

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Escuela de Posgrado



Implementación de la política sectorial de salud intercultural, relacionada a la salud materna neonatal, en mujeres quechuas de 15 a 49 años, del distrito de Vilcashuamán y Saurama, provincia de Vilcashuamán, departamento de Ayacucho
2018

Tesis para obtener el grado académico de Magíster en Gerencia Social con mención en Gerencia de Programas y Proyectos de Desarrollo que presenta:

Sonia Irma Chia Lopez

Angelica Diaz Herrera

Asesor:

Mg. Patricia Rosa Fernández Castillo

Lima, 2019

RESUMEN

La presente investigación se basa en un estudio de caso que tiene como principal objetivo conocer cuáles son aquellos factores que no están permitiendo que las mujeres quechuas de la provincia de Vilcashuamán, específicamente de los distritos de Saurama y Vilcashuamán, acudan a los centros de salud en el marco de la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural.

Esta investigación desarrollada desde un enfoque cualitativo nos permitió conocer lo siguiente: ¿cómo se está desarrollando la Política Sectorial de Salud Intercultural?, ¿cuáles son los resultados o avances de su implementación (si es que se está ejecutando)? y ¿cuáles son las percepciones de las mujeres quechua hablantes de los distritos de Vilcashuamán y de Saurama? En cuanto a la atención que vienen recibiendo en los centros de salud, analizaremos si es pertinente y de calidad, y si el personal de salud es respetuoso de sus características culturales. Además, consideramos los siguientes enfoques: derechos humanos, intercultural y género.

Los hallazgos encontrados en la investigación de campo muestran signos alarmantes en cuanto a la implementación del enfoque intercultural en el sistema de salud de ambos distritos: infraestructuras deterioradas, el maltrato por parte del personal de salud hacia las mujeres quechua hablantes, el poco reconocimiento e interiorización del enfoque intercultural y la importancia de los conocimientos tradicionales para el cuidado de la salud de las mujeres quechuas. Además, se ha detectado falta de procesos de capacitación y de sensibilización hacia el personal de salud para que brinde una adecuada atención, escaso presupuesto para la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, el no reconocimiento de las parteras tradicionales y de otros sistemas de salud comunitario y tradicional, entre otros.

En conclusión, podemos afirmar que, en los dos distritos visitados de Vilcashuamán y Saurama, se observa que, el enfoque intercultural a nivel del sector salud requiere reingeniería completa a fin de que los profesionales tomen

conciencia de la importancia de la aplicación de una adecuación correcta de la implementación de un servicio intercultural eficiente, eficaz y con pertinencia.

Así mismo, la Política Sectorial de Salud Intercultural se conoce, pero no se aplica, porque de acuerdo con la concepción de las profesionales de la salud, esta se vincula con el limitado recurso humano y logístico que tienen.

Todo ello ha traído como resultado que las mujeres quechuas acudan a los centros de salud no por voluntad propia, sino por obligación. Por ello, son temerosas de ser maltratadas por el personal de salud, lo que afecta a su estado de salud y autoestima; principalmente, vulnera sus derechos.



ABSTRACT

This research is based on a study case, whose main objective is to find out which factors are not allowing Quechua women from the province of Vilcashuamán, specifically from the districts of Saurama and Vilcashuamán, to visit the health centers in the framework of the implementation of the Sectoral Policy on Intercultural Health.

This research, developed from a qualitative approach, allowed us to know the following how the Sectoral Intercultural Health Policy is being developed: what are the results or progress of its implementation (if it is being implemented), what are the perceptions of the Quechua-speaking women of the Vilcashuamán districts and of the Saurama. Regarding the care they are receiving in the health centers, we will analyze if it is relevant and of quality, if the health personnel are respectful of their cultural characteristics. We also consider the approaches of human, intercultural and gender rights.

The findings found in the field research show alarming signs regarding the implementation of the intercultural approach in the health system of both districts: deteriorated infrastructures, mistreatment by health personnel towards Quechua women; the lack of recognition and internalization of the intercultural approach and the importance of traditional knowledge for the health care of Quechua women. In addition, there has been a lack of training and awareness-raising processes for health personnel to provide adequate care, little budget for the implementation of the Intercultural Health Sectoral Policy, the non-recognition of traditional birth attendants and other systems of care. community and traditional health, among others.

