

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



**RUTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A PARTIR DE LA PERCEPCIÓN DE
MADRES GESTANTES Y DEL PRIMER AÑO DE VIDA: ANTES Y
DURANTE LA COVID-19, EN UN DISTRITO DE LIMA.**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN GESTIÓN DE
POLÍTICAS Y PROGRAMAS PARA EL DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO**

AUTOR

Diego André Portillo Tinoco

ASESOR

Regina Kiyomi Moromizato Izu

Enero, 2021

RESUMEN

Objetivo. Se busca identificar las percepciones acerca de las limitaciones y fortalezas sobre la ruta de servicios de atención dirigidos a las gestantes en el último trimestre y madres con hijos(as) hasta el primer año de vida, antes y durante la COVID-19, en Carabayllo. **Metodología.** Se usó una metodología cualitativa, se recopiló información a través de entrevistas a profundidad por llamada telefónica a 20 participantes: 4 gestantes en el último trimestre y 16 madres con hijos de 0 a 12 meses, quienes participaron por consentimiento informado. Se realizó un análisis temático de tipo inductivo. Se dialogó sobre las experiencias de atención y se reconstruyó, desde su percepción, la ruta de servicios de atención, en comparación a una ruta establecida en el país. **Resultados/conclusiones.** Se visualiza que la ruta experimentada por las participantes se concentra en el sector público de salud, y aun así se presentan “fugas” o “atajos” cuando estos servicios no pueden cubrir o asegurar la atención completa. Se visualiza que las madres perciben diversas fortalezas y limitaciones de los servicios de atención de salud, valorando 4 aspectos relevantes para la calidad de atención: i) Orientación e información; ii) Trato cálido; iii) Organización de la atención y tiempos de atención; y iv) Servicios y equipamientos. Si bien la ruta debería integrar otros servicios ofrecidos por diversas instituciones, las madres señalan solo tener referencia de las oficinas de RENIEC adheridas a los centros de salud de parto, por el valor que supone el DNI para el acceso a los servicios de salud. Se encuentra que hay menos conocimiento de los servicios de CUNA MÁS e instituciones escolarizadas y no escolarizadas; y se observan pérdidas de atención acontecidos por la pandemia de la COVID-19.

Palabras clave: servicios de atención, ruta de servicios, gestantes, madres, fortalezas y limitaciones.

ABSTRACT

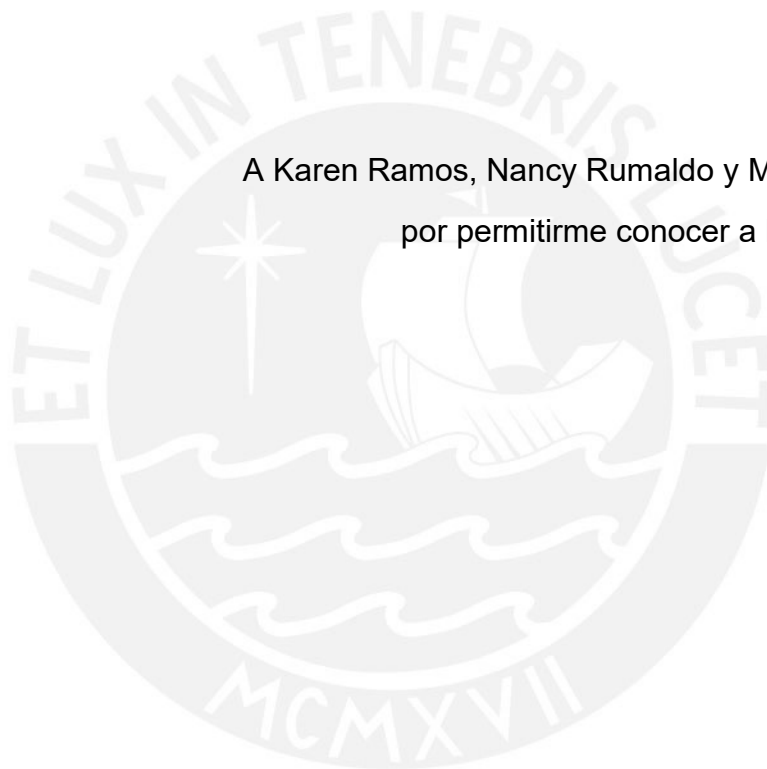
Objective. This study aims to identify perceptions about the limitations and strengths of the route of delivery of care services for pregnant women during the last trimester and mothers with children up to their first year of life, before and during the COVID-19 pandemic, in Carabayllo. **Methodology.** A qualitative methodology was used, information was collected through in-depth interviews by telephone call to 20 participants: 4 pregnant women in the last trimester and 16 mothers with children from 0 to 12 months, who participated by informed consent. An inductive thematic analysis was carried out. Participants discussed their experiences during care and reconstructed, from their perspective, the care delivery route during the COVID-19 pandemic, compared to an established route in the country. **Results / conclusions.** It is seen that the route experienced by participants is concentrated in the public health sector. Even so, there are “leaks” or “shortcuts” when these services cannot cover or ensure complete and comprehensive care. It was found that mothers perceived various strengths and limitations regarding health care services, evaluating 4 relevant aspects for the quality of care: i) Orientation and information; ii) Warm treatment; iii) Organization of care and times of care; and iv) Services and equipment. Although the care delivery route should integrate other services offered by various institutions, the mothers indicated that they only have a reference from the RENIEC offices attached to the delivery health centers, due to the value of the DNI for accessing health services. It was found that there was less knowledge of CUNA MÁS services and educational and non-educational institutions; and service losses were observed due to the COVID-19 pandemic.

Key words: care services, care delivery route, pregnant women, mothers, strengths and limitations.

AGRADECIMIENTOS

A Regina Moromizato, por guiar esta investigación,
y por cada incesante y motivador diálogo
en torno al Desarrollo Infantil Temprano.

A Karen Ramos, Nancy Rumaldo y Milagros Dueñas,
por permitirme conocer a las participantes
de este estudio.



DEDICATORIA

A Gael Portillo Dueñas, por enseñarme, cada día,
el valor de lo sencillo y complejo
en la vida de un niño.



ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	20
2.1 Objetivo general.....	20
2.2 Objetivos específicos.....	20
3. DISEÑO METODOLÓGICO	21
3.1 Participantes.....	21
3.2 Instrumentos.....	23
3.3 Procedimiento.....	25
4. RESULTADOS.....	30
5. DISCUSIÓN.....	46
6. CONCLUSIONES.....	58
7. RECOMENDACIONES.....	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÉNDICES.....	66

1. INTRODUCCIÓN

La evolución de la atención a la infancia como prioridad.

La idea de infancia y su puesta en valor como prioridad de atención universal ha ido variando a través de la historia. Aunque revisar las bases históricas de la percepción de la infancia no es el objetivo principal de este estudio, resulta pertinente mostrar brevemente los cambios que tuvieron lugar en periodos claves de la historia. Hacia los siglos XV y XVI, el niño solo existía - reconocido por los demás - cuando empezaba a valerse por sí mismo. Este momento de transición tenía que ver con el aprendizaje de acciones esenciales como: caminar (desenvolverse físicamente), hablar y relacionarse con los demás.

En la antigua sociedad tradicional, la presencia del niño en la familia y en la sociedad era demasiado breve. La duración de la infancia se reducía al periodo de su mayor fragilidad, cuando el niño no podía valerse por sí mismo; en cuanto podía desenvolverse físicamente, se le mezclaba rápidamente con los adultos, con quienes compartía sus trabajos y juegos (Aries, 1987). El autor refiere que el bebé se convertía en seguida en un hombre joven sin pasar por las etapas de la juventud, dejando de usar los pañales, es decir, la faja de lienzo que se ceñía a su cuerpo, y se le vestía como a los demás hombres y mujeres de su condición (Aries, 1987). A este nivel, las formas en las que los niños aprendían a vivir y desenvolverse siempre dependían exclusivamente de la decisión de los adultos.

Unesco (s, f.) menciona que hasta el S. XX, la infancia aún no era plena y explícitamente reconocida como periodo con sus propias características y necesidades, incluyendo al niño como persona, con derecho a la identidad personal, a la dignidad y la libertad. Posteriormente, la definición de la infancia

como objeto de conocimiento y aprendizaje, tienen su punto de partida en lo que Phillip Aries llamó el “sentimiento moderno de infancia”, que consiste en el reconocimiento de la especificidad de esta etapa de la vida en contraposición con el mundo adulto (Diker, 2009). Los niños, entonces, logran ser reconocidos como sujetos que requieren atenciones y cuidados específicos, por lo cual deben ser segregados del mundo de “los grandes”; donde el espacio de la familia y la escuela, se convierten en espacios privilegiados para los niños.

Estos, a su vez, se encuentran en un espacio paradójico, debido que al reconocer a la familia y posteriormente la escuela como los espacios comunes de educación y crianza, son inscritos en el territorio de lo público bajo la vigilancia y cuidado del Estado (a través de la escuela, las políticas sanitarias y la justicia) y al mismo tiempo, en el ámbito privado de la familia, resguardado de la mirada pública (Diker, 2009). Es, bajo estas circunstancias, en que se empieza a plantear con mayor preponderancia la necesidad de asegurar el desarrollo de los niños como una tarea primordial desde el Estado.

El marco latinoamericano de los servicios para el Desarrollo Infantil Temprano.

Partiendo de esta premisa, los países del mundo se han esforzado por indicar con claridad los lineamientos que rigen el bienestar de los niños y niñas en la sociedad. En América del Sur las políticas y programas nacionales de primera infancia que han tenido mayor relevancia han sido Chile y Colombia. Ambos países han desarrollado reformas en las políticas públicas como “Chile Crece Contigo” o la Ley “De Cero a Siempre” - para el caso colombiano - que permiten mejorar la coordinación intersectorial en favor de los niños, donde se incluyen esfuerzos de

trabajo articulado entre los sectores de la empresa, la sociedad civil y el Estado (González, 2016; Araujo et. al, 2013).

Cuba también resulta un claro ejemplo con experiencias exitosas a partir del programa “Educa a tu hijo” favoreciendo el desarrollo sostenible de los niños (Martínez y Soto, 2012). Estos programas, menciona González (2016: pp. 21) tienen los siguientes puntos en común:

Los servicios de cuidado se dan principalmente en las zonas urbanas y las intervenciones individuales o grupales con familia son más frecuentes en el ámbito rural, la oferta de servicios prioriza el ámbito urbano marginal y existe poca oferta para ámbitos rurales.

Por otro lado, los estudios que han realizado una revisión sistemática sobre estas intervenciones en Latinoamérica también muestran hallazgos relevantes en torno a “puntos flojos” o “cuellos de botella” que, incluso los países con mejores resultados, deben afrontar. Por ejemplo, se necesita fortalecer cada vez más el monitoreo de las actividades para asegurar el cumplimiento de estándares de calidad en la entrega de los servicios y productos en cada punto de atención; se requiere contar con más personal altamente cualificado para atender en los servicios, dado que es poco personal, mal remunerado y de bajos niveles de preparación; no existe terminología común entre los programas para definir y promover el desarrollo infantil, lo que dificulta la alineación y el diálogo del currículo de trabajo con niños y niñas menores de 3 años, dada la variedad de estructuras, conceptualizaciones y términos (González, 2016; Araujo et. al, 2013; y Harris-Van y Rodríguez, 2013).

González (2016) concluye que estas investigaciones coinciden en que se requiere mejorar la calidad y la cobertura de los servicios dirigidos a la primera infancia, y afirma que es indispensable mejorar los siguientes puntos: i) desarrollar

capacidades y las remuneraciones de los profesionales y/o técnicos dadores del servicio; ii) desarrollar sistemas de monitoreo, evaluación y seguimiento adecuados y pertinentes con indicadores homogéneos; iii) brindar una atención diferenciada para los niños y niñas más vulnerables y asegurar los recursos para seguir ampliando la cobertura. A partir de esta revisión, se puede afirmar que estas necesidades y sus esfuerzos, parecen ser aún insuficientes en la mayoría de los países de Latinoamérica y se requieren cambios con urgencia orientados a la mejora de los servicios en las rutas de atención para primera infancia y la articulación efectiva entre los mismos.

El marco peruano de los servicios para el Desarrollo Infantil Temprano.

Para dar cuenta del marco contextual peruano respecto a los programas y cartera de servicios dirigidos a primera infancia, es importante hacer un breve recorrido de la implementación de las políticas y programas de primera infancia. La Constitución Política del Perú de 1993, asigna a la comunidad y al Estado, la función de brindar protección a la familia, especialmente al niño. En el año 2015, se dictamina la asignación de recursos públicos para que se cumplan los planes consignados en el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia – PNAIA 2012-2021, con el objetivo de garantizar el crecimiento y desarrollo integral de niños y niñas de 0 a 5 años de edad. Así mismo, en el año 2016 se firmó la Ley N° 30466, Ley para la consideración primordial del interés superior del niño y en ese mismo año, se crea el Programa Nacional CUNA MÁS, que constituiría un paso importante en el cuidado y acceso a los padres y niños más alejados del país (González, 2016).

Seguidamente, se firmó el Decreto Supremo N° 010-2016-MIDIS que aprueba los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de Desarrollo e Inclusión Social. Cuyos lineamientos rigen desde la gestación hasta los 5 años de vida del niño y niña. Estos lineamientos priorizan 07 resultados en los niños y niñas: *nacimiento saludable, apego seguro, adecuado estado nutricional, camina solo, comunicación verbal efectiva, regulación de emociones y comportamientos, y función simbólica* (El Peruano, 2016).

De este modo, el Estado asume la responsabilidad de realizar los programas de intervención a través de productos y/o servicios a los que una gran parte de los niños pueda tener acceso. Esto supone también la visualización de los primeros esbozos de ruta de atención dirigidas a la primera infancia que pretenden garantizar el adecuado desarrollo de los niños. Para facilitar el entendimiento de los principales tópicos en los que deben ser atendidos los niños, se propone un esquema a continuación:

Gráfico 1. Resultados del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) de los Lineamientos Primero la Infancia.

Resultados DIT	Nacimiento saludable Que al nacer, tengan un peso mayor a 2500 gr, con edad gestacional entre 37 y 41 semanas.
	Apego seguro Fortalecere el vínculo entre madre/cuidador y niño. Apego seguro a los 12 meses.
	Adecuado estado nutricional Preservar buen estado de salud y nutricional durante los primeros 60 meses de vida.
	Camina solo Los niños logren caminar solos a los 18 meses de vida.
	Comunicación verbal efectiva Comunicación verbal efectiva a los 36 meses de vida.
	Regulación de emociones y comportamiento Busca que a los 2 años se inicie el aprendizaje de regulación emocional y a los 5 años mantengan relación con los demás.
	Función simbólica Lograr la representación mental de objetos y situaciones.

* Creación del investigador basada en el documento de Lineamientos para la Gestión Articulada Intersectorial e Intergubernamental orientada a Promover el Desarrollo Infantil Temprano.

Prioridad de investigación

Así como las políticas para la primera infancia han tenido su proceso de transformación en el ámbito político, económico y social; también ha sucedido en el plano de la investigación. En algún momento, se tenía cierto tipo de "exclusión", "marginalización" o "negación" hacia la investigación de la niñez, y su "redescubrimiento", logrado a través de los años, hacia un objeto socio-antropológico (con urgencia de ser estudiado), que debe resituarse correctamente (Franzé, Jociles y Poveda, 2011).

