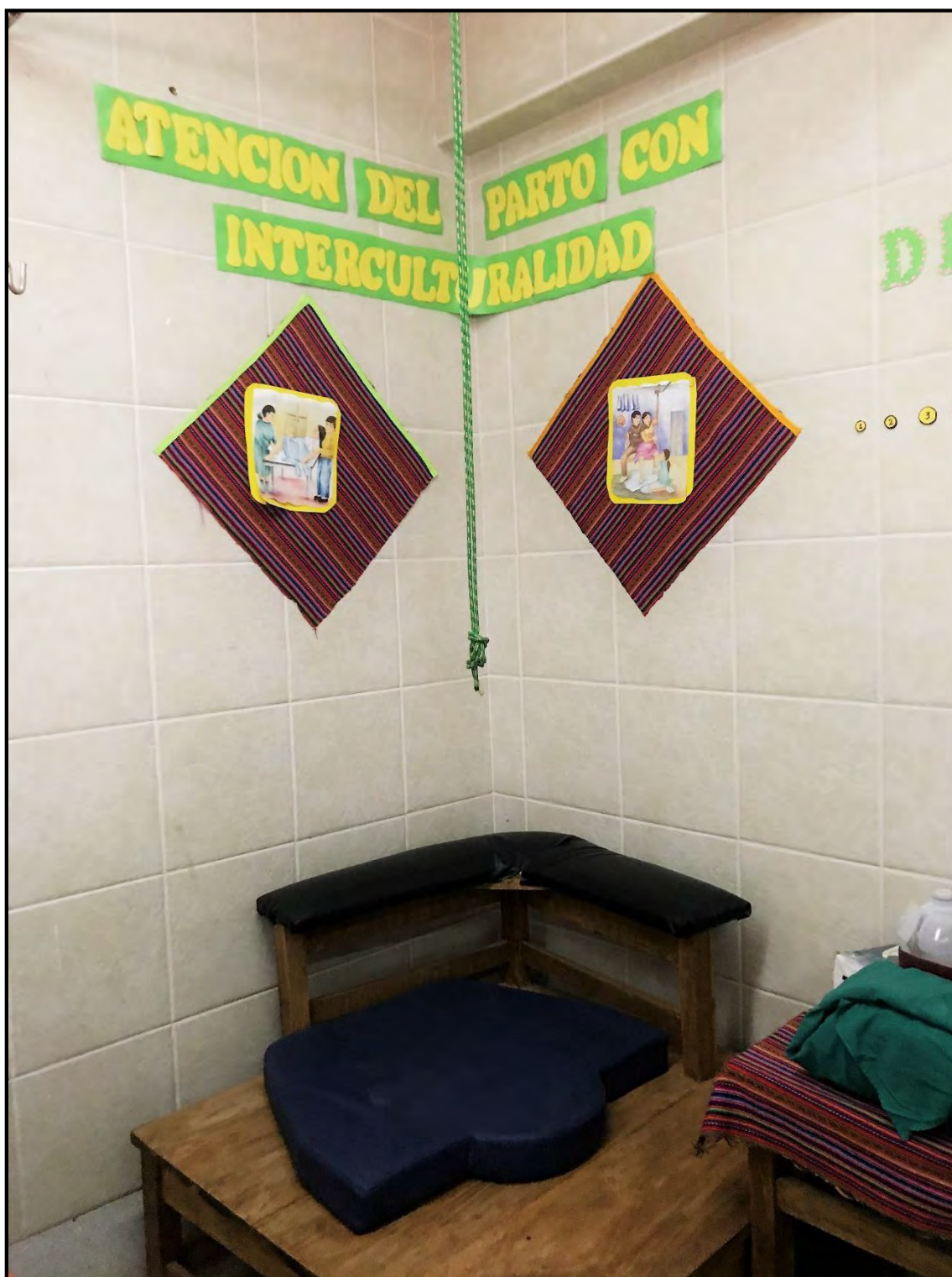


Figura 12: Sala de parto vertical – C.S. Santiago de Pichos



Figura 13: Biombo obstétrico – C.S. Quichuas



Figura 14: Biombo obstétrico – C.S. Santiago de Pichos



ANEXO N: Módulos de capacitación del MAIS-BFC

Módulo de capacitación	Contenido del módulo
Introducción a la Salud Individual, Familiar y Comunitaria	Sectorización, censo y armado de ficha y carpeta familiar, sistema informático del MAIS-BFC.
Salud Familiar	Tácticas para la intervención en salud familiar y obtención de reportes con el SISFAC.
Salud comunitaria	Promoción de la salud, determinantes sociales de la salud y tácticas de intervención comunitaria.
Gestión y organización	Organización de servicios de salud para una atención de calidad y con pertinencia cultural.
Salud individual, , atención integral e integrada por etapas de vida	Atención por etapas de vida, sistema de referencia y contrareferencia, enfermedades populares y articulación con agentes tradicionales de salud

Adaptado de: Unidad Operativa de la Red de Salud Churcampa et. al., (2014)

ANEXO O: Capacitación en salud intercultural del personal sanitario calificado para atención prenatal.

Centro de salud	Cargo	Responsable de formación	Duración de capacitación
Quichuas	Médico (jefe de EESS)	Red de Salud- MM	5 meses, 3 días al mes
	Obstetra	Red de Salud- MM	5 meses, 3 días al mes
		Diplomado de Salud Familiar- USMP	8 meses
	Obstetra	Responsable- Centro de Salud	Días
	Obstetra	Red de Salud- MM	5 meses, 3 días al mes
	Médica	Curso de Salud Familiar- pregrado	5 meses
Santiago de Pichus	Obstetra (jefa de EESS)	Red de Salud- MM	5 meses, 3 días al mes
		Diplomado MAIS-BFC - UDH	7 meses
	Obstetra	Curso de MAIS-BFC- pregrado	5 meses
	Médico	-	-

ANEXO P: Resultados de desempeño del enfoque intercultural en la atención prenatal de los centros de salud de Quichuas y Santiago de Pichus