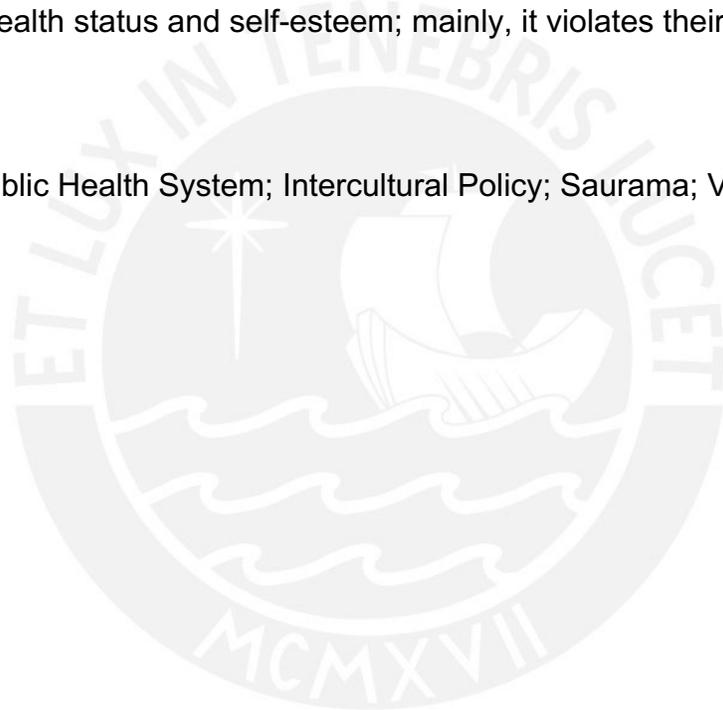
In conclusion, we can affirm that, in the two visited districts of Vilcashuamán and Saurama; It is observed that the intercultural approach at the level of the health sector requires complete reengineering, so that professionals become aware of

the importance of applying a correct adaptation of the implementation of an efficient, effective and pertinent intercultural service.

Likewise, the Sectoral Intercultural Health Policy is known but not applied, because according to the conception of health professionals, it is linked to the limited human and logistic resources that they have.

All this has resulted in Quechua women coming to health centers not by their own will, but by obligation, fearful of being mistreated by health personnel, which affects their health status and self-esteem; mainly, it violates their rights.

Keywords: Public Health System; Intercultural Policy; Saurama; Vilcashuamán



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres y a mis hijos Diana y Sebastián, por haberme acompañado y motivado permanentemente para continuar desarrollando mis conocimientos y experiencias profesionales, para hoy materializar una de mis metas anheladas.

Angélica

Dedico esta tesis a mi querida madre Cristina Nilda, a quien admiro su fuerza, energía y valentía frente a todas las adversidades de la vida. Ella es mi heroína, mi inspiración, mi mundo.

Sonia

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. Planteamiento del problema	3
1.2. Preguntas de investigación	5
1.3. Objetivos de la investigación	8
1.4. Justificación de la investigación.....	9
1.5. Ubicación de la investigación en el campo de la Gerencia Social...	12
CAPÍTULO II: MARCO CONTEXTUAL.....	14
2.1 Información diagnóstica	14
2.2 Ámbito geográfico de la investigación	18
2.3 Normatividad y lineamientos de las políticas relacionadas al tema de investigación	29
2.4 Casos emblemáticos u otras investigaciones relacionadas al tema de investigación	39
CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO	44
3.1. Derechos humanos y derechos de pueblos indígenas.....	45
3.2. El derecho a la cultura, la diversidad cultural e intercultural.....	46
3.3. Salud intercultural y servicios de atención.....	47
3.4. Salud, enfoque de género e interculturalidad.....	51
3.5. Enfoque intercultural, salud y políticas públicas	52
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	54
4.1. Definición de variables.....	54
4.2. Muestra de investigación	57
4.3. Técnicas de recolección de datos.....	59