Se creía que la investigación sobre la infancia se daba porque no resultaba de interés en "sí misma", y resultaba relegada hacia la teoría y la política. No obstante, al empezar a hablar sobre la infancia en términos de desarrollo, desde donde la niñez empieza a ser fijada como una etapa natural de la vida, como un periodo de tránsito hacia la adultez, pasando por estadios necesarios e inevitables; esta adquiere mayor relevancia (Franzé, Jociles y Poveda, 2011).

Dicho tránsito representa el paso secuencial del pensamiento simple al complejo, de lo concreto a lo abstracto, de lo irracional a lo racional, de la inmadurez a la madurez, de la incompetencia a la competencia, del ámbito de lo natural a la integración plena en el universo social (Franzé, Jociles y Poveda, 2011).

En términos de la investigación, se reconoce esta particularidad de los niños y se empiezan a emplear diversos métodos y enfoques para estudiar a los infantes, dentro de un proceso complejo de interrelación con su entorno. En estos términos, el presente estudio busca conocer la experiencia relevante de estos actores junto a otros seres más cercanos.

Estado de la niñez en el Perú

Ahora bien, en el país la niñez cursa diversos problemas que requieren de una atención temprana. El Instituto Nacional de Estadística e Informática, incluyó en el año 2018, al Cuestionario Individual de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), información pertinente sobre cuatro resultados de los lineamientos de Primero la infancia.

Así, por ejemplo, para el R.2 de Apego Seguro, se muestra que el 48,4% de los niños entre 9 y 12 meses tienen una *adecuada interacción con su madre* de acuerdo al reporte de esta última; y no hay diferencia significativa según el área de residencia urbana (48,6%) o rural (48,1%). Para el R.4 de Comunicación Verbal Efectiva, el 49,8% de las niñas y los niños de 9 a 36 meses de edad tiene una comunicación verbal efectiva a nivel comprensivo y expresivo; y no hay diferencias significativas según el área de residencia urbana o rural (INEI, 2019).

Para el R.5 de Camina Solo, el 65,3% de niñas y niños de 12 a 18 meses de edad caminan por propia iniciativa sin necesidad de detenerse para lograr el equilibrio. La diferencia puede notarse en el área de residencia siendo mayor en el área urbana (68,2%). Finalmente, para el R.6 de Regulación de Emociones y Comportamientos, el 36% de las niñas y los niños de 24 a 71 meses de edad regulan sus emociones y comportamientos en situaciones de frustración y establecimiento de límites. Asimismo, hay una diferencia de 9,0 puntos porcentuales entre el área urbana y rural, a favor de las/los niños que viven en el área rural (42,8%) (INEI, 2019). Estos indicadores nos invitan a pensar en las serias brechas que presenta nuestro país en cuanto al desarrollo de los niños. En ese

camino, los servicios de atención que ofrece el Estado deben favorecer el logro de los objetivos planteados.

Para lograr un mayor entendimiento de los conceptos usados para este estudio, se definirán ciertos elementos importantes, tales como: desarrollo infantil temprano y ruta de servicios de atención a primera infancia.

Desarrollo infantil temprano

Para Myers et. al (2013), el desarrollo es un proceso de aprendizaje y cambio constante a través del cual el niño o niña asimila nuevos movimientos, construye pensamientos, conocimientos, sentimientos y aprende a relacionarse con otros con quienes interactúa; aprende también de otros estímulos de su ambiente biofísico y social. Es, además, un proceso de cambios socioemocionales, cognitivos y físicos, que son influidos por las características familiares y del entorno social ambiental (Molina y Torres, 2013).

UNICEF define el desarrollo infantil temprano (DIT) desde una mirada integral del niño a partir de los diversos servicios que requiere para un buen desarrollo: salud, educación, apoyo familiar, protección y bienestar social (González, 2016). En el Perú, para asegurar este adecuado desarrollo, existen los lineamientos del DIT. En estos lineamientos, la definición del Desarrollo Infantil Temprano propuesta es:

Proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno, que se traduce en la construcción de capacidades cada vez más complejas, que permite al niño y la niña ser competente a partir de sus potencialidades para lograr una mayor autonomía en interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos (MIDIS, 2016)

Ruta de servicios de atención a primera infancia

Subirats (2008) en González (2016) propone que la implementación de políticas públicas para la primera infancia, involucra la participación de diferentes

actores públicos y privados que actúan y toman decisiones, lo que permite regular la institucionalidad de la política pública, y las redes de acción pública con estrategias y planes de acción concretos.

Países como Colombia, consideran que la crianza y el cuidado; la salud, alimentación y nutrición; educación inicial, apropiación cultural; y, recreación son el conjunto de atenciones que reciben niñas y niños en la primera infancia para alcanzar un desarrollo integral (Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, s. f.). De este modo, se desprenden diversos servicios para la atención de la primera infancia.

En el caso del Perú, varias necesidades de urgencia de los niños son atendidas por el Estado, aunque no siempre de forma articulada intersectorialmente y con la claridad de información para todas las madres con hijos menores de 1 año que lo requieren. Al nacer, el niño debe acceder a diversos servicios de atención. En primera instancia, recibir intervenciones en la atención en el nacimiento (clampaje tardío del cordón umbilical y contacto piel a piel) (González, 2016) y después, culminar la atención en el servicio hospitalario después del parto. Seguidamente, los niños deben ser registrados correctamente en el sistema de RENIEC para tener un Documento Nacional de Identidad (DNI) que, en adelante, les permitirá el acceso a muchos servicios básicos.

Seguidamente, los niños deben pasar por las intervenciones que abordan las prácticas saludables (lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria y lavado de manos), a la atención del niño sano (suplementación con micronutrientes e inmunizaciones contra rotavirus y neumococo) asistiendo al CRED – atención al crecimiento y desarrollo - y a la atención de niños con alguna

enfermedad o déficit (tratamiento contra anemia o tratamiento contra enfermedades diarreicas), teniendo como principal punto de atención, los EE.SS diferenciados por niveles de atención (González, 2016).

El sector Desarrollo e Inclusión Social también se ve involucrado a través de los servicios de cuidado diurno y de acompañamiento familiar del Programa Nacional CUNA MÁS, y desde el sector Educación a través de las instituciones educativas de ciclo I y II y los programas no escolarizados de educación inicial, se brinda educación temprana a los niños de los lugares más desfavorecidos (González, 2016).

Para facilitar el entendimiento de los servicios sociales en los que debería participar un niño en el primer año, se propone el siguiente esquema a manera de ruta de atención:

Gráfico 2. Ruta de Servicios de Atención a Primera Infancia.

Gestación	Nacimiento e identidad	Niño Sano	Cuidado y educación
(1) Control gestacional – Centro de salud	(2) Nacimiento - Servicio hospitalario	(3) Control de niño sano (CRED) – Centro de salud	(4) Servicio de cuidado - CUNA MÁS
	(2) Identidad - RENIEC		(4) Educación – Ciclo 1
(1)	(2) Servicios paralelos	(3)	(4) Servicios paralelos
→	→	→	→

Fuente: Elaboración propia del investigador.

Percepciones de las Madres sobre Servicios de Atención a Primera Infancia

Resulta pertinente entonces revisar la forma en que estos servicios se acercan a los usuarios y cómo estos los experimentan. Se tomará en cuenta la percepción como un constructo principal para el estudio. La percepción,

brevemente, es la opinión que puede surgir - en una persona - a partir de la observación (o experiencia) de un fenómeno o situación (Vargas, 1994).

Aunque la disponibilidad de los servicios de los primeros años (especialmente en el primer o los primeros tres años), ha aumentado, aún hace falta documentar quién utiliza estos servicios; y las percepciones y expectativas de los usuarios (Sollars, 2017). Al hablar de las percepciones de los padres, resulta interesante revisar previamente las expectativas con las que los padres esperan la provisión de los servicios.

A través de los años, algunos estudios han indicado que las expectativas de los padres sobre los servicios pre escolares, es decir servicios de cuidado como cunas o jardines previos a la escuela u otros entornos en los primeros años, giran en torno a i) la forma en que se provee el servicio (que pueda ayudar a los niños a desarrollarse, socializar, y a educarse), ii) el apoyo que puede ofrecer ante sus necesidades, y iii) si pueden mantener a su hijo feliz en la institución con actividades divertidas mientras ellos tienen que ir a trabajar; siendo muchas veces la elección de un servicio tomada por recomendación de personas cercanas a los padres (Lalouimi, 1988; Sollars, 2017). De este modo, puede verse que las percepciones de los padres tendrán que ver también con la priorización de valores que estos otorguen a diversos componentes de los servicios de atención a primera infancia. Muchas veces, este tipo de valoraciones llevará a los usuarios a tomar decisiones respecto al uso de los servicios, por ejemplo, las mujeres peruanas que viven en la frontera entre Brasil, Colombia y Perú, deciden asistir al centro de salud en Brasil argumentando encontrar mejor servicio en cuanto a atención y a insumos, haciendo que el 17,84% de atenciones de parto del servicio de salud pública en Tabatinga,

Brasil correspondan a mujeres peruanas entre el 2014 – 2016 (Dos Santos, Rapozo y Cueva, 2018).

En contextos hospitalarios, por ejemplo, un estudio de satisfacción elaborado en un hospital de Lima muestra que en general las madres encuestadas se encuentran satisfechas con el servicio de pediatría en los primeros años de vida de sus hijos, indicando una puntuación media de 7 en la escala de 0 a 10. Sin embargo, en el diálogo posterior a las encuestas, con una exploración cualitativa, se identifica que se debe mejorar la rapidez en el tiempo de espera, la puntualidad en la atención y la optimización del trato amable en todo el proceso de atención (Tito y Dávila, 2010).

Estudios que han investigado sobre satisfacción y percepciones de padres sobre servicios de cuidado, han encontrado que los padres perciben los espacios de cuidado como peligrosos cuando no tienen un área de juego al aire libre o tienen instalaciones muy inadecuadas que son inapropiadas para satisfacer las necesidades de los niños pequeños, y por otra parte, perciben estos espacios como confiables cuando encuentran amabilidad en el trato del personal, cuando tienen disposición para escuchar a los padres; y con respecto a los niños, cuando observan una adecuada manera de recepción de los niños a su llegada y en la forma en que el personal los trata (Sollars, 2017; Jamaludin y Mohamad, 2018).

He aquí un punto importante de análisis y discusión dado que, aunque los servicios de atención en primera infancia en nuestro país se dan con cierta regularidad, aún se requiere mayor información sobre cómo los usuarios perciben y reciben los servicios y/o productos del estado, y a esto su vez, ayude a pensar en cambios positivos centrados en la persona. Más aún si estos servicios se

encuentran conectados entre sí conformando una ruta de atención en un periodo crítico para el desarrollo de los niños.

Si bien estos estudios han sido realizados en torno a la percepción y expectativas sobre la calidad de los servicios, no se han encontrado estudios que materialicen las experiencias y percepciones de los usuarios madres y gestantes en torno a una ruta integrada de servicios. La experiencia de integralidad carece aún de investigación científica social. De este modo, la realización de esta investigación constituye un aporte al conocimiento práctico de este tema.



2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se compone de los siguientes objetivos generales y específicos:

2.1 Objetivo general.

Identificar las percepciones acerca de las limitaciones y fortalezas sobre la ruta de servicios de atención dirigidos a las gestantes en el último trimestre y madres con hijos(as) en el primer año de vida, antes y durante la COVID-19, en un distrito de Lima.

2.2 Objetivos específicos.

1. Identificar y comprender las percepciones generales sobre la ruta de servicios de atención dirigidos a primera infancia, de las gestantes en el último trimestre y madres con hijos(as) en el primer año de vida, en un distrito de Lima.
2. Identificar y comprender las percepciones acerca de las fortalezas y limitaciones de la ruta de servicios de atención dirigidos a primera infancia, de las gestantes en el último trimestre y madres con hijos(as) en el primer año de vida, en un distrito de Lima.
3. Reconstruir una Ruta de Servicios de Atención dirigidos a la primera infancia en un distrito de Lima a partir de la percepción de las gestantes en el último trimestre y madres con hijos(as) en el primer año de vida.
4. Conocer los posibles efectos de la pandemia por la COVID-19 en el acceso a los servicios de las gestantes en el último trimestre y madres con hijos(as) en el primer año de vida, en un distrito de Lima.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio se enmarcó en una metodología cualitativa con enfoque fenomenológico, el cual describe el significado de diversos individuos sobre sus experiencias compartidas de un concepto o fenómeno (Creswell, 2007). Se usará la fenomenología psicológica, que focaliza el estudio de las experiencias de los participantes (qué y cómo lo han experimentado) y obtiene la “esencia”, sin prejuicios o preconcepciones del objeto de estudio o fenómeno (Creswell, 2007).

Para ello, se realizó un análisis temático de carácter inductivo. El análisis temático comprende un análisis sistemático que permite identificar, organizar y proponer una visión de los patrones de significados (temas) de un gran conjunto de información (Braun y Clarke, 2012). Así, se intentó conocer la experiencia de las gestantes en el último trimestre y madres durante este periodo (12 meses de vida de los hijos) referentes a puntos en común que a su vez son significativos.

3.1 Participantes

Las participantes del estudio fueron gestantes en el último trimestre y madres de niños de hasta 1 año de vida, que vivían en el distrito de Carabayllo. La edad de las madres oscilaba entre los 19 a 49 años, con un promedio de edad de 27 años. Todas eran madres primerizas, y vivían con familiares como parejas y madres o padres. Por su parte, las gestantes se encontraban en el mes 7 y solo una de ellas, en el mes 9. Los niños tenían desde 21 días de nacido a 12 meses de edad. Todas las madres eran peruanas y manifestaron tener un nivel socioeconómico de bajos y medianos ingresos en sus hogares.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión para la selección de la población participante:

- Gestantes primerizas en el último trimestre de embarazo.
- Madres primerizas que tienen hijos en el primer año de vida.
- Madres que viven en zona urbana y rural del distrito de Carabaylo.
- Madres que dispongan de un equipo celular Smartphone o equipo básico, o tengan un familiar al interior de su hogar que pueda dotarles de este servicio.

Asimismo, se establecieron los siguientes criterios de exclusión para la selección de las participantes:

- Que la madre tenga un problema de salud física o mental severa que imposibilite su involucramiento en la atención de ella o de su hijo y su participación en las entrevistas a profundidad.
- Que el niño, en el primer año, presente algún problema de salud física severa que exija a la madre acudir a otros servicios más especializados como hospitales, clínicas, etc.
- Que el niño tenga un trastorno en el desarrollo o presente condiciones neurológicas distintas, tales como el espectro autista, Síndrome de Down, u otros problemas neurológicos.
- Que la madre tenga la intención o planificación de mudarse a otro distrito de Lima en los próximos dos meses al inicio del proceso de recojo de información.

Los criterios de inclusión se dieron debido a que estas mujeres vivieron la experiencia de ser madres y de participar de los servicios que ofrece el estado para ellas y sus niños en el primer año de vida por primera vez. Estas madres, por la edad de sus hijos, tienen la opción de participar en los controles mensuales del CRED (Crecimiento y Desarrollo), servicios de cuidado como CUNA MÁS, y

educativos como instituciones escolarizadas y no escolarizadas de Ciclo I; y pueden dialogar en torno a su experiencia vivida. Se esperaba que estas madres puedan tener las herramientas necesarias para conversar entorno a todos los servicios ya mencionados de manera integral.

Para fines de la recolección de información, la población se dividió en los siguientes subgrupos:

Tabla 1. Organización de la muestra.