Componente	Subvariables	C.S. Quichuas	C.S. Santiago de Pichus
Accesibilidad (Puntaje máximo: 30)	Distancia hasta el centro de salud	4,88	5,08
	Asequibilidad económica	5,28	6,00
	Coordinación de horario de atención entre las usuarias y los prestadores de salud	4,00	3,77
	Tiempo de espera para recibir el servicio	3,00	4,77
	Disponibilidad y capacitación de agentes comunitarios de salud en salud materna	0,00	6,00
	Total	17,16	25,62
	Desempeño del componente (%)	57,2%	85,4%
Calidad Técnica (Puntaje máximo: 24)	Duración de atención prenatal	4,32	5,36
	Disponibilidad de servicios básicos	4,00	4,00
	Disponibilidad de personal de salud calificado	6,00	6,00
	Organización física del establecimiento	3,00	3,00
	Total	17,32	18,36
	Desempeño del componente (%)	72,17%	76,50%
Aceptabilidad (Puntaje máximo: 54)	Disponibilidad de personal capacitado en salud intercultural	3,60	1,98
	Dominio de lengua local	2	2
	Comprensión de información recibida en atención prenatal	4,96	6,00
	Facilidad para realizar consultas en atención prenatal	4,88	5,69
	Percepción de comodidad con personal sanitario	4,75	5,52
	Percepción de respeto y amabilidad del personal sanitario	4,64	5,77
	Percepción de respeto a intimidad de las usuarias	5,20	6,00
	Autonomía sobre elección de tipo de parto	4,00	6,00

	Percepción de comodidad con la ambientación del establecimiento	5,76	6,00
	Total	39,79	44,96
	Desempeño del componente (%)	73,69%	83,26%
Articulación con Sistemas Tradicionales de Salud (Puntaje máximo: 24)	Exhibición y prescripción de plantas medicinales	4,00	4,00
	Sistema de referencia y contrareferencia con agentes tradicionales de salud	4,00	8,00
	Registro de síndromes culturales	0,00	0,00
	Total	8,00	12,00
	Desempeño del componente (%)	33,33%	50%
Puntaje total (Puntaje máximo: 132)		82.27	100.94
Desempeño consolidado (%)		62.33%	76.47%