4.4. Descripción del trabajo de campo y procesamiento de la información.....	65
CAPÍTULO V: RESULTADOS: ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS	
.....	68
5.1 Institucionalización de la política sectorial de salud intercultural...	69
5.2 Concepción de la Política Sectorial de Salud Intercultural asociado a los servicios de atención materna neonatal para mujeres quechuas.....	74
5.3 Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud materna neonatal.....	95
5.4 Percepción de las mujeres quechua hablantes sobre la atención intercultural de la salud materna neonatal	114
5.5 Prácticas y costumbres culturales de las mujeres quechua durante el embarazo, parto y post parto	118
CONCLUSIONES	122
RECOMENDACIONES	126
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
ANEXO 1: GUÍA DE PREGUNTA FOCAL.....	144
ANEXO 2: GUÍA DE PREGUNTA PARA ENTREVISTA	146

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cuadro estadístico de la desnutrición infantil.....	23
Tabla 2. Cuadro estadístico de indicadores de salud materno neonatal	24
Tabla 3. Servicios de alumbrado en el distrito de Saurama (Censo 2017).....	26
Tabla 4. Servicio de agua en el distrito de Saurama (Censo 2017).....	26
Tabla 5. Estructura organizacional de los distritos de Saurama y Vilcashuamán.	28
Tabla 6. Principales reglamentos de salud materna en relación a la salud intercultural.....	34
Tabla 7. Elementos para una adecuada atención en salud con enfoque intercultural.....	49
Tabla 8. Aspectos importantes para brindar un servicio de calidad de salud	51
Tabla 9. Definición de las variables.....	55
Tabla 10 Instrumentos y muestras.....	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de ubicación del distrito de Vilcashuamán	19
Figura 2. Mapa de ubicación del distrito de Saurama	25
Figura 3. Ambiente principal y sala de espera del Centro de Salud de Saurama..	97
Figura 4. Puerta de la farmacia.	97
Figura 5. Puerta de ingreso al consultorio de obstetricia	98
Figura 6 y 7. Interior del consultorio de obstetricia.....	99
Figura 8. Frontis del Centro de Salud de Vilcashuamán.....	101
Figura 9. Ingreso al área de maternidad.	102
Figura 10. Centro obstétrico.....	102
Figura 11. Espacio para el parto vertical dentro de la sala de partos	103
Figura 12. Camilla para parto horizontal.	103
Figura 13. Incubadora para el recién nacido.....	104
Figura 14. Armario donde se guarda el instrumental y medicinas	104
Figura 15. Sala de hospitalización.	105
Figura 16. Ingreso hacia la Casa Materna	109
Figura 17. Frontis de la Casa Materna.....	109
Figura 18. Sala principal que se ubica al ingreso de la Casa Materna	110
Figura 19 y 20. Dormitorios donde se puede apreciar el desgaste en los colchones y el mal estado de las paredes.....	110
Figura 21. Cocina donde se aprecian las ollas quemadas y en mal estado	111
Figura 22. Cocina mejorada que es un fogón con un tubo hacia el techo	111
Figura 23. Puerta que da hacia el patio o jardín	112

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, existe una gran riqueza cultural y diversidad de pueblos indígenas, en su mayoría vulnerable, que requiere de un adecuado servicio de atención en salud y pertinencia intercultural. Nuestra población citadina o de ciudad no tiene dificultad en cuanto al acceso a los servicios de salud materno neonatal, porque tienen como lengua el castellano y el acceso a los servicios es viable. Sin embargo, tenemos un conjunto de comunidades nativas e indígenas que no gozan del derecho de contar con un servicio de salud de calidad y accesible. Por ello, es importante que la institución normalice y regularice la institucionalización de una atención con enfoque intercultural.

En ese sentido, la investigación se centra en identificar y visibilizar aquellos problemas existentes en los procesos del sistema de salud materno neonatal, aplicados a las poblaciones más vulnerables, en este caso a las mujeres quechuas del centro Poblado del distrito de Vicashuamán y la Comunidad de Contay del distrito de Saurama. Ambos son pertenecientes a la provincia de Vilcashuamán, departamento de Ayacucho.