Muestra	Cantidad	Área
Madre de 6 a 9 meses de embarazo	4	2 zona urbana y 2 zona rural
Madre con hijo de 0 a 3 meses.	4	2 zona urbana y 2 zona rural
Madre con hijo de 4 a 6 meses.	4	2 zona urbana y 2 zona rural
Madre con hijo de 7 a 9 meses.	4	2 zona urbana y 2 zona rural
Madre con hijo de 10 a 12 meses.	4	2 zona urbana y 2 zona rural
TOTAL:	20	

Fuente: Elaboración propia del investigador.

La división de las edades respondió a una necesidad de la investigación por capturar lo más posible la experiencia de madres en los diferentes trimestres de vida de sus hijos, dado que, en esta oportunidad, por cuestiones de tiempo y recursos, no fue posible establecer un seguimiento riguroso de mayor tiempo. Cabe mencionar también que la experiencia de estas madres se contextualiza durante una interrupción de los servicios de atención del estado debido a la situación de cuarentena por COVID-19 que el gobierno peruano decretó a partir del 16 de marzo de 2020.

3.2 Instrumentos.

Para favorecer la triangulación de la información, se dialogó con diferentes madres en diferentes periodos de vida (gestación y trimestres de sus hijos). Los constructos que se tuvieron en cuenta para la formulación de ejes de análisis fueron:

- Ruta de Servicios de Atención dirigida a primera infancia: entendido como el conjunto de servicios que contienen las intervenciones que el Estado debe proveer a las ciudadanas/os para incidir en los factores priorizados y, consecuentemente, en los resultados del DIT (El Peruano, 2016). Para este estudio se considerarán los siguientes servicios/puntos de atención: centros de salud para atención gestacional y control de crecimiento y desarrollo del niño (CRED), RENIEC para el servicio de identidad, centros de cuidado como CUNA MÁS, e instituciones no escolarizadas y escolarizadas del sector educación (cuna y cuna jardín).
- Percepciones: siendo esta la opinión que puede surgir - en una persona - a partir de la observación (o experiencia) de un fenómeno o situación (Vargas, 1994).

Para responder a los objetivos, se usó la entrevista a profundidad en todos los casos (Anexo 1 y 2). A continuación, se presenta un resumen sobre las características del instrumento.

Tabla 2. Resumen de uso de instrumento de recolección de información.

Constructo	Instrumento	Objetivo del módulo	Descripción
Percepciones	Entrevista – modulo 1	Conocer a profundidad la experiencia y percepciones generales de las gestantes y madres participantes sobre la ruta de atención dirigidos a primera infancia	Se contará con una guía semi estructurada. Esta guía contará con preguntas abiertas que se ordenarán según los ejes de análisis. Estas entrevistas serán dirigidas por el investigador, quien además tomará apuntes en el cuaderno de notas.
Percepciones sobre fortalezas y limitaciones	Entrevista – modulo 2	Identificar y conocer a profundidad las percepciones sobre fortalezas y limitaciones en el proceso de acceso a una ruta de atención dirigida a primera infancia de la población participante.	Se contará con una guía semi estructurada. Esta guía contará con preguntas abiertas que se ordenarán según los ejes de análisis. Estas entrevistas serán dirigidas por el investigador, quien además tomará apuntes en el cuaderno de notas.

Ruta de Atención de Servicios dirigidos a primera infancia	Entrevista – módulo 3	Conocer la ruta de atención dirigidos a primera infancia que las gestantes y madres participantes han realizado hasta el momento.	Se contará con una guía de trabajo detallada que indicará los diversos tópicos de discusión. Esta guía contará con preguntas abiertas que se ordenarán según los ejes de análisis. Estas entrevistas serán dirigidas por el investigador, quien además tomará apuntes en el cuaderno de notas.
---	-----------------------	---	--

Fuente: Elaboración propia del investigador.

Durante la investigación se prestó atención a las conversaciones informales que resultaron del proceso de interacción con las participantes. Para este caso, se utilizó un cuaderno de notas que sirvió para recoger información expresada en conversaciones informales. Estas son conversaciones que se dieron fuera del marco de una entrevista y que resultaron interesantes para escuchar los comentarios de las participantes.

3.3 Procedimiento.

- **Proceso de selección de participantes.**

La población fue obtenida a partir de una base de datos recopilada por el proyecto SAMI (Salud Materno Infantil) de la ONG Socios En Salud. Esta información se encontró en un padrón de gestantes en el último trimestre y madres de niños de 4 a 12 meses, de 4 establecimientos de salud del distrito de Carabayllo, y las madres fueron seleccionadas según los criterios previstos y por conveniencia. Es decir que se eligió a las madres que estaban más accesibles porque tienen mayor relación o adherencia en el proyecto y/o demostraron mayor voluntarismo para participar en este estudio.

También se usó el muestreo de bola de nieve para encontrar a otras mujeres que cumplieran con las mismas características planteadas, sobre todo a aquellas que tenían hijos en el primer trimestre de vida.

- **Piloto de instrumentos.**

La guía de entrevista a profundidad fue revisada por expertos en el tema que dieron sus comentarios para la afinación de todos los instrumentos. Seguidamente, se realizaron 2 entrevistas piloto para la validación. Esto se realizó con mujeres que cumplían las mismas características que las madres del estudio o con mujeres que recientemente habían pasado el primer año de vida de sus hijos, y desearon participar de forma voluntaria. Algunas de estas madres fueron referidas por el proyecto CASITA de la ONG Socios En Salud, quien también trabaja con otro grupo de madres del distrito de Carabayllo que tienen hijos de 6 a 24 meses.

Durante el piloto se prestó atención al uso del lenguaje del instrumento, a la inteligibilidad del mismo y la fluidez de las preguntas. Finalmente se afinaron los detalles en los instrumentos para su uso en la recopilación original de la información. Los tres cambios más importantes fueron los siguientes:

- i) Establecer las preguntas por cada uno de los servicios de atención a los que debían acudir en lugar de preguntar de manera general por toda la ruta de servicios debido a que permitía llevar con la conversación de manera más ordenada.
- ii) Se decidió realizar las preguntas de la guía de entrevista por cada uno de los servicios mapeados como parte de la ruta de atención: centros de salud para atención gestacional y control de crecimiento y desarrollo del niño, RENIEC para el servicio de identidad, centros de cuidado como CUNA MÁS, e instituciones no escolarizadas y escolarizadas del sector educación.

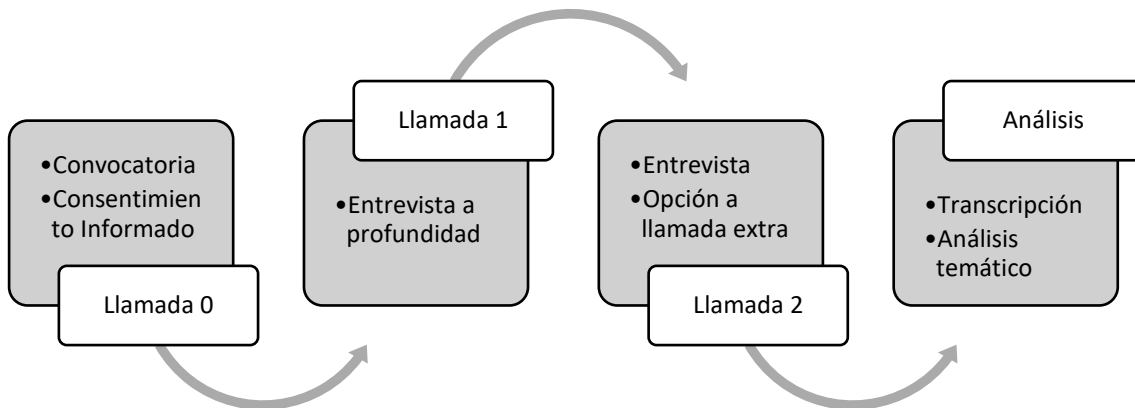
- iii) Se establecieron algunos criterios previos para evaluar las experiencias de las madres como calidad del trato del personal de salud, distancia hacia el servicio, medio de transporte, resolución de dudas del personal de salud; lo que permitía evaluar con mayor claridad si había fortalezas o limitaciones en estos aspectos.

- **Proceso de recojo de información.**

Bajo las circunstancias sociales de cuarentena y aislamiento social por la crisis de la COVID-19, las entrevistas se realizaron únicamente a través de llamadas telefónicas. La participación de las mujeres fue consentida por consentimiento informado (Anexo 3) que aseguró la confidencialidad y el anonimato de los datos, y cuya respuesta positiva de aceptación fue grabada. Las entrevistas (llamadas telefónicas) fueron grabadas. La información de las entrevistas fue transcrita fielmente para su posterior análisis.

Las llamadas telefónicas se realizaron bajo el siguiente orden: “llamada 0” para convocar, explicar el estudio, y dar consentimiento informado; “llamada 1” para entrevista a profundidad con los principales temas; y “llamada 2” para retomar algunos puntos de discusión ubicados en la llamada 1. Esto se expresa en el siguiente esquema:

Gráfico 3. Proceso de recolección de información a través de llamadas.



- **Plan de análisis de información.**

El análisis inductivo guio el análisis de este estudio. Este tipo de análisis enfatiza que los códigos y temas se derivan del contenido de la información recabada, es decir el enfoque inductivo para la codificación y análisis es un enfoque de *abajo hacia arriba* y está impulsado por lo que está en los datos (Braun y Clarke, 2012). Dado que resulta difícil ser puramente inductivo, para el análisis se usaron ciertos ejes predeterminados como las percepciones generales, fortalezas y limitaciones, ruta de atención y efectos de la COVID-19 que dan una impresión de estar partiendo a su vez de un análisis deductivo. Sin embargo, los ejes mencionados anteriormente solamente cumplieron una función de ordenamiento de la presentación de los resultados, cuyo contenido fue creado a partir de las categorías halladas en el análisis inductivo.

Toda la información fue analizada haciendo uso de la herramienta Atlas.ti 7, para generar códigos y categorías de respuesta hasta lograr sistematizar la información con claridad según puntos en común que sean significativos para las participantes del estudio en el contenido obtenido.

Así mismo, se realizó una validación de categorías de análisis de todas las entrevistas con la colaboración de un profesional experto en el tema, quien realizó un propio análisis, y luego se corroboró si las categorías fueron coincidentes y en qué nivel lo eran con las categorías del investigador. Finalmente, el análisis de la información, resultados y discusión tuvieron revisiones conjuntas con la asesora de tesis para afianzar cada reflexión.

- **Descripción de los Principios Éticos de la investigación considerados en el estudio.**

La confidencialidad de los participantes estuvo siempre garantizada. Antes de comenzar con la recopilación de información, el investigador se comprometió a comunicar sobre los objetivos y alcances de la investigación a las participantes. Se leyó el consentimiento informado y se solicitó la aprobación de la participante a través de una nota de voz grabada. La aprobación de este consentimiento representó un compromiso de obedecer todas las normas de confidencialidad.

Se estableció que no se podrá divulgar el nombre o algún detalle que pueda permitir identificar a un participante o a algún miembro de su familia. Para ello, se usó un seudónimo o nombre falso para cada participante. El estudio no contuvo riesgos para las personas participantes. Se procuraron horarios adecuados para entrevistar a las participantes para evitar algún riesgo o dificultad familiar.

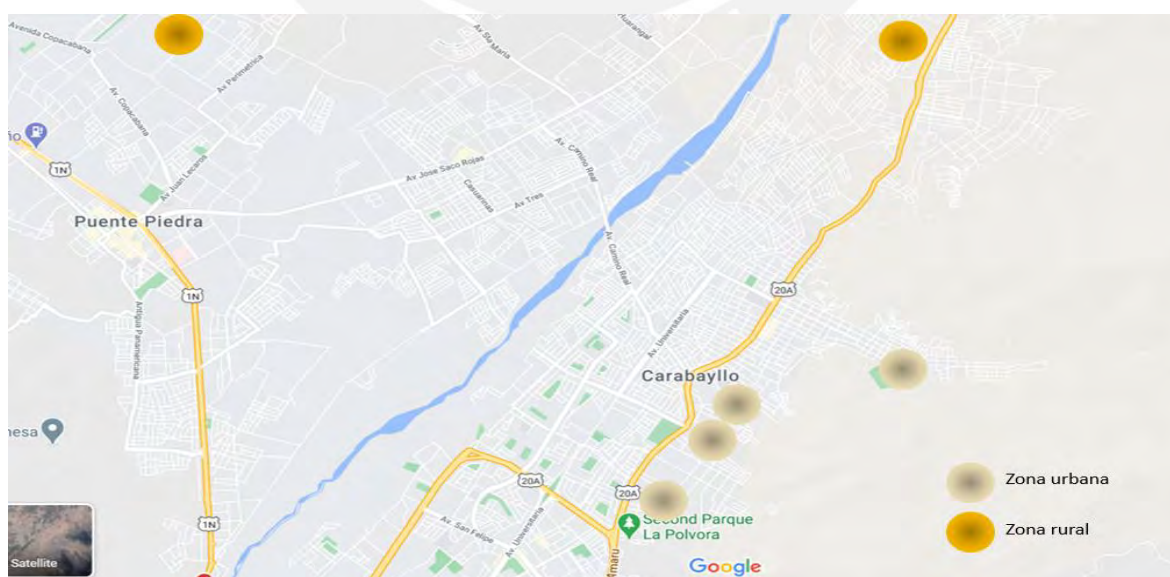
4. RESULTADOS

Esta sección incluye los resultados a partir de la revisión de las entrevistas, guiados por el análisis temático inductivo. De este modo, los principales hallazgos se encuentran divididos por ejes temáticos que son los constructos deductivos considerados en la sección de metodología.

1. Percepciones generales sobre la Ruta de servicios de atención a la gestante y en el primer año de vida de su hijo/a.

Las participantes del estudio, como ya han sido descritas en la sección de metodología, vivían en zonas urbanas y rurales, ubicadas en diversos puntos del distrito de Carabayllo. En el siguiente mapa se muestran los espacios geográficos en los que se encuentran ubicadas las participantes, siendo los puntos de color naranja, los territorios rurales y los puntos de color crema, los territorios urbanos. Este gráfico permite analizar la cercanía que tienen las participantes con los diversos servicios relacionados al DIT.

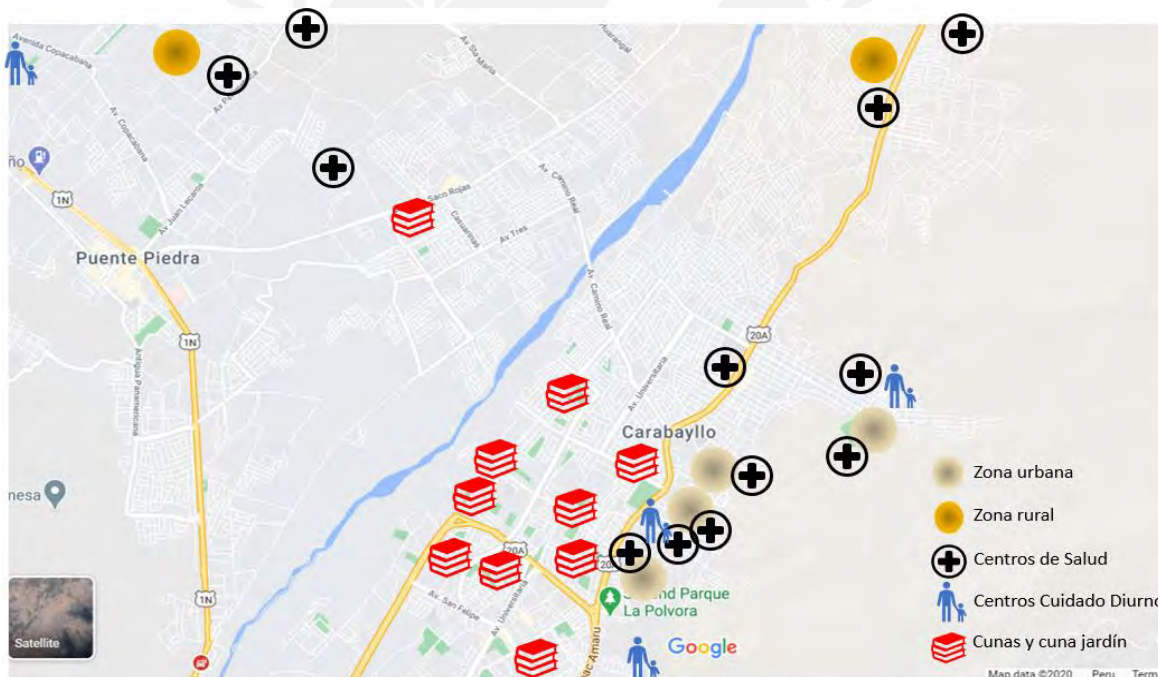
Gráfico 4. Mapa de ubicación territorial de las participantes del estudio.