Su contenido ha sido estructurado en siete capítulos. El primero corresponde al planteamiento del problema que menciona la política a la cual se enmarca esta investigación, que es la Política Sectorial de Salud intercultural. Se detalla las preguntas principales de investigación y cómo estas se relacionan a los retos de desarrollo; los objetivos tanto generales como específicos de la investigación, la justificación y ubicación de la investigación en el campo de la gerencia social. Cabe resaltar que se ha incluido los objetivos de desarrollo sostenible, a los cuales se contribuye con esta investigación.

Un segundo capítulo se refiere al marco contextual. Se proporciona información diagnóstica sobre la problemática, el ámbito geográfico donde se realiza la investigación que incluye a su vez las condiciones sociales, económicas, culturales y climatológicas de la zona, la normatividad y las políticas alineadas

al tema de investigación de nivel nacional e internacional. Algunos casos emblemáticos nos servirán para el análisis del caso de estudio.

El capítulo tercero, que consta del marco teórico, permite entender cómo se abordan algunos conceptos relacionados con la investigación como son los derechos humanos y derechos de pueblos indígenas, el enfoque intercultural y cómo se aplica a la salud, el enfoque de género, el derecho a la cultura y la diversidad cultural, entre otros.

El cuarto capítulo muestra la metodología empleada en la investigación, las técnicas de entrevistas, de observación, grupos focales; cómo estas han sido aplicadas y la muestra.

El quinto capítulo es uno de los más ricos e importantes en cuanto a la información brindada, pues contiene los hallazgos encontrados en investigación en campo. Se han incluido imágenes registradas durante la aplicación de la técnica de observación, las cuales han permitido visualizar e identificar aún más los resultados.

En el sexto y séptimo capítulo, se registran, respectivamente, las conclusiones y recomendaciones de la investigación, enmarcadas en los hallazgos encontrados en campo.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

El Gobierno peruano, mediante el Decreto Supremo No 016-2016-SA, aprobó el 1 de abril de 2016 la Política Sectorial de la Salud Intercultural. El objetivo fue garantizar que todos los servicios y establecimientos de salud, principalmente en territorios y comunidades de diversidades culturales, tengan una atención en salud bajo un enfoque de derechos humanos, que favorezca su inclusión, respeto, igualdad, sin discriminación, por identidad cultural y género (El Peruano, 2016).

Esta política debe ser aplicable a nivel nacional y permitir que los establecimientos y profesionales brinden atención a poblaciones vulnerables, en zonas rurales o comunidades indígenas. Es conveniente que trabajen y realicen una adaptación de sus servicios a la realidad social de la comunidad con el fin de respetar sus costumbres, culturas y formas de organización.

Cuando mencionamos poblaciones vulnerables, nos referimos a las mujeres quechuas de la provincia de Vilcashuamán, principalmente madres gestantes y no gestantes entre 15 y 49 años. Ellas presentan como primera lengua materna el quechua y segunda el español, y son de escasos recursos económicos. Por ende, acuden a los centros de salud del distrito de Vilcashuamán y al distrito de Saurama y que en algunas oportunidades también han sido atendidas por una partera tradicional.

La Política Sectorial de Salud Intercultural debe garantizar que esta población pueda acceder a servicios de atención en salud con pertinencia intercultural y de derechos. De esta manera, se busca evitar que las mujeres indígenas de la zona sientan desconfianza de acudir a los centros de salud mencionados, y no estén de acuerdo con el trato que vienen brindando los servicios y personal de salud en estos establecimientos.

Como se sabe, “la mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales” (World Population 1992 citado en Ministerio de Economía y Finanzas 2008: 2).

En países en vías de desarrollo como el nuestro, AbouZahr y Royston (1991) indica que “la mortalidad materna es 100 veces más alta que en los países desarrollados, y esto afecta principalmente a las mujeres pobres, y más aún a las mujeres indígenas, población más vulnerable y discriminada. Estos índices de mortalidad demuestran la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres” (citado en Ministerio de Economía y Finanzas 2008: 2).

Asimismo, ponen en evidencia las diferencias existentes entre las zonas rurales y urbanas, ya que la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas. A principio de los años 80, se comenzó a prestar atención a la situación de morbilidad y mortalidad materna en los países de menor desarrollo. La Conferencia de Nairobi en 1987 produjo la primera movilización mundial a favor de una maternidad segura. La estrategia adoptada incluyó 15 acciones, de las cuales sólo las cuatro últimas estuvieron vinculadas a salud (Ministerio de Economía y Finanzas 2008: 2).

Por otro lado, el Gobierno Regional de Ayacucho en el año 2013 elaboró y aprobó el Plan de Desarrollo Regional Concertado 2013-2021. En este documento, se afirma que la mortalidad materna es uno de los principales problemas que requiere atención inmediata por parte de las autoridades. Sin embargo, hasta el momento no se han visto cambios o visualizados resultados positivos que contrarresten estos problemas.

A pesar de la aprobación de la Política Sectorial, en cuyo proceso de elaboración han participado de manera consensuada diferentes organizaciones indígenas nacionales (que deben garantizar que se hayan incorporado desde un enfoque intercultural), muchas de las mujeres quechuas de Vilcashuamán no están satisfechas con la atención que reciben en los establecimientos de

salud; por eso, muchas veces no acuden a los mismos, principalmente al momento de atenderse en el parto y posparto. Asimismo, en el distrito de Vilcashuamán, aún no se refleja resultados de la implementación de la Política Sectorial. Nos llama la atención porque, en los últimos años, se ha presentado un incremento en los casos de muertes maternas en la zona.

En ese sentido, esta investigación pretendió indagar si en los establecimientos de salud, principalmente en la atención de salud materna neonatal del Centro de Salud de Saurama, Vilcashuamán y la Casa Materna, se está implementando lo establecido en la Política Sectorial, relacionado al enfoque intercultural y de derechos. Es de necesidad que estos enfoques y los elementos establecidos en la política sean considerados en el quehacer de los servicios de salud para garantizar que las mujeres quechuas se sientan a gusto, y acudan para sus tratamiento y controles pre y post natales.

Así mismo, nos permitió contribuir con recomendaciones para resolver aquellos problemas y dificultades que se encuentran en este proceso de atención en salud materno neonatal de las mujeres quechuas gestantes y madres. Se procedió a analizar los procedimientos de atención en salud, la infraestructura de los servicios y las voces y testimonios de las mismas mujeres quechuas. Con los hallazgos en campo, pretendemos plantear recomendaciones y mejoras para una adecuada atención con un enfoque intercultural, respetuoso de las costumbres y decisiones de las mujeres quechuas y principalmente que garantice el ejercicio pleno de sus derechos humanos.

1.2. Preguntas de investigación

Las preguntas de investigación estuvieron orientadas a identificar aquellos factores que no están permitiendo que las mujeres quechuas, gestante y no gestantes, del distrito de Vilcashuamán y Saurama, acudan con confianza a los servicios de atención de salud materno neonatal. En este proceso, se recogieron también las opiniones y percepciones del personal de salud y otros actores/as involucrados en el tema, los cuales brindaron información pertinente para el análisis y contenido de la investigación.

Es pertinente mencionar que las preguntas de investigación están relacionadas con los retos de desarrollo siguiente:

Interculturalidad. - La política Sectorial de Salud Intercultural responde a una necesidad importante de adaptación de los servicios de salud a la realidad política, social y demográfica de los usuarios. Por ello, recae la responsabilidad en los profesionales conocer y adecuar el servicio a las diversidades culturales, teniendo en cuenta las relaciones ancestrales, estructura y gobernanza del pueblo quechua de la zona, así como el idioma quechua para lograr una mejor comunicación con las mujeres gestantes y familia.

Recordemos que toda mujer tiene derecho¹ a una atención y servicio de calidad de manera oportuna, tal como está establecido en la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas y otros instrumentos internacionales como el Convenio 169 de la OIT.

Justicia y Derechos Humanos. - La mortalidad materna es un problema de salud pública en el Perú, condicionado por determinantes de la salud, asociados con la pobreza y brechas de inequidad. Por ello, apostar por la salud materna neonatal y la reducción de las muertes de madres y niños constituye un compromiso asumido por el Estado peruano. La finalidad es asegurar que se reduzca la mortalidad materna y neonatal e invertir en la futura población activa del país, y en su capacidad de progresar económica y socialmente, beneficios indiscutibles que apoyan a una mayor equidad social.

Ante estas conceptualizaciones, las preguntas específicas que refuerzan y enfatizan la investigación son las siguientes:

- a. ¿La política sectorial de salud intercultural se ha implementado?