Fuente: Elaboración propia a partir de la información territorial obtenida de las participantes.

Seguidamente, el distrito de Carabayllo, también ofrece la posibilidad de acudir a diversos servicios del Estado orientados al primer año de vida, tales como: establecimientos de salud (hospitales, centros de salud y centro materno infantil) del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), a los que podían acudir, en su mayoría de casos, rápidamente por encontrarse en su jurisdicción territorial asignada; Servicios de Cuidado Diurno de CUNA MÁS del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), y a instituciones no escolarizadas y escolarizadas de Ciclo I del Ministerio de Educación (MINEDU). Esto, puede ser observado, en el siguiente gráfico:

Gráfico 5. Mapa de ubicación territorial de participantes y ubicación de servicios.



Fuente: Elaboración propia basada en informes de los sectores¹.

Aunque las gestantes y madres participantes viven con relativa cercanía a los servicios, no todas tienen el mismo nivel de acceso. Las madres que viven en la

¹ Basado en los mapas de jurisdicción de los centros de salud de la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Norte, en los mapas del visor de ubicaciones del Programa Nacional CUNA MÁS, y en los mapas de Escala (Estadística de la calidad educativa).

zona urbana tienen acceso a una gama de servicios más completa a diferencia de sus pares viviendo en zonas rurales. Se volverá a estos gráficos durante el desarrollo de los resultados y discusión.

Uno de los principales hallazgos consiste en que las 20 participantes de este estudio han experimentado y conocen una Ruta de servicios de atención limitada en comparación a la gama completa de servicios que la ruta del DIT en el país ofrece. Todas las participantes han vivenciado dicha ruta principalmente desde el sector salud e identidad, asistiendo mayoritariamente a los centros de salud de diversos niveles y a la RENIEC.

Esto debido a que el sector salud constituye la puerta de entrada a la ruta de atención desde que las madres inician su participación y/o asistencia a los servicios que ofrece el estado para la gestación y el cuidado de los niños en el primer año de vida. Estos están conformados por los establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú, tales como Puesto y Centros de Salud (CS), Centros Materno Infantiles y Hospitales. Las madres conocen más sobre los servicios anteriormente mencionados e incluso, después de haber indagado sobre otros servicios de la ruta de atención como CUNA MÁS, cunas o cuna jardín, no los conocían y recordaban constantemente los centros de salud. Solo 2 de ellas habían escuchado y/o conocían sobre otros servicios como los jardines, pero no habían acudido a los mismos por lo que no contaban con experiencia relacionada.

Es por ello que, desde que las madres van forjando una percepción sobre estos CS, que se traduce en el conocimiento que tienen sobre el funcionamiento del servicio y las valoraciones que realizan sobre los mismos. En este sentido, los

hallazgos se centran en esta experiencia focalizando la atención y análisis en los servicios del sector salud.

a) Conocimiento sobre el proceso de atención.

Para muchas madres, el proceso de atención en los servicios de salud es ampliamente conocido. Esto debido a la experiencia que toman desde la primera vez que acceden al servicio y a los comentarios de otras madres – que no son primerizas – que conocen el trayecto de atención, lo cual fortalece sus conocimientos. Se ha encontrado que muchas madres conocen que deben acudir previamente al CS para obtener la cita, como se menciona a continuación:

Tenía que sacar una cita... para que te atiendan, por ejemplo, un día lunes, martes, tenías que sacar la cita el día sábado para que te pongan en tus días, y así cuando te quieres atender un día miércoles, jueves, un día lunes tenías que sacar la cita, antes que.... para que te programen. (Madre, 25 años)

Este proceso de cita resulta ser conocido por las madres, pero también implica un esfuerzo para ellas de acudir lo más temprano posible a los CS: “Entonces... yo sacaba un día anterior mi cita, obviamente ir temprano, levantarme temprano porque toma tiempo ya que hay muchas personas que también sacan citas para otras áreas” (Madre, 36 años).

Algunas madres han considerado que el proceso para obtener las citas puede ser agotador, pero que también se adecuaba a sus posibilidades. El servicio da la oportunidad de programar tu cita de acuerdo a los tiempos que resulten más beneficiosos para ellas, así, por ejemplo:

Entonces yo también tenía que ir temprano para poder sacar mi cita y depende de la hora que iba ya pues ... a mí me entregaban y... a la hora que yo también deseaba, a veces en la mañana, en la tarde, depende de cómo yo me adecue. (Madre, 23 años)

Otro motivo sobre cómo las madres tienen un conocimiento concreto sobre el trayecto de atención es la comunicación establecida con el personal de salud. Este

personal muchas veces ha comunicado sobre los pasos que las madres deben seguir para ser atendidas: “La obstetra misma me comentó eso, que después de dar a luz lo llevara (al CS) ... poco a poco, aparte al bebe y aparte yo” (Madre, 20 años). Las madres perciben este acto como altamente positivo ya que les ayuda a conocer el proceso y a no estar “perdidas” al ser la primera vez que se encuentran gestando o llevando a sus hijos a los CS. Lo cual resultaba pertinente porque las madres llegaban a conocer muy bien el trayecto al interior de los CS. Una madre explica:

Primero tenías que pasar por admisión... tu cita... confirmar la cita. Después de confirmar la cita, te llamaban en triage para pesar al bebe, ¿no?, y después de que pesan al bebe ya te llaman donde la licenciada de control y desarrollo. Ahí también tienes que hacer tu cola... esperar... tu turno. (Madre, 28 años)

Sin embargo, otras madres, percibieron los servicios de los CS o RENIEC como espacios confusos donde no sabían qué procedimiento hacer.

No. No, no, no tenía una idea más o menos de eso... No, porque nadie me orientó de eso. No llegué a sacar su DNI ahí, lo saqué 3 meses después porque... como yo vivo en una zona, así, un poco alejada, no podía estar saliendo a cada rato. (Madre, 23 años)

Tabla 3. Codificación de percepciones generales sobre los servicios de atención en el primer año de vida.

CATEGORIA	CÓDIGO	SUBCÓDIGO	FRECUENCIA
E1_CONOCIMIENT O SOBRE EL PROCESO DE ATENCIÓN	LAS MADRES CONOCEN EL TRAYECTO DE ATENCIÓN	Obtener cita previamente	16
		Conocimiento del trayecto en el CS	2
	PERSONAL DE SALUD COMUNICA ESTE TRAYECTO	Obstetra comunicó sobre próximos servicios	2
	DESCONOCIMIENTO DE LAS MADRES	Desconocimiento de futuros servicios (cuidado del niño)	3
		Desconocimiento del trayecto de atención en el CS	2

b) Servicios de atención como espacios de socialización.

De otro lado, se ha encontrado que las madres valoran los espacios de los CS y RENIEC como oportunidades para la socialización. Algunas de ellas indican que tienen la oportunidad de dialogar con otras madres, las cuales tienen mayor experiencia y pueden emitir consejos: “Conversar con otras mamitas y recibir consejos para poder aprender” (Madre, 19 años).

Tabla 4. Codificación de percepciones generales sobre los servicios de atención en el primer año de vida.

CATEGORIA	CÓDIGO	SUBCÓDIGO	FRECUENCIA
E1_ESPACIO DE SOCIALIZACIÓN	APRENDIZAJE MUTUO ENTRE ASISTENTES	Aprender de otras madres	3

2. Ruta de servicios de atención a la gestante en el último trimestre y en el primer año de vida.

A medida que las madres expresan sus percepciones a cerca de los servicios a los que acceden, se podía ir entendiendo la lógica real de la ruta de servicios de atención dirigidos a gestantes en el último trimestre y niños hasta el primer año de vida. Esta ruta tiene ciertos matices que son importantes de mencionar.

- a. Como se afirmó anteriormente, esta ruta empieza claramente con los servicios de salud, donde las gestantes en el último trimestre, se encuentran asistiendo a los C.S. de su jurisdicción territorial para su control de gestación. Asisten con una frecuencia de una vez al mes y dos veces al mes cuando se encuentran en los dos últimos meses de gestación. Es probable que algunas de ellas acudan a servicios hospitalarios por situaciones de salud de mayor complejidad.
- b. Al mismo tiempo, acuden a servicios particulares cuando se presenta una necesidad de realizar ecografías como parte del control gestacional. Para el

caso de Carabaylo, las gestantes pueden obtener la ecografía en el CMI de su jurisdicción, pero ante la escasez del servicio y la saturación de las citas, muchas de ellas optan por realizar la ecografía en centros de imágenes particulares o privados. De cualquier modo, esta es una salida temporal de la ruta común de atención, ya que después de obtener la ecografía, retoman sus consultas en los CS.

- c. Después de esto, al llegar el momento del parto, los servicios se despliegan en dos brazos. De un lado, el parto se realiza en el CMI, cuando no hay riesgo en el embarazo, y/o en el hospital, cuando es un caso de riesgo, se presente alguna emergencia o la madre lo prefiera. Inmediatamente después del nacimiento. Ello puede estar ligado al acceso a identidad por parte de RENIEC, dado que en centros de salud de mayor nivel se han adecuado oficinas de RENIEC que permiten obtener las partidas de nacimiento y Documento Nacional de Identidad (DNI) de forma inmediata.
- d. Si esto no resultase, la madre debe acercarse posteriormente a las oficinas de la RENIEC, ubicadas a distancias relativamente lejanas, en el caso de Carabaylo.
- e. Cual sea el camino tomado por la madre, la ruta vuelve a encausarse en los C.S. Dado que el niño requiere del servicio de inmunización (vacunas) y controles de crecimiento y desarrollo; la madre vuelve a participar de forma mensual en los controles en los CS. junto a su hijo(a).
- f. Sin embargo, es probable que, durante este tiempo, se realicen visitas con más o menos frecuencia al hospital para situaciones de emergencia o problemas de salud de mayor complejidad relacionados al niño o a la madre.

Si esto sucediera, el niño o madre son atendidos en el hospital, pero finalmente retornan a su CS para continuar el seguimiento clínico.

Además, se evidencia que, dentro de toda esta experiencia, las 20 participantes del estudio no acudían a otros servicios que ofrece el estado. Como se ha visto en los mapas anteriores, las participantes tienen la oportunidad – territorial - de conocer estos otros servicios y viven relativamente cerca, pero mencionaron no conocerlos. Ellas comentaron que no se habían enterado de la existencia de estos servicios, que en los centros de salud no les comentaron que podían acudir a otros servicios, y mencionaron también que actualmente su preocupación se centraba principalmente en la salud de sus hijos e hijas, con lo que acudir a los centros de salud constituía su principal objetivo.

Gráfico 6. Ruta de Servicios de Atención en el periodo de gestación desde el último trimestre hasta niños menores de 1 año.



Fuente: Elaboración propia del investigador.

3. Fortalezas y limitaciones de la Ruta de servicios de atención para gestantes y primer año de vida.

Las fortalezas de la Ruta de servicios de atención dirigidos a gestantes y primer año de vida que se hallaron, basados en las percepciones y experiencias de las participantes, demuestran peculiaridades de la ruta para este grupo de gestantes y madres de Carabayllo:

- a. Existe una fuerte relación de las usuarias con los servicios del sector público de salud que están integrados internamente (CS, CMI, Hospitales), formando eslabones que permiten pasar de la atención durante la gestación y el nacimiento, a la atención del crecimiento y desarrollo del niño, lo cual permite mantener la participación de las madres de manera constante para recibir atención oportuna. Demostrando un consistente ejemplo de articulación e integralidad interna.
- b. Existe un enlace – eslabón – concreto y funcional entre los centros de parto y la RENIEC para asegurar la obtención inmediata del Documento Nacional de Identidad (DNI), documento que posteriormente será vital para recibir atención en otros servicios durante toda la vida del niño y niña, incluso en su adultez. Demostrando un consistente ejemplo de articulación e integralidad externa o entre servicios de diferentes sectores.
- c. Las madres disponen de un conocimiento preciso de los flujos de atención al interior de los centros de salud y RENIEC que les permite tener una experiencia más eficaz. Esto ha sido fortalecido por el trato cálido y la resolución de dudas que han obtenido de los trabajadores de ambos servicios.

- d. Los servicios constituyen un espacio de socialización entre las madres que acuden consistentemente para informarse sobre los flujos de atención y otros posibles servicios.

Por su parte, las principales limitaciones, según la experiencia de las participantes, se constituyen de la siguiente manera:

- a. No se ha encontrado, desde la percepción de estas madres, que la ruta tenga una integralidad consistente con los servicios de otros sectores. Por ejemplo, los centros de salud y RENIEC están fuertemente ligados al conocimiento de estas madres dado que funcionan aliados en centros de parto, pero ellas no conocían de otros servicios como CUNA MÁS, cunas o cuna jardín; lo que sugiere que entre sectores aún hace falta establecer los eslabones de contacto para generar sinergias y que las madres e hijos puedan “saltar” de un servicio a otro efectivamente. Demostrando un consistente ejemplo de que, después del nacimiento y durante el primer año de vida, aún se requiere articular mejor los servicios a los que las madres y sus hijos pueden acudir.
- b. En la ruta consignada para las participantes existen “fugas” notorias en el servicio de ecografía, dado que las participantes manifestaron que, al no encontrar el servicio en los puntos de atención de la ruta, han tenido que buscar otros servicios privados que puedan cubrir dicha necesidad. Demostrando fugas en el sistema integrado que requiere ser reforzado.

3.1 Atributos de calidad de los servicios de la ruta de atención desde la percepción de las gestantes y madres de niños en el primer año de vida.

Ahora bien, aunque el intento inicial del estudio es conocer las fortalezas y limitaciones de la ruta de servicios y no de los servicios individualmente, la ruta configurada por el discurso de las participantes de este estudio consignaba únicamente a los servicios del sector público de salud e identidad (RENIEC). En ese sentido, se exploraron las fortalezas y limitaciones que estos servicios han mostrado desde la experiencia y percepción de las participantes, y se encontraron diversos aspectos relacionados a la calidad de los servicios.

De una lista de múltiples factores tales como: duración de la atención de los servicios, calidad y trato de la atención, organización de la atención en los centros de salud, ausencia de servicios y acceso a servicios particulares, y distancia y transporte hacia los centros de salud; se conformaron, algunos atributos de calidad de los servicios, relacionados a aspectos positivos y negativos. Seguidamente, se expresan los principales tópicos mencionados por las madres y el sentido que tomaron en su experiencia vivida.

Tabla 5. Los 4 atributos de calidad claves en la atención según la perspectiva de las madres participantes.