¹ "El derecho a la salud es un derecho humano fundamental consagrado en la Constitución Política del Estado, así como en los Tratados y Convenios Internacionales; salud a la que todas las personas deben tener la posibilidad de acceder. Por eso, se está impulsando la modernización del sector hacia la oferta de servicios integrados del sistema de salud, que permitan tener una organización con orden y efectiva" (Tomado de la página web Ministerio de Salud https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7) Consulta: 13 de julio de 2017.

La intención de esta pregunta es analizar y señalar si actualmente se ha implementado la Política Sectorial de Salud Intercultural desde su aprobación.

- b. ¿Cuál es la concepción del personal en salud respecto a la Política Sectorial de Salud Intercultural y el enfoque intercultural en los servicios de atención en salud materna neonatal de los distritos de Saurama y Vilcashuamán?

La pregunta nos permitió saber si el personal de salud, desde el nivel de Gerencia hasta el de atención, está informado debidamente sobre la Política Sectorial de Salud Intercultural y si sus lineamientos se vienen implementando en la actualidad.

- c. ¿Los centros de salud donde acuden las mujeres quechuas de los distritos de Vilcashuamán y Saurama cuentan con los ambientes y equipamiento adecuado para una atención materna neonatal con pertinencia intercultural?

Esta pregunta nos permitió indagar si la atención brindada en los centros de salud, respecto a la salud materno neonatal, son los adecuados en relación con infraestructura y calidad desde el enfoque intercultural.

- d. ¿Cuáles son las percepciones de las mujeres quechuas sobre la atención en salud materna neonatal con pertinencia intercultural?

La pregunta nos permitió conocer cuáles son las opiniones y percepciones de las mujeres quechuas sobre los servicios de atención en salud materno neonatal que reciben, y si estos se ejecutan bajo un enfoque intercultural; sobre todo si sus usos y costumbres son tomados en cuenta durante la atención.

- e. ¿Cuáles son aquellas prácticas y costumbres culturales que las mujeres quechua toman en cuenta para el cuidado de salud durante el embarazo, parto y posparto?

Nos permitió identificar aquellas costumbres, conocimientos y prácticas culturales que las mujeres quechuas emplean para el cuidado de su salud durante el embarazo, parto y posparto.

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Se pretende identificar y analizar aquellos factores que no están permitiendo que las mujeres quechuas de 15 a 49 años, de los centros de salud de los distritos de Vilcashuamán y Saurama, accedan con confianza a los servicios de atención materna neonatal. Para ello, se ha procedido al recojo de información y análisis de casos que permita establecer recomendaciones en la mejora del proceso de prestación de los servicios de salud con un enfoque intercultural y de acuerdo con los lineamientos que se señalan en la Política Sectorial de Salud Intercultural.

Objetivos específicos

- a) Analizar si la Política Sectorial de Salud Intercultural se ha institucionalizado, desde su creación, en los centros de salud de los distritos de Vilcashuamán y Saurama
- b) Conocer y analizar cuáles son las concepciones del personal de los centros de salud, especialmente de salud materna neonatal, de los distritos de Saurama y Vilcashuamán, sobre la Política Sectorial de Salud intercultural, y la implementación del enfoque intercultural en los servicios de atención

- c) Conocer si los centros de salud de ambos distritos, especialmente los que brindan atención materno neonatal, cuentan con la infraestructura y materiales adecuados para la atención con pertinencia intercultural
- d) Identificar y analizar las percepciones que las mujeres quechuas de ambos distritos tienen sobre la atención en salud materna neonatal con pertinencia intercultural
- e) Identificar y analizar las prácticas y costumbres culturales que las mujeres quechua toman en cuenta para el cuidado de salud durante el embarazo, parto y posparto

1.4. Justificación de la investigación

La presente investigación se planteó con el propósito de abordar dos temas importantes para la gerencia social: la salud materna neonatal de mujeres quechuas de 15 a 49 años y el acceso a servicios de salud con derechos y pertinencia intercultural en los distritos de Vilcashuamán y Saurama de la provincia de Vilcashuamán.

La salud materno neonatal es el cuidado que realiza y recibe la mujer gestante durante todo su proceso de embarazo, el momento del parto, posparto y la atención del recién nacido hasta los 28 días. La salud de las madres y los recién nacidos se encuentran íntimamente relacionados²; por ello, prevenir sus muertes mayormente requiere de la aplicación de las mismas intervenciones (acciones) que garanticen una maternidad segura y un adecuado desarrollo del niño/niña que lleva en su vientre.

Mejorar la salud materna resulta primordial para tratar algunas causas subyacentes de la mortalidad materna, la cual constituye un problema de salud pública a nivel mundial, pues significa un importante indicador de desarrollo humano para los países. Por ese motivo, reducir la mortalidad materna a

² https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676327/martin_blazquez_raqueltfg.pdf?sequence=1. Consulta: 19 de Mayo 2019

menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos es uno de los principales Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)³ al 2030.

Cabe señalar que la información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del Instituto Nacional de Estadística e Informática muestra una reducción importante de la mortalidad materna hasta el año 2010, aunque no se ha logrado cumplir con el objetivo establecido de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de reducción de la mortalidad materna del 75% al año 2015. Una de las principales causas es la dificultad del Estado peruano de garantizar el acceso a servicios de salud adecuados en todas las regiones del país. Asimismo, de acuerdo con los resultados, se evidencia que el decrecimiento no es lineal, sino que se identifica importantes fluctuaciones de un año a otro, e incluso de una zona a otra. Por su parte, la Dirección General de Epidemiología ha registrado 440 muertes maternas a nivel nacional durante el año 2012; 383 en 2013; 411 en 2014; y 415 en el año 2015, lo que muestra un incremento de muertes maternas⁴.

La mortalidad materna es un término que describe la muerte de una mujer debido a complicaciones durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores a su terminación. Esto constituye un indicador de injusticia social, pobreza, desigualdad e inequidad. La muerte de una mujer durante el embarazo refleja una serie de problemas estructurales, desde el acceso a los controles de natalidad hasta la calidad de los servicios de salud⁵. Paralelo a ello, las principales causas médicas de la mortalidad materna son por hemorragias, hipertensión, abortos espontáneos o infecciones que no son tratadas en el momento oportuno. Existen otros factores relacionados con los mismos sistemas de los servicios: el poco acceso a establecimientos de salud, la baja calidad en la atención hacia las usuarias del servicio, la falta de pertinencia cultural en la atención a determinados grupos de la población con características culturales particulares, entre otros.

³ El objetivo 3 indica garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.

⁴ Dirección General de Epidemiología del Minsa. Sala de situación virtual de la muerte materna.

⁵ Ministerio de Salud (2018). *Boletín Epidemiológico del Perú*. Consulta: 01 de marzo 2019. Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/44.pdf>.

Desde el año 2008, existe el Programa Presupuestal⁶ 002 “Salud Materno Neonatal”, cuyo problema identificado es la “elevada razón de mortalidad materna y tasa de mortalidad neonatal, evidenciándose un mayor riesgo de madres y neonatos de zonas rurales y de bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud”. La población objetivo está integrada por mujeres en edad fértil (de 10 a 49 años) y a todo recién nacido, desde su nacimiento hasta los 28 días de vida (neonato). El resultado final del programa es “mejorar la salud materno neonatal”, bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud con la participación en la ejecución del gobierno nacional, regional y local.

Con relación a la población objetivo de esta investigación, el Perú cuenta con una Política Sectorial de Salud Intercultural que regula las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional con el propósito de garantizar el ejercicio de este derecho por parte de los pueblos indígenas.

La interculturalidad es un factor clave para brindar atención en salud a los pueblos indígenas, originarios y comunidades campesinas que se encuentran principalmente en zonas rurales del país. Es importante conocer si en el marco del enfoque intercultural en salud materna, se evidencia un conocimiento de las prácticas tradicionales realizadas en la atención prenatal, del parto, del postparto y del manejo del recién nacido. Esto permitirá respetar y comprender las costumbres y prácticas ancestrales asociadas a la salud materna.