Atributos	Definición	Fortaleza o Limitación
Orientación e información	Las madres resaltan la capacidad de sentirse menos "perdidas" cuando reciben una buena orientación de parte del personal de salud, y tienen la información adecuada sobre cómo funciona la atención en ese servicio.	Es una fortaleza, cuando: Las madres han sentido que el personal de salud les ha explicado detalladamente el proceso de atención, y ha resuelto sus dudas y preguntas. Es una limitación, cuando: El personal de salud no es explícito con las indicaciones, no resuelve las dudas o preguntas de las usuarias, y cuando la información brindada por el personal de salud es diferente entre ellos.
Trato cálido	Las madres resaltan la capacidad de sentirse confortadas cuando el personal de salud les ha guiado amablemente, y no se han	Es una fortaleza, cuando: El personal de salud ha hablado amablemente a las madres, les ha dado consejos que ellas no esperaban y han logrado que las madres se sientan

	<p>sentido ignoradas o un trato indiferente.</p>	<p>confortadas, menos estresadas y con alguien en quien poder confiar sus dudas.</p> <p>Es una limitación, cuando:</p> <p>El personal de salud ha sido indiferente, ha tenido un trato déspota y ha generado nerviosismo, estrés, y mayor preocupación en las madres. Esto ha acontecido principalmente cuando las madres hacen preguntas porque no entendieron bien una indicación o cuando quieren obtener citas previas o adicionales.</p>
Organización tiempos de la atención	<p>Las madres resaltan la situación problemática que implica no organizar bien los tiempos de la atención, lo que hace que muchas de ellas estén atentas para no perder el turno de atención. Añadido a esto, el tiempo invertido en la atención total es de 1 mañana completa, esperando mucho tiempo para ser atendidas, y obteniendo una consulta de muy poco tiempo.</p>	<p>Es una fortaleza, cuando:</p> <p>Las madres resaltan que la atención es muy organizada en su mayoría de casos y se cumplen los plazos establecidos. Por ejemplo, si obtuve una cita para el viernes, el viernes la cita se hace efectiva. Mencionan también haber esperado poco tiempo en algunas ocasiones en las que no había muchas personas en los CS.</p> <p>Es una limitación, cuando:</p> <p>El personal se desordena con los turnos de atención, permiten el ingreso de personas en momentos que no les corresponde, no se encuentran las fichas de atención o las historias clínicas, y tienen una alta saturación de personas en espera.</p>
Servicios y equipamientos	<p>Las madres rescatan que los CS deben contar con los servicios y equipamientos necesarios, como servicios higiénicos en buen estado, bancas y zonas de espera seguras, y equipos para atenciones como salud bucal, análisis clínicos y ecografías.</p>	<p>Es una fortaleza, cuando:</p> <p>Las madres resaltan que pudieron realizar sus análisis clínicos rápidamente en el mismo CS y que cuando necesitaron una ecografía, pudieron obtenerla en el CMI de forma rápida. Este último punto ocurre muy pocas veces.</p> <p>Es una limitación, cuando:</p> <p>Las madres resaltan que algunos CS no cuentan con un buen servicio higiénico y no tienen equipamiento para algunas atenciones específicas como salud bucal. Además, resaltan no haber encontrado ecografías porque no había cita, no había especialista o el equipo no se encontraba en funcionamiento.</p>

Fuente: Elaboración propia del investigador.

Entender los principales atributos de los servicios tiene una especial importancia en la configuración de la ruta, dado que el tipo o calidad de funcionamiento que tenga un servicio tendrá un efecto sobre toda la ruta. Así, por ejemplo, una de las

principales limitaciones o problemas que perciben las madres en los centros de salud es la ausencia de algunos servicios que requieren usar, sobre todo cuando se encuentran en proceso de gestación.

Las gestantes que participaron de este estudio, mencionaban que el CS donde se atendían no contaba con servicio de ecografía, y que debían atenderse en el Centro Materno Infantil (CMI) del distrito; pero cuando acudían a este, no encontraban cita o el CMI no disponía de ecografías en aquellos momentos.

Por ejemplo, en salud necesitamos, cuando necesitamos una ecografía o algún análisis que nos hagamos, no hay... nada, nada... encima te mandan allá para el 22, y ahí tampoco no hay. Uno vas, vas, vas... cuando estaba embarazada, me acuerdo iba para que me puedan hacer una ecografía, nada, no había cita, no había cita. (Madre, 28 años)

Ante esto, la opción más viable era acudir al servicio de ecografías en centros de imágenes particulares, donde las gestantes invertían económicamente para obtener la ecografía requerida. Muchas veces este servicio particular era, incluso, recomendado por el mismo personal de salud.

Ah... la señorita de la obstetricia me sugirió al frente de Collique, SERVAN, SERVAN... hay un policlínico o una clínica, si no me equivoco. Eh... para saber la formación, todo eso... como yo he trabajado, todo ese tiempo he trabajado, bueno... la primera ecografía me costó 130, si no me equivoco, o 120... normal, con mi pareja lo pagamos. Yo también, como trabajaba, aportaba, ¿no? (Madre, 21 años)

En otros casos, había un problema en el conocimiento del servicio. Las madres no tenían la información de que en el CMI podían recibir una ecografía, como se manifiesta a continuación:

Es que yo no sabía porque si de un principio sabía que en el materno infantil que es en el 22, había este tipo de ecografías que te podían hacer, o sea con el SIS, desde un principio normal le hubiera dicho a la doctora cuando me atendió, cuando me tocaba mi cita, le hubiese dicho para que me dé y de una vezirme y sacar todas esas cosas, pues, ¿no? (Madre, 30 años)

De cualquier modo, el acceso a un servicio particular para cubrir la necesidad del examen de imagen, representa un nuevo camino dentro de la ruta de servicios de

atención, dado que al no cumplir el camino preestablecido (del CS al CMI), se genera un camino adicional (del CS al particular y volver al CS).

Lo mismo acontecía con los medicamentos, dado que las madres observaban que algunos medicamentos recetados no podían obtenerlos en los C.S, y los compraban aparte.

Tabla 6. Codificación de ausencia de servicios y acceso a servicios particulares.

CATEGORIA	CÓDIGO	SUBCÓDIGO	FRECUENCIA
E2_AUSENCIA DE SERVICIOS Y ACCESO A PARTICULAR	AUSENCIA DE ECOGRAFÍAS EN LOS CENTROS DE SALUD	No tienen ecografías	3
		Se cuenta con ecografías, pero se desconoce	2
	ACCESO A ECOGRAFÍAS PARTICULARES	Ecografías particulares	6
	COMPRA EXTERNA DE MEDICAMENTOS	Comprar medicamentos que no tenía el CS	1

El efecto inmediato es que se obtenía un camino distinto a la ruta convencional que las gestantes debieran pasar dentro del sistema de salud, por ejemplo. Estos pequeños desvíos en la asistencia a servicios, terminan dando una configuración distinta y real de la ruta de atención.

4. Efectos de la cuarentena por COVID-19 en los servicios de atención en el primer año de vida.

a) Servicios cancelados debido a la cuarentena por COVID-19.

Ahora bien, durante el proceso de recojo de información y bajo el contexto de cuarentena por la COVID-19 en el país, las madres tenían muy presente esta situación y mencionaron las experiencias que vivieron a partir de la misma.

Por un lado, las madres identificaron que rápidamente los servicios que brindaban los CS se vieron interrumpidos, y con ello el seguimiento que podían hacer a su

proceso de gestación y la salud de sus hijos. Sus preocupaciones se basaban principalmente en que desconocían el estado de su embarazo, que sus hijos no tenían vacunas y que no sabían su peso o talla, y por ende su estado de salud.

... estaba preocupada por su vacuna, como ya va cumplir 4 meses, todavía no tiene sus vacunas de los dos meses. Y he estado preguntando y me dijeron que todavía no se activa, pero esta semana ya este... me había inscrito a una página... Ajá, y ya pues, anteayer creo, me llamó la señorita de vacunación de La Flor y ya pues... y me empadronó para que me puedan llamar estas semanas, ¿no? (Madre, 21 años)

Y con menos preocupación, muchas de ellas experimentaron un alto en la atención de RENIEC para la obtención del DNI de sus menores hijos. Cuando las madres comentan sobre esta experiencia, al parecer lo hacen con menos urgencia en comparación a la necesidad de los servicios de salud: “No, todavía no. Solo me dieron un certificado de nacido vivo, si no me equivoco... y me dijeron: “Con esto, cuando se levante la cuarentena, vas a la RENIEC”, me dijeron.” (Madre, 31 años).

Ahora si bien es cierto, esta situación genera cierto nivel de ansiedad y preocupación en las madres, algunas de ellas identifican como una fortaleza y beneficio que el personal de salud, principalmente las obstetras, hayan mantenido comunicación con ellas a través de llamadas y/o mensajes de texto.

... hasta ahora incluso también una obstetra me contactaba a preguntarme cómo iba y todo, ¿no?, por la situación. (Madre, 31 años)

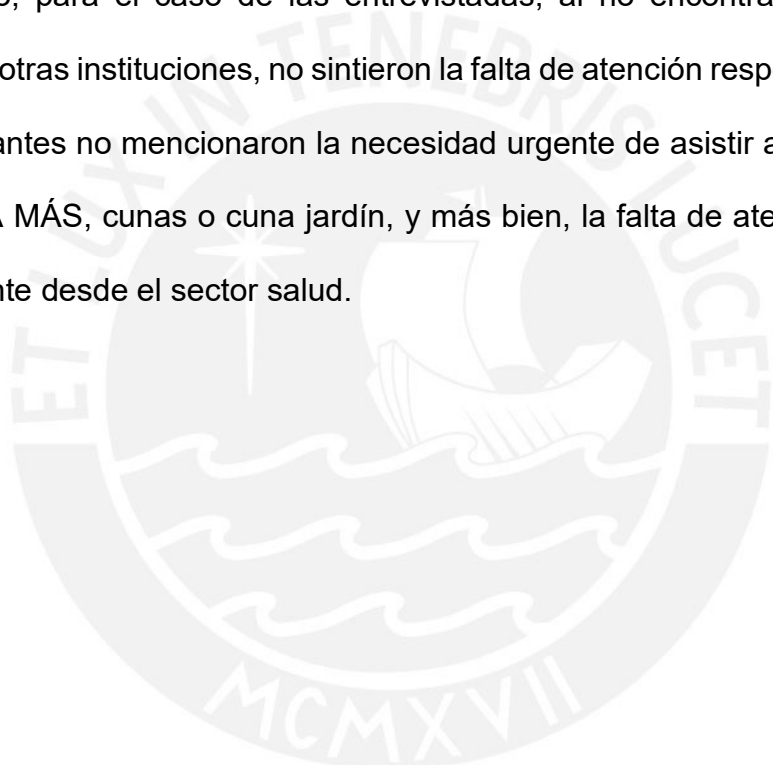
Pero sí... sí me llama la obstetricia y si me llama... y yo le pregunto... al menos ya le toca la vacuna y ya me pasó el número de la enfermera para yo poder sacar mi cita. (Madre, 25 años)

En otros casos, aunque con menos frecuencia, las madres manifestaron no haber tenido mayor comunicación con el personal de salud post cuarentena: “pero después de la cuarentena, la obstetra no me llamó ni siquiera para que me pregunte cómo estoy, incluso yo la tuve que llamar para decirle que mi bebe estaba resfriado, qué es lo puedo hacer, ¿no?, todas esas cositas.” (Madre, 39 años).

Tabla 7. Codificación de Efectos de la cuarentena por COVID-19 en los servicios de atención en el primer año de vida.

CATEGORIA	CÓDIGO	SUBCÓDIGO	FRECUENCIA
E4 SERVICIOS CANCELADOS POR CUARENTENA	SERVICIOS DETENIDOS POR CUARENTENA	RENIEC en alto por cuarentena	5
		Vacunación en alto por cuarentena	6
	COMUNICACIÓN POST CUARENTENA CON PERSONAL DE SALUD	Llamadas con obstetras post cuarentena	5
		No hubo comunicación con la obstetra post cuarentena	2

De otro lado, para el caso de las entrevistadas, al no encontrarse usando los servicios de otras instituciones, no sintieron la falta de atención respecto a sus hijos. Las participantes no mencionaron la necesidad urgente de asistir a otros servicios como CUNA MÁS, cunas o cuna jardín, y más bien, la falta de atención se sentía principalmente desde el sector salud.



5. DISCUSIÓN

La Ruta real de Servicios de Atención para las gestantes en el último trimestre y niños hasta el primer año de vida: fortalezas y limitaciones.

Para tener una mirada amplia y concreta de cómo se configura la ruta más real posible al que las madres de la muestra han tenido acceso, se puede establecer un comparativo entre 3 posibles rutas principales:

- A. La ruta indicada por el estado.
- B. La ruta territorial al que tienen oportunidad de acceder las madres participantes.
- C. La ruta real a la que han accedido las madres participantes.

Tabla 8. Comparativo de 3 rutas de servicios de atención para las gestantes en el último trimestres y niños hasta el primer año de vida.

Servicios y/o Puntos de Atención	Ruta A	Ruta B	Ruta C
Centro de salud para control de gestación	X	X	X
Centro Materno Infantil para ecografía	X	X	X
Servicio privado pagado para ecografía	-	X	X
Centro Materno Infantil para atención de parto	X	X	X
Hospital de alta complejidad para atención de parto	X	X	X
RENIEC (adherido al CS)	X	X	X
RENIEC (oficinas)	X	X	X
Centro de salud para CRED	X	X	X
CUNA MÁS	X	X	-
Ciclo I - Institución Educativa Inicial (escolarizado y no escolarizada)	X	X	-
Ciclo I - PRITE	X	X	-

Fuente: Elaboración propia del investigador.

De este modo, se puede reafirmar que la ruta real (ruta C) al que las madres participantes han tenido acceso durante este periodo de vida, ha sido principalmente a servicios en materia de salud e identidad, a pesar de tener una cercanía territorial con otros servicios como se ha manifestado en los mapas contenidos en los resultados. No se ha encontrado cercanía con los centros de

cuidado diurno de CUNA MÁS y las instituciones escolarizadas y no escolarizadas de Ciclo I de MINEDU.

Durante el diálogo en las entrevistas, las participantes no mencionaron por iniciativa propia otros servicios que no sean del sector salud, por lo que se preguntó directamente por su conocimiento sobre otros servicios, encontrando respuestas de desconocimiento de los mismos. Incluso se consultó con las madres sobre qué otros servicios les gustaría participar con sus hijos, pero la respuesta fue definitiva, resaltando nuevamente el papel del centro de salud frente a necesidades como vacunas, CRED y controles post parto. Es probable que, al encontrarse en la etapa de vida del niño menor a 1 año, la preocupación primordial sea exclusivamente un tema de salud, lo que lleve a ignorar otros servicios.

Así mismo, las madres desconocían de otros servicios como centros de cuidado o de educación; ya que algunas de ellas – sobre todo quienes vivían en zonas rurales – se encontraban lejos a las ubicaciones territoriales de estos centros, y las que vivían cerca – de las zonas urbanas – no lo conocían o no habían oído hablar de estos servicios. Además, la situación de la cuarentena por pandemia de COVID-19 había bloqueado muchos canales de información, ya que al mantenerse aisladas no accedían a los centros de salud donde pudieron haberse enterados de los demás servicios a los que sus hijos podían acceder por la interacción con otras madres asistentes. Por todo esto, muchas de las experiencias y percepciones de las madres se basan especialmente en el sector salud durante el último trimestre y el primer año de vida.

De otro lado, para la ruta B y C es altamente probable que las gestantes accedan a servicios particulares para acceder a ecografías durante la gestación. Este

particular fenómeno, permite discutir algunos puntos esenciales. En primer lugar, se ha visto que cuando los servicios que conforman la ruta de atención no pueden dar una respuesta eficaz a las necesidades de las gestantes, se generan procesos de “fuga” de la ruta ya que, por ejemplo, para las ecografías acceden a servicios particulares.

Esta experiencia de escasez del servicio es internalizada por la madre y por el personal de salud. Lo que ocasiona que, en futuras oportunidades, la madre decida acercarse de inmediato al servicio particular en lugar de ir al CMI porque saben que no obtendrán el servicio; de otra parte, el personal de salud (obstetras y médicos), derivan a los servicios particulares porque también conocen de la ausencia o dificultad de acceso a ecografías en el CMI. Dos Santos, Rapozo y Cueva (2018), ya habían encontrado que algunas mujeres peruanas que viven en la frontera entre Brasil, Colombia y Perú, deciden asistir al centro de salud en Brasil porque encuentran mejor servicio en cuanto a atención y a insumos; lo cual es altamente coincidente con la experiencia de las madres y el personal de salud en esta zona de Carabayllo. Estas fugas de la ruta indican respuestas ineficaces en el engranaje de los servicios de salud y dan oportunidad a situaciones de micro corrupción donde es posible que el personal de salud en enlace con servicios privados, pueda aprovechar los vacíos existentes en la ruta de atención, para beneficio propio.

En segundo lugar, la ruta del estudio presenta una experiencia en contraste a la anterior mencionada en la frontera de Brasil, Colombia y Perú. Cuando esta ruta tiene respuestas concretas, se crean oportunidades para las madres y para mejorar la eficacia de la misma. Este es el ejemplo de los puntos de atención de RENIEC adheridos a los CMI y hospitales. Muchas de las madres coincidieron que era altamente beneficioso poder hacer el trámite de DNI para sus hijos inmediatamente

después de dar a luz. La posibilidad de realizar dos trámites en un mismo espacio, guarda relación con la eficacia que ya había demostrado el diseño del Modelo de Atención al Ciudadano (MAC), que es una plataforma de atención, donde los ciudadanos puedan realizar diversos trámites más importantes en un solo lugar (Barco, 2013). Para esta experiencia del MAC, se había visualizado las siguientes dificultades:

- Tiempo de llegada a entidad para realizar trámites: 30 minutos.
- Tiempo de atención en la entidad para realizar trámites: 15 minutos.
- Tiempo total del trámite: 2 horas y media.
- Otros problemas: largas colas, información deficiente, inadecuado trato personal.

Lo cual guarda coincidencias con la experiencia de RENIEC en los establecimientos de salud debido a la simultaneidad para los trámites de documentos, evitando el traslado de entidad a entidad. Aunque no se cuenta con un comparativo del tiempo que tomaban los trámites de DNI para recién nacidos antes de esta estrategia, se sabe que las madres que tuvieron la oportunidad de acceder al DNI rápidamente consideran que es una fortaleza, en comparación al pequeño grupo de madres que realizaron el trámite en las oficinas de RENIEC externas. Aquí, un claro ejemplo de articulación en los servicios que relata la importancia de acercar los servicios a los ciudadanos, ubicando correctamente el producto en el punto de atención más adecuado. Como mencionan González (2016) y Araujo et. al (2013), este es un ejemplo de buenas prácticas que permite mejorar la coordinación intersectorial en favor de los niños, donde incluso se despliegan esfuerzos de trabajo articulado entre los sectores de la empresa, la sociedad civil y el Estado.

Autores proponen que la implementación de políticas públicas para la primera infancia, involucra la participación de diferentes actores públicos y privados que actúan y toman decisiones (Subirats (2008) en González (2016)); notando así que la experiencia de RENIEC fortalece las redes de soporte para las madres que acuden a los servicios. Por esto, la política multisectorial que refiere al subconjunto de políticas nacionales que buscan atender un problema o necesidad que requiere para su atención integral la intervención articulada de más de un sector bajo el ámbito de competencia de dos o más ministerios (CEPLAN, 2018), es relevante porque puede establecer mecanismos efectivos de atención enfocados en la persona.

Finalmente, la formulación de las políticas y programas intersectoriales no pueden ser ajenos a mirar la experiencia humana que involucra toda participación en espacios públicos. A través de este estudio, se ha encontrado que las madres participantes conocen la ruta, aunque limitada, dado que ellas internalizan los conocimientos de todos los trayectos por los que deben pasar por dos razones principales: i) porque el personal de salud las guía y aconseja, y ii) porque otras madres, que ya pasaron por el proceso, comentan entre ellas, específicamente en el momento de espera.

Esta capacidad natural de establecer diálogo y comentar sobre los servicios y trayectos entre las madres, es un punto a favor para la formulación del programa. Por ejemplo, si generas un cambio en la ubicación del servicio en un determinado punto de atención, como la experiencia de la RENIEC adherida a los CS, es altamente probable que las madres conozcan el nuevo proceso, se adapten y empiecen a comunicarlo boca a boca a otras madres primerizas, a través de un

aprendizaje conjunto. Esto puede generarse observando minuciosamente la interacción que se da entre madres durante el tiempo de espera.

Atributos de calidad a considerar en la Ruta real de Servicios de Atención para las gestantes en el último trimestre y niños hasta el primer año de vida.

Ya se había mencionado que en Latinoamérica se encuentran diversos “puntos flojos” o “cuellos de botella” alrededor de los programas sociales. De esto, se necesita fortalecer mucho más el monitoreo de las actividades para asegurar el cumplimiento de estándares de calidad en la entrega de los servicios (González, 2016; Araujo et. al, 2013; y Harris-Van y Rodríguez, 2013). Adicionalmente, este estudio permite afirmar que se requiere entender la mirada del usuario para enfrentar las limitaciones que tienen los servicios de atención.

Partiendo también de la importancia que implica la percepción de las personas sobre los servicios, Subirats (2008) en González (2016) considera que los resultados en las políticas y programas se pueden medir en las personas. Es decir, los principales logros de las políticas públicas o programas de intervención deben medirse en el alcance del cambio esperado en las personas.

Para el estudio, resulta pertinente tomar en cuenta los 4 atributos claves – *Orientación e Información, Trato cálido, Organización y tiempos de la atención, y Servicios y equipamientos*, - que, a partir del análisis de la percepción de las madres, son importantes y definen su percepción sobre si el servicio tiene una limitación o fortaleza. Estos atributos pueden ser aplicables a todos los servicios que integren la ruta de servicios de atención para gestantes y primer año de vida.

Es necesario tomar en cuenta estos 4 componentes porque permitirán observar el mejoramiento de los servicios. Los “puntos flojos” en los servicios no resultan ser

una novedad, dado que algunos autores, ya habían encontrado que, en servicios hospitalarios, las madres mencionaban que se requería mejorar la rapidez en el tiempo de espera, la puntualidad en la atención y la optimización del trato amable en todo el proceso de atención (Tito y Dávila, 2010). Otros sugieren que las madres perciben los espacios y servicios de atención como confiables cuando encuentran amabilidad en el trato del personal, cuando tienen disposición para escuchar a los padres; y cuando observan una adecuada manera de recibir y tratar a los niños (Sollars, 2017; Jamaludin y Mohamad, 2018).

De lo contrario, resulta ser muy problemático cuando se encuentra una dificultad en el trato que brinda el personal de salud al cuidado principal del niño y la desvalorización de sus capacidades (González, 2016). Dado que las madres pueden sentir tratos indiferentes y sentirse lastimadas durante este proceso. Sigue siendo, entonces, la calidad del trato un aspecto muy importante a mejorar en los servicios de atención.

Los tiempos de espera, por su parte, son un componente importante de ser visualizado. Servicios como el CRED también tiene dificultades en torno al tiempo destinado a la atención. Aunque, la conformación del paquete del CRED y su implementación no haya sido uniforme en todos los establecimientos de salud, y se haya intentado tomar en cuenta los niveles de complejidad de los mismos como la capacidad técnica y los recursos disponibles de cada centro de salud (UNICEF; 2011); el personal de salud aún debe realizar todas estas tareas:

- Evaluación de la situación de la madre y el niño.
- Análisis de los principales problemas encontrados y sus causas inmediatas.
- Consejería participativa.

- Suplementación de hierro y vitamina A.
- Referencia a otros programas o servicios en caso necesario - Programación del siguiente control.

Añadido a esto, la saturación de las personas en los centros de salud que esperan ser atendidas, independientemente de tener una cita programada, hace que la espera sea larga con un promedio de 4 a 5 horas o una mañana completa, y la atención breve, con un promedio de 20 a 30 minutos. Lo que sugiere una necesidad de optimizar los procesos al interior de los servicios de atención en salud y un mejoramiento de la capacidad técnica para cubrir adecuadamente cada atención. Aunque algunos documentos técnicos resaltan los esfuerzos por hacer frente a la deficiente capacidad técnica y carencia de equipos e instrumentos técnicos adecuados para las mediciones (UNICEF, 2011), aún es preciso generar más esfuerzos para lograr establecer una atención de mayor calidad hacia los beneficiarios, en este caso, las gestantes y madres.

Otro de los puntos que puede ser una limitación y una fortaleza es la ubicación de las viviendas de las madres respecto a los servicios de atención y el transporte para dirigirse hacia estos. Se ha encontrado que, a mayor cercanía con los servicios de atención, mayor beneficio económico (menos gasto monetario), menos tiempo invertido y mayor sensación de bienestar. Por el contrario, cuando los servicios son lejanos, se invierte más tiempo, se gasta más dinero y aumentan las sensaciones de estrés en las participantes.

Todo esto sugiere que, si acercamos más los servicios a los puntos de atención más cercanos a los usuarios, y añadido a esto, aseguramos los 4 componentes mencionados anteriormente, se puede establecer una atención de mayor calidad y

aumentar la percepción de las madres sobre las fortalezas que tienen los servicios de atención, en lugar de las limitaciones. Para ello, un enfoque intersectorial para el diseño de las políticas y programar de desarrollo infantil temprano que alinee y una los servicios, creando eslabones coherentes y evitando fugas en el servicio, podría resultar muy beneficioso.

Algunos efectos observados de la Ruta real de Servicios de Atención para las gestantes en el último trimestre y niños hasta el primer año de vida.

Como parte de la discusión, se observan 3 efectos importantes de mencionar, generados a partir de la experiencia que viven las madres en los servicios de atención que conforman la ruta.

- a) El primero. Los vacíos en el servicio generan “fugas” en la ruta que por repetición se convierten en “atajos”. Como ya hemos mencionado, la experiencia previa de una falla del producto, hace que los beneficiarios de los servicios opten por otras medidas que terminan siendo más rápidas – atajos - en términos de tiempo, aunque más caras en términos económicos. Para las madres de la muestra, en condiciones de bajos y medianos ingresos, las ecografías particulares oscilaban entre 30 soles, las más baratas a 120 o 130 soles, las más caras. Lo mismo sucede cuando los medicamentos no pueden ser proporcionados en los CS que les corresponde y deben acceder a ellos a través del pago a farmacias con costos elevados.
- b) El segundo, la insatisfacción de las madres frente a la atención general de los servicios, dado que no hay confortabilidad y sensación de seguridad en el mismo. Este estudio demuestra que algunos aspectos valorados por las madres son el trato cálido, la información concreta para entender los

procesos y no sentirse perdidas, la orientación y resolución de dudas, la seguridad de que podrán tener la cita según lo programado; pero cuando esto no ocurre, se genera un incremento de estrés, ansiedad, preocupación, y una alta insatisfacción con el servicio, al grado de pensar en no asistir más al mismo. Sin embargo, dadas las posibilidades económicas de las participantes, ninguna toma la decisión de retirarse del servicio por no contar con los medios económicos para pagar consultas particulares.

- c) El tercero. Los servicios que no están completos, pueden generar menos cobertura. Es decir, todos los problemas de cancelación de citas, falta de respeto a los turnos de atención, experiencias previas de fugas, entre otras, han hecho que algunas madres dejen de acudir a los centros de salud por 1 o 2 meses, teniendo así demoras en las vacunas o controles de crecimiento y desarrollo para los niños, con lo cual empieza a configurarse un problema de cobertura del servicio que el estado brinda.

Lo que se puede observar de este análisis es que la gestión social de los programas y políticas dirigidos a niños menores de 1 año, requieren cada vez más de la participación de los involucrados. La visión y percepción del beneficiario es altamente importante para entender la forma en que los servicios son recibidos, percibidos, apropiados y las nuevas formas de conducta que generan. Para esto, se hace necesario trabajar con la ciudadanía nuevas fórmulas que dinamicen procesos participativos y democráticos, y que protejan fundamentalmente a los más vulnerables (Jiménez et. al, 2018); donde, la percepción de las madres, para el caso de esta investigación, sea tomada en cuenta para la reformulación constante de los programas y servicios.

Algunos impactos relacionados a la pandemia de COVID-19 en las madres participantes.

Es conocido que la situación de la pandemia por COVID-19 ha sido una situación excepcional y que, de ninguna manera, los establecimientos de atención, especialmente de salud, se encontraban preparados para dar respuesta a ello. Con esto, las madres experimentaron un quiebre en la atención, caracterizado por la interrupción de los servicios de inmunización (vacunas), CRED, y acceso a DNI. Lo que significa una pérdida de cobertura en la atención primordial para niños menores de 1 año y probablemente, de una falta de acceso a la virtualidad o estrategias de seguimiento a distancia. También de altos niveles de preocupación y ansiedad en las madres al no saber cómo cuidar y/o proteger a sus hijos, sobre todo después de haber dado a luz durante el periodo de cuarentena.

Esto, a su vez, nos habla de un sistema debilitado en cuanto al seguimiento de los pacientes, dado que no hubo una respuesta oportuna. Los acercamientos a las madres, después de conocer el estado de cuarentena, fueron iniciativas aisladas. Algunas de ellas pudieron mantener comunicación con las obstetras quienes les brindaron soporte y calma en esos momentos, a través de breves diálogos de consejería. Lo importante de esta experiencia es entender que, si bien los servicios físicos presenciales pueden detenerse, existe la posibilidad de continuar monitoreando a las madres con esfuerzos de seguimiento a distancia, pero que requieren una coordinación sólida. La comunicación con las obstetras en este periodo, resultó ser muy beneficiosa ya que ayudó a reducir la ansiedad en las madres y aumentó el conocimiento en ellas, quienes podían estar checando a sus bebés desde casa. Sin embargo, no todas las madres experimentaron esto por lo que fue un esfuerzo aislado por parte de un pequeño grupo de personal de salud.

Este punto es importante ya que también expresa la posibilidad de dar un seguimiento extra presencial. Con esto, se quiere argumentar que es probable que los CS y el personal de salud puedan integrar un sistema de seguimiento a distancia que constituya una red de soporte sólida para las gestantes y madres. Si se mira con atención esta experiencia, se puede encontrar que existe alto compromiso e involucramiento de los profesionales de salud con las madres, que puede ser aprovechado para dar marcha a nuevas estrategias de seguimiento.



6. CONCLUSIONES

A partir de los hallazgos y discusión del presente estudio, se pueden expresar las siguientes conclusiones.

1. Existe un factor contextual y territorial que debe estar presente en el conocimiento de la ruta real de servicios de atención dirigidos a gestantes en el último trimestre y niños menores de 1 año; con lo que entendemos que las madres participantes del estudio vivenciaron principalmente una ruta de servicios orientados a salud e identidad, porque tenían mayor conocimiento de ellos y los temas de salud fueron las principales y más urgentes preocupaciones de las madres durante los últimos meses de embarazo y el primer año de vida de sus hijos. Esto a su vez, genera un desconocimiento y lejanía, durante estos meses de vida, con otros servicios educativos y/o de cuidado a los que podrían acceder. Es altamente probable que, además del desconocimiento de las participantes, bajo su percepción no se haya configurado la idea de que otros servicios son posibles también a esta edad, donde puede beneficiarse de otros aspectos del desarrollo infantil temprano, y más bien sus ideas se centren únicamente en la salud. Es probable que la idea de desarrollo de los hijos sea, hasta este periodo de vida, una necesidad del sector salud. Adicionalmente, en cierta manera el contexto actual de pandemia por COVID-19, que mantiene aisladas a las madres, también bloquea la posibilidad de conocer estos otros servicios. Así, parece ser que la preocupación y conocimiento principal de las madres está orientada hacia el sector de salud, lo que llama la atención y sugiere que otros sectores – entorno y protección (MIDIS) y educación (MINEDU) – realicen los esfuerzos

para acercar sus servicios a las madres desde el último trimestre de gestación y durante el primer año de vida de sus hijos.

2. Se puede concluir que las respuestas ineficaces de los servicios van a generar “fugas” al mismo, porque las necesidades que no pueden ser cubiertas por los servicios del estado son aprovechadas por servicios privados a los que se accede a través de pagos monetarios. Ante la repetición de estas “fugas”, empiezan a constituirse “atajos” claves como es el caso de las ecografías o medicamentos, que tanto los beneficiarios como el personal de salud, conocen. En este sentido, la ruta que presenta el estado difiere de la ruta real principalmente por estos atajos que son tomados por las madres dado que las condiciones del servicio las llevan a esto.
3. De otro lado, las respuestas más eficaces de los servicios de atención exigen articulación intersectorial y una adecuada ubicación del servicio en los puntos de atención más oportunos. Este es el caso de las oficinas de RENIEC adheridas a los CS que permiten la gestión rápida y oportuna del DNI de los menores que forman un microsistema de integralidad interna que funciona efectivamente. Al igual que esta experiencia, puede recomendarse que en otros puntos de atención se combinen los servicios, por ejemplo, las madres que invierten mucho tiempo en la espera de su atención cuando tienen los controles mensuales, podrían aprovechar el tiempo para acceder a otros servicios en el mismo lugar (como psicoprofilaxis, estimulación y educación temprana, y otros), de modo que el trayecto interno sea más efectivo y tenga un principio de simultaneidad. El objetivo de la ruta debería de ser generar “eslabones” que permitan unificar los servicios como lo hace

el sector salud con la RENIEC, de modo que para “saltar” de un servicio a otro se deba pasar por servicios previos de manera cíclica, con esto fortalecer los procesos de integralidad externa en la ruta de atención a gestantes y niños en el primer año de vida.

4. Se ha identificado claramente 4 componentes importantes bajo la perspectiva de las madres que pueden ser una fortaleza o limitación, dependiendo del manejo que se tenga en los puntos de atención. Estos componentes son: i) Orientación e información; ii) Trato cálido; iii) Organización de la atención y tiempos de atención; y iv) Servicios y equipamientos. Todos deben ser materia importante de la gestión de programas porque son importantes bajo la perspectiva de las madres. De esta manera, podemos reafirmar la importancia de mirar con los ojos del usuario, la planificación no puede ser ajena a las percepciones de los usuarios, quienes son los principales actores en quien recae el servicio y quienes se benefician de ellos. Escucharlos y entender la lógica de sus ideas puede dar fruto a importantes cambios en la gestión de los servicios.
5. Se debe considerar la distancia y medio de acceso de las personas a los servicios que deben obtener. Al mismo tiempo, se debe prestar especial atención al crecimiento poblacional y movimiento migratorios que vive el país. En distritos como Carabaylo, que es altamente comercial y tiene un amplio territorio, la población va en aumento, especialmente por movimientos migratorios nacionales e internacionales. Esto hace que los servicios de salud tengan más personas por atender y menos capacidad resolutive. La gestión de los servicios en ruta, debe mirar conscientemente estos procesos, para buscar acercar los servicios a la población con calidad

de atención, y evitar saturar algunos servicios únicos. Por ejemplo, en contextos como Carabayllo, la capacidad del CMI y el hospital Sergio E. Bernales para dar ecografías ha sido excedida por la cantidad de personas que buscan el servicio, con lo cual podría empezar a pensarse en facilitar los servicios de ecografía en puntos más cercanos y de mejor acceso para las madres.

6. La pandemia por COVID-19 en el mundo y específicamente en distritos pobres como Carabayllo, ha demostrado las deficiencias en los sistemas de seguimiento y monitoreo de las madres que dependen de su presencia en los CS, con lo cual se puede recomendar pensar en nuevas formas de seguimiento a distancia que permita a las madres tener conocimiento sobre el estado de salud de sus hijos y no perder el paquete de salud que debe recibir el niño como vacunas, dosaje de hemoglobina, suplementación y CRED. Se anima también a que se generen sistemas de monitoreo y/ investigaciones específicas para entender a mayor profundidad los diversos impactos del aislamiento social en la vida de las madres y niños.
7. Estos hallazgos animan a considerar la percepción de las madres sobre fortalezas y limitaciones como una fuente primaria para futuras investigaciones. De un lado, temas sobre la ruta de servicios de atención que experimentan las madres pueden ser estudiadas en investigaciones específicas para conocer cómo funciona la ruta en otros contextos particulares como regiones de la sierra o selva del país; así como estudiar a profundidad la ruta de atención ampliando la ratio de edad hacia niños menores de 3 años y 5 años.

7. RECOMENDACIONES

Se sugiere que información sobre las fortalezas y limitaciones de los servicios de atención pueda ser recogida periódicamente en encuestas para toda la población como ENDES o ENAHO, a fin de tener siempre retroalimentación de la población, para reformular los programas a los que acuden.

Se considera que futuros estudios puedan explorar la percepción de los padres sobre los servicios de atención en los diversos sectores (salud, identidad, educación y cuidado) como Centros de Salud, Instituciones educativas escolarizadas y no escolarizadas, CUNA MÁS, cunas municipales, entre otras; su conocimiento de la ruta de servicios de atención, y las valoraciones que dan a los mismos. Así como, prestar atención al involucramiento de los padres en los procesos de atención de los menores durante el primer año de vida.

Las limitaciones de este estudio comprendieron en primer lugar, la falta de acercamiento a la población dado que, por la situación de aislamiento social, se descartó el seguimiento presencial, la observación participante; y todo el recojo de información se dio a distancia, a través de llamadas telefónicas. De otro lado, la ruta de atención configurada en este estudio, solo comprende el rango de gestantes desde el 7mo mes hasta los 12 meses de vida del niño, haciendo un tiempo de 15 meses, con lo que, en materia de primera infancia, todavía hace falta conocer la percepción de las madres sobre los servicios y la ruta propiamente dicha que siguen, después del primer año de edad.

Finalmente, dado que muchas de las madres dejaron de asistir a los servicios de atención por la situación actual de la pandemia por COVID-19, el diálogo con muchas de ellas tuvo que ser dirigido hacia los momentos en que sí asistían al

centro de salud, hospitales u oficinas de RENIEC, haciendo uso de sus recuerdos más que de sus experiencias actuales. No obstante, las madres recordaron detalladamente las experiencias que habían vivido.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo, M., López-Boo, F., y Puyana, J. (2013). *Panorama sobre los servicios de desarrollo infantil en América Latina y el Caribe*. 1ra ed. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Aries, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Taurus ediciones. Madrid.
- Barco, C. (2013). *Aprender de la experiencia. Ocho estudios de caso para enseñar Políticas Públicas y Gestión Pública*. Escuela de gobierno y políticas públicas. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Braun V. y Clarke V. (2012). *Chapter 4. Thematic Analysis. APA Handbook of Research Methods in Psychology: Vol. 2. Research Designs*, H. Cooper (Editor-in-Chief).
- CEPLAN (2018). *Guía de políticas nacionales. Resolución de presidencia del consejo de directivo N° 00047-2018/CEPLAN/PCD*. Obra colectiva.
- CHILE CRECE CONTIGO (2013). *Análisis de la implementación y funcionamiento de las visitas domiciliarias integrales del Sistema Chile Crece Contigo. Informe final: reporte final del trabajo de campo*. Chile: Chile Crece Contigo.
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*.
- DE CERO A SIEMPRE (2013). *Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión*. Colombia: Imprenta Nacional.
- Diker, G. (2009). *¿Qué hay de nuevo en las infancias?* 1a ed. - Los Polvorines: Univ. Nacional de General Sarmiento; Buenos Aires.
- Dos Santos, T., Rapozo, P. y Cueva, T. (2018). *Tener el hijo al frente: la búsqueda por servicios obstétricos en la triple frontera amazónica Brasil, Colombia y Perú*. Revista de Ciências Sociais. Fortaleza, 49, 3, 25–62.
- El peruano (2016). *Aprueban los Lineamientos “Primero la Infancia”, en el marco de la Política de desarrollo e inclusión social*. DECRETO SUPREMO N° 010-2016-MIDIS. Lima.
- Enesco, I. (s. f.). *El concepto de infancia a lo largo de la historia*.
- Franzé, A., Jociles, M. y Poveda, D. (2011). *El estudio etnográfico de la infancia y de la adolescencia: posibilidades y retos*. págs. 9-36
- González, P. (2016). *Políticas públicas de Desarrollo Infantil Temprano en el Perú: El caso de las intervenciones efectivas con familia*. Tesis para optar el grado académico de magister en ciencia política y gobierno con mención en políticas públicas y gestión pública. Lima, Perú.
- Harris-Van, C. y Rodríguez, D. (2013). *Pautas para el aprendizaje temprano en América Latina y el Caribe*. 1ra ed. Banco Interamericano de Desarrollo.
- INEI (2019). *Desarrollo Infantil Temprano en niñas y niños menores de 6 años de edad. ENDES 2018*. Instituto Nacional de Estadística e Informática y Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.
- Jamaludin, H. y Mohamad, B. (2018). *The Relationship between Service Quality and Parent Satisfaction in Early Childhood Education: A Study among Malaysian Government Servants at Putra Jaya*. Global Business and Management Research: An International Journal. 10, 3.
- Jiménez, A., Iglesias, M., Picornell, A., Leiva, J., Pantoja, A., & Conde del Río, M. (2018). *Participación, políticas sociales y protección de la infancia. Aprendiendo con los niños y las niñas a construir sociedades inclusivas*. Editorial CIPI Ediciones Sevilla.
- Lalouimi, E. (1988). *Parental Expectations of Early Childhood Services for Preschool Children: The case of policy change in Greece*. International Journal of Early Years Education, 6:1, 19-30, DOI: 10.1080/0966976980060102
- Martínez, A. y Soto, H. (2012). *Programas para el cuidado y el Desarrollo Infantil Temprano en los países del sistema de la integración centroamericana (SICA)*. De su configuración actual a su implementación óptima. CEPAL
- Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. (s. f.). *Ruta integral de atenciones a la primera infancia – salud y nutrición*. Recuperado de

- https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/atenciones%20salud%20y%20nutrici%C3%B3n_ruta%20cero%20a%20siempre-Unidos.pdf
- Molina, H. y Torres, A. (2013). *Gestión de políticas y programas de Desarrollo Infantil Temprano curso virtual para formuladores de políticas y gestores de programas y proyectos*. www.iadb.org/DesarrolloInfantil
- Myers et. al (2013). *Desarrollo Infantil Temprano en México: Diagnóstico y recomendaciones*. 1ra ed. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Sollars, V. (2017). *Parents' expectations about early years services*. *Faculty of Education, Department of Early Childhood & Primary Education, University of Malta, Msida, Malta*. 37, 3, 285–299. <https://doi.org/10.1080/09575146.2016.1154507>
- Tito, M. y Dávila, R. (2010). *Satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa de pediatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú, 2007*. *Revista Científica De Ciencias De La Salud*, 3(1), 55-61 <https://doi.org/10.17162/rccs.v3i1.75>
- UNICEF (2011). *Promoción del crecimiento y desarrollo en la primera infancia. Buenas prácticas y lecciones aprendidas del programa Buen Inicio*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Vargas, L. (1994). *Sobre el concepto de percepción*. *Alteridades*, 4(8), 47-53.



APÉNDICES

ANEXO 1 - GUIA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD PARA GESTANTES

Autor: Diego Portillo Tinoco

Maestría en Gestión de Políticas y Programas para el Desarrollo Infantil Temprano

1. Presentación.

La presente guía de entrevista se enmarca dentro de la tesis de investigación “PERCEPCIONES A CERCA DE LAS LIMITACIONES Y FORTALEZAS DE LA RUTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DIRIGIDOS A PRIMERA INFANCIA, A PARTIR DE LA PERCEPCIÓN DE GESTANTES EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE Y MADRES CON HIJOS(AS) EN EL PRIMER AÑO DE VIDA, EN UN DISTRITO DE LIMA” realizada por el alumno Diego Portillo Tinoco de la Maestría en Gestión de Políticas y Programas para el Desarrollo Infantil Temprano.

El objetivo de esta entrevista es identificar las percepciones a cerca de las limitaciones y fortalezas sobre la ruta de servicios de atención dirigidos a las gestantes en el último trimestre y madres con hijos(as) en el primer año de vida, en un distrito de Lima.

2. Criterios básicos de inclusión y exclusión.

La entrevista se encuentra dirigida a las personas que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- Gestantes primerizas en el último trimestre de embarazo.
- Madres primerizas que tienen hijos en el primer año de vida.
- Madres que viven en zona urbana y rural del distrito de Carabayllo.
- Madres que dispongan de un equipo celular Smartphone o equipo básico, o tengan un familiar al interior de su hogar que pueda dotarles de ese servicio.

No se tomará en cuenta a las personas que cumplan con los siguientes criterios de exclusión:

- Que la madre tenga un problema de salud física o mental severa que imposibilite su involucramiento en la atención de ella o de su hijo y su participación en las entrevistas a profundidad.
- Que el niño, en el primer año, presente algún problema de salud física severa que exija a la madre acudir a otros servicios más especializados como hospitales, clínicas, etc.
- Que el niño tenga un trastorno en el desarrollo o presente condiciones neurológicas distintas, tales como el espectro autista, Síndrome de Down, u otros problemas neurológicos.
- Que la madre tenga la intención o planificación de mudarse a otro distrito de Lima en los próximos dos meses.

3. Introducción a la entrevista.

El investigador debe mencionar la siguiente presentación:

“Buenos días/tardes/noches, mi nombre es Diego Portillo Tinoco, soy estudiante de la Maestría en Gestión de Políticas y Programas para el Desarrollo Infantil Temprano. Me encuentro realizando esta llamada para conversar y conocer sobre lo que piensa respecto a los servicios sociales de atención a las gestantes que actualmente brinda el estado.

Me gustaría pedirle que sea totalmente sincera con sus respuestas. Es importante mencionarle que haré algunas preguntas para que usted pueda responder, y no habrá respuestas buenas o malas, esto no es un examen y no tiene ningún tipo de calificación. Así mismo, todas las cosas que conversemos durante esta llamada, se mantendrán en absoluta confidencialidad y en anonimato. Para ello firmaremos un consentimiento informado que le explicaré a continuación:

(Lectura del consentimiento informado y recepción de respuesta positiva de la participante).

También me gustaría pedirle que busque un espacio adecuado, sin mucha bulla y en privacidad, para evitar interrupciones. Esta llamada durará aproximadamente 30 a 45 minutos, solo si es urgente podemos cortar la llamada y retomarla luego, de lo contrario, le pido que por favor trate de seguir en la llamada para mantener el hilo de la conversación.

Quisiera solicitarle su autorización para grabar esta llamada porque como le dije anteriormente sus opiniones y respuestas son importantes, y no quisiera olvidar u omitir alguna información útil. Esta grabación me servirá para poder analizar la información después y obtener respuestas claras a nuestras interrogantes.”

A continuación, se detallan las preguntas a seguir durante toda la llamada.

4. Guía de entrevista a profundidad.

Para la recopilación de información, el investigador podrá realizar hasta 3 llamadas telefónicas de entrevistas a las participantes para corroborar la información y profundizar en algunos detalles específicos. Así, cabe resaltar que las preguntas del módulo 2 y 3 pueden ser retomadas en la llamada 2.

Se realizarán las siguientes preguntas abiertas a de manera ordenada invitando al diálogo sostenido que permita tener la mayor cantidad de información posible.

Módulo 1. Datos generales. Para la llamada 0.

- ¿Cuál es su nombre completo?
- ¿Cuál es su edad?

- ¿Cuántos meses de gestación tiene actualmente?
- ¿Es usted gestante primeriza?
- ¿En qué zona de Carabayllo vive?
- ¿En qué centro de salud se suele atender?

Módulo 2. Percepciones generales. Para la llamada 1.

Servicios actuales

- Actualmente, ¿a qué servicios acudes para tu control de gestación? ¿Dónde? ¿Con qué frecuencia? (*Se preguntará por cada servicio enlistándolos*).

Percepciones actuales

- ¿Cuáles son los pasos que realizas antes de acceder al servicio? ¿Qué pasos realizas cuando estás en ese lugar?
- ¿Cómo es tu experiencia en esos servicios? ¿Podrías mencionarme un ejemplo?
- ¿Cuánto tiempo te toma recibir la atención?
- ¿Podrías contarme alguna anécdota de alguna situación que más recuerdes que te pasó cuando fuiste a estos servicios? ¿Qué pensaste? ¿Cómo te sentiste?

Percepciones futuras

- ¿Conoces a qué servicios sociales debes acudir después de dar a luz para cuidar a tu hijo? ¿Podrías comentarme cuáles son esos servicios a los que deberías acudir? (*Se preguntará por cada servicio enlistándolos*).
- ¿Cómo te enteraste de esos servicios? ¿Quién te lo comentó?
- ¿Cómo crees que sea la atención en esos servicios?
- ¿Qué servicios te gustaría recibir cuando ya tengas a tu bebe?

Módulo 3. Fortalezas y limitaciones. Para la llamada 1.

Fortalezas

- ¿Qué puntos positivos dirías que tienen los servicios a los que acudes? ¿Podrías explicarme?
- ¿Hubo algo muy difícil de realizar o entender en estos servicios? ¿Podrías contarme sobre eso?
- Si tuvieras la oportunidad de felicitar a estos servicios, ¿qué les dirías?
- ¿Qué situaciones crees que te ayudan a asistir a estos servicios? Por ejemplo: cercanía a los servicios, tiempo de espera, calidez del personal, resolución de dudas, etc.

Limitaciones

- ¿Qué puntos no tan positivos diría que tienen los servicios a los que acudes? ¿Podrías explicarme?
- ¿Qué mejorarías de estos servicios?, o si tuvieras la oportunidad de hacer cambios a estos servicios, ¿qué les dirías?
- ¿Qué situaciones crees que limitan tu asistencia a estos servicios? Por ejemplo: lejanía a los servicios, tiempo de espera, calidez del personal, resolución de dudas, etc.

Módulo 4. Ruta de servicios. Para la llamada 2 y 3.

Confirmación de ruta

- Me habías comentado que fuiste a diferentes servicios sociales, leeré cada uno de ellos y me dices si estoy en lo correcto. (Repaso de la ruta listando cada servicio al que acudió).
- En caso se mencione un nuevo servicio: ¿Cómo fue tu experiencia en ese servicio? ¿Cómo te hubiera gustado que sea la atención?

Reconfirmación de ruta

- Solo para estar muy seguros: ¿Recuerdas algún otro servicio al que acudiste del que no hemos conversado antes?

5. Pasos finales.

Finalmente se agradecerá la participación de cada gestante en el estudio y se dará por concluida la entrevista. Se mencionará que posteriormente se podrá comentar los resultados del estudio con cada una de las participantes.

ANEXO 2 - GUIA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD PARA MADRES

Autor: Diego Portillo Tinoco

Maestría en Gestión de Políticas y Programas para el Desarrollo Infantil Temprano

1. Presentación.

La presente guía de entrevista se enmarca dentro de la tesis de investigación "PERCEPCIONES A CERCA DE LAS LIMITACIONES Y FORTALEZAS DE LA RUTA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DIRIGIDOS A PRIMERA INFANCIA, A PARTIR DE LA PERCEPCIÓN DE GESTANTES EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE Y MADRES CON HIJOS(AS) EN EL PRIMER AÑO DE VIDA, EN UN DISTRITO DE LIMA" realizada por el alumno Diego Portillo Tinoco de la Maestría en Gestión de Políticas y Programas para el Desarrollo Infantil Temprano.

El objetivo de esta entrevista es identificar las percepciones a cerca de las limitaciones y fortalezas sobre la ruta de servicios de atención dirigidos a las gestantes en el último trimestre y madres con hijos(as) en el primer año de vida, en un distrito de Lima.

2. Criterios básicos de inclusión y exclusión.

La entrevista se encuentra dirigida a las personas que cumplan con los siguientes criterios de inclusión:

- Gestantes primerizas en el último trimestre de embarazo.
- Madres primerizas que tienen hijos en el primer año de vida.
- Madres que viven en zona urbana y rural del distrito de Carabaylo.
- Madres que dispongan de un equipo celular Smartphone o equipo básico, o tengan un familiar al interior de su hogar que pueda dotarles de ese servicio.

No se tomará en cuenta a las personas que cumplan con los siguientes criterios de exclusión:

- Que la madre tenga un problema de salud física o mental severa que imposibilite su involucramiento en la atención de ella o de su hijo y su participación en las entrevistas a profundidad.
- Que el niño, en el primer año, presente algún problema de salud física severa que exija a la madre acudir a otros servicios más especializados como hospitales, clínicas, etc.
- Que el niño tenga un trastorno en el desarrollo o presente condiciones neurológicas distintas, tales como el espectro autista, Síndrome de Down, u otros problemas neurológicos.
- Que la madre tenga la intención o planificación de mudarse a otro distrito de Lima en los próximos dos meses.

3. Introducción a la entrevista.

El investigador debe mencionar la siguiente presentación:

“Buenos días/tardes/noches, mi nombre es Diego Portillo Tinoco, soy estudiante de la Maestría en Gestión de Políticas y Programas para el Desarrollo Infantil Temprano. Me encuentro realizando esta llamada para conversar y conocer sobre lo que piensa respecto a los servicios sociales de atención a las madres y los niños menores de 1 año que actualmente brinda el estado.

Me gustaría pedirle que sea totalmente sincera con sus respuestas. Es importante mencionarle que haré algunas preguntas para que usted pueda responder, y no habrá respuestas buenas o malas, esto no es un examen y no tiene ningún tipo de calificación. Así mismo, todas las cosas que conversemos durante esta llamada, se mantendrán en absoluta confidencialidad y en anonimato. Para ello firmaremos un consentimiento informado que le explicaré a continuación:

(Lectura del consentimiento informado y recepción de respuesta positiva de la participante).

También me gustaría pedirle que busque un espacio adecuado, sin mucha bulla y en privacidad, para evitar interrupciones. Esta llamada durará aproximadamente 30 a 45 minutos, solo si es urgente podemos cortar la llamada y retomarla luego, de lo contrario, le pido que por favor trate de seguir en la llamada para mantener el hilo de la conversación.

Quisiera solicitarle su autorización para grabar esta llamada porque como le dije anteriormente, sus opiniones y respuestas son importantes, y no quisiera olvidar u omitir alguna información útil. Esta grabación me servirá para poder analizar la información después y obtener respuestas claras a nuestras interrogantes.”

A continuación, se detallan las preguntas a seguir durante toda la llamada.

4. Guía de entrevista a profundidad.

Para la recopilación de información, el investigador podrá realizar hasta 3 llamadas telefónicas de entrevistas a las participantes para corroborar la información y profundizar en algunos detalles específicos. Así, cabe resaltar que las preguntas del módulo 2 y 3 pueden ser retomadas en la llamada 2.

Se realizarán las siguientes preguntas abiertas a de manera ordenada invitando al diálogo sostenido que permita tener la mayor cantidad de información posible.

Módulo 1. Datos generales. Para la llamada 0.

- ¿Cuál es su nombre completo?
- ¿Cuál es su edad?
- ¿Cuántos meses de edad tiene su hijo actualmente?

- ¿Es usted madre primeriza?
- ¿En qué zona de Carabayllo vive?
- ¿En qué centro de salud se suele atender?

Módulo 2. Percepciones generales. Para la llamada 1.

Percepciones previas

- Cuando estabas embarazada, ¿sabías que había servicios para ti y tu niño al nacer? ¿Recuerdas cuáles eran?
- ¿Cómo te enteraste de esos servicios? ¿Quién te lo comentó?

Servicios actuales

- ¿Recuerdas las instituciones a las que tuviste que ir para realizar trámites referentes al cuidado de tu niño después de que nació? ¿Dónde? ¿Con qué frecuencia? (*Se preguntará por cada servicio enlistándolos*).
- Actualmente, ¿a qué servicios acudes referentes al cuidado de tu niño?

Percepciones generales

- ¿Cuáles son los pasos que realizas antes de acceder al servicio? ¿Qué pasos realizas cuándo estás en ese lugar? ¿Cuánto tiempo te tomaba?
- ¿Cómo es tu experiencia en esos servicios? ¿Podrías mencionarme un ejemplo?
- ¿Cuánto tiempo duraba todo el proceso?
- ¿Podrías contarme alguna anécdota de alguna situación que más recuerdes que te pasó cuando fuiste a estos servicios? ¿Qué pensaste? ¿Cómo te sentiste?

Módulo 3. Fortalezas y limitaciones. Para la llamada 1.

Fortalezas

- ¿Qué puntos positivos dirías que tienen los servicios a los que acudes? ¿Podrías explicarme?
- ¿Hubo algo muy difícil de realizar o entender en estos servicios? ¿Podrías contarme sobre eso?
- Si tuvieras la oportunidad de felicitar a estos servicios, ¿qué les dirías?
- ¿Qué situaciones crees que te ayudan a asistir a estos servicios? Por ejemplo: cercanía a los servicios, tiempo de espera, calidez del personal, resolución de dudas, etc.

Limitaciones

- ¿Qué puntos no tan positivos dirías que tienen los servicios a los que acudes? ¿Podrías explicarme?
- ¿Qué mejorarías de estos servicios?, o si tuvieras la oportunidad de hacer cambios a estos servicios, ¿qué les dirías?

- ¿Qué situaciones crees que limitan tu asistencia a estos servicios? Por ejemplo: lejanía a los servicios, tiempo de espera, calidez del personal, resolución de dudas, etc.

Módulo 4. Ruta de servicios. Para la llamada 2 y 3.

Confirmación de ruta

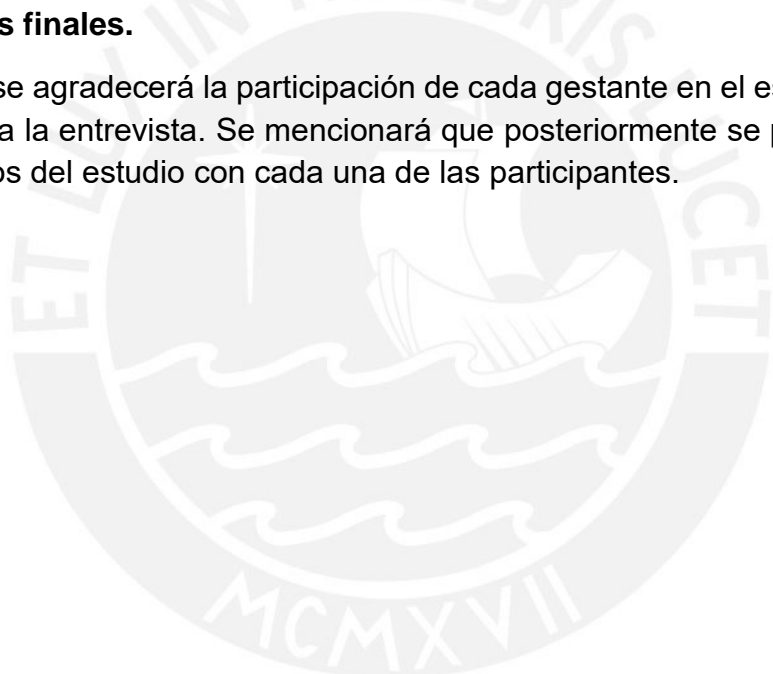
- Me habías comentado que fuiste a diferentes servicios sociales, leeré cada uno de ellos y me dices si estoy en lo correcto. (Repaso de la ruta).
- En caso se mencione un nuevo servicio: ¿Cómo fue tu experiencia en ese servicio? ¿Cómo te hubiera gustado que sea la atención?

Reconfirmación de ruta

- Solo para estar muy seguros: ¿Recuerdas algún otro servicio al que acudiste del que no hemos conversado antes?

5. Pasos finales.

Finalmente se agradecerá la participación de cada gestante en el estudio y se dará por concluida la entrevista. Se mencionará que posteriormente se podrá comentar los resultados del estudio con cada una de las participantes.



ANEXO 3 - CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE

Estimada participante,

Le pedimos su apoyo en la realización de una investigación conducida por Diego Portillo Tinoco, estudiante de la Maestría de en Gestión de Políticas y Programas para el Desarrollo Infantil Temprano, asesorado por la docente Regina Moromizato.

La investigación, denominada “Percepciones a cerca de las limitaciones y fortalezas de la Ruta de Servicios de Atención dirigidos a primera infancia, a partir de la percepción de gestantes en el último trimestre y madres con hijos(as) en el primer año de vida, en un distrito de Lima”, tiene como propósito conocer más sobre las experiencias de gestantes y madres de niños menores de 1 año cuando acuden a los servicios sociales que brinda el estado.

- La entrevista durará aproximadamente entre 30 a 45 minutos y todo lo que usted diga será tratado de manera confidencial, es decir, su identidad será protegida a través de un pseudónimo.
- La información dicha por usted en la llamada telefónica será grabada y utilizada únicamente para esta investigación. La grabación será guardada por el investigador en su computadora personal por un periodo de tres años luego de publicada la tesis.
- Su participación es totalmente voluntaria. Usted puede detener su participación en cualquier momento sin que eso le afecte, así como dejar de responder alguna pregunta que le incomode.
- Si tiene alguna pregunta sobre la investigación, puede hacerla en el momento que mejor le parezca.
- Si tiene alguna consulta sobre la investigación o quiere saber sobre los resultados obtenidos, puede comunicarse al siguiente correo electrónico: dportillo@pucp.edu.pe o al número 922628760 / 986912721. Además, si tiene alguna duda sobre aspectos éticos, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación de la universidad, al correo electrónico etica.investigacion@pucp.edu.pe o al número 626 2000, anexo 2246.

Complete los siguientes enunciados en caso desee participar:

Nombre completo:	
¿Acepta participar?	<i>Nota de voz grabada con afirmación de participación.</i>
Firma del investigador:	
Fecha:	