La pertinencia intercultural en salud deriva del principio de derecho a la diferencia y quiere decir adecuado a la cultura. En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud, busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas. Desarrolla el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y

⁶ La Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) está implementando, desde el año 2008, los Programas Presupuestales, definidos como la categoría que constituye un instrumento del Presupuesto por Resultados. Es una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos para lograr un resultado específico en la población y así contribuir al logro de un resultado final asociado a un objetivo de política pública.

elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población (PAHO citado en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala)⁷.

Los determinantes de la salud, que influyen o condicionan en estado de salud, se evalúan a través de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, el sistema de salud y los estilos de vida del individuo del lugar de intervención.

Por otro lado, se requieren servicios de atención obstétrica de emergencia disponible y accesible sin discriminación alguna y en un contexto de comprensión intercultural, y de ejercicio de los derechos de las usuarias. Se busca evitar que mueran numerosas mujeres embarazadas debido a la falta de acceso a atención obstétrica de urgencia y con escasa información sobre salud materna.

En tal sentido, esta investigación permitirá analizar la institucionalización de la Política de Salud Intercultural. Esto comprende la participación e implementación de los centros de salud articulado con el gobierno local y que promueva una adecuación cultural de los servicios de atención en salud para la población e implementación de estrategias en los centros de salud en dos distritos rurales de la provincia de Vilcashuamán. De esta manera, se proponen recomendaciones para reducir las brechas de acceso a los servicios de salud materna neonatal de las mujeres de 15 a 49 años. Con ello se debe contribuir a la reducción de la mortalidad materna por factores que son consecuencia de una atención que responda a las características socioculturales de las poblaciones indígenas.

1.5. Ubicación de la investigación en el campo de la Gerencia Social

La presente investigación, en el campo de la Gerencia Social, tiene por finalidad contribuir a los cambios sociales. En esta oportunidad, se identificará aquellos factores que contribuirán a mejorar el servicio de los profesionales de

⁷ PAHO (Pan American Health Organization) esta sigla en castellano significa Organización Panamericana de salud. La cita es de una página web del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Consulta: 15 de mayo de 2019. Recuperado de https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=570-2011-normas-con-pertinancia-cultural&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518

salud y los procesos de atención, desde el nivel de gerencia institucional hasta el nivel del personal que tiene contacto con la población objetivo de la investigación. Buscamos generar conocimientos para transformar aquellos procesos que vienen obstaculizando el avance en cuanto al desarrollo y acceso a la atención en salud con pertinencia intercultural.

Así mismo, esta investigación contribuye a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible:

ODS3 – Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; relacionado a combatir la mortalidad materna

ODS5 – Igualdad de Género, porque las mujeres quechuas tienen el derecho de decidir cómo desean ser atendidas en los centros de salud, a respetar sus costumbres propias de su pueblo, sin distinción alguna; ser atendidas bajo un enfoque de igualdad de género

ODS10 – Reducir la desigualdad en y entre los países; donde se deben aplicar políticas universales que presten una especial atención a las necesidades y problemáticas de las poblaciones más vulnerables, en el caso de esta investigación a las mujeres quechuas

CAPÍTULO II: MARCO CONTEXTUAL

2.1 Información diagnóstica

Los pueblos indígenas son poseedores de conocimientos y prácticas tradicionales, propias de sus culturas, que enriquecen y son un aporte importante para la humanidad en todos sus niveles y etapas de vida. Estos conocimientos y prácticas han sido transmitidos a través de procesos de intercambio intergeneracional desde los sabios (as) indígenas mayores hacia los jóvenes.

Dentro de las culturas indígenas, existe un rol y responsabilidad para cada uno de sus integrantes, desde lo individual hacia lo colectivo. Uno de ellos son los poseedores de conocimientos para el cuidado de la salud, como lo son los médicos y las médicas tradicionales, los chamanes, hueseros, curandero/as, comadronas, parteras, etc. Estos recursos humanos de los pueblos indígenas han sido y son un factor importante en su supervivencia, y en combatir los desmanes que se han originado desde la colonización; además de luchar contra presencia de enfermedades transmisibles. A estos se suman los riesgos y problemas de salud colectiva relacionados con la urbanización, la industrialización, la expansión del efecto de la sociedad de consumo, el cambio climático, la migración, etc.

Sin embargo, es lamentable que estos conocimientos y prácticas para el cuidado de la salud desde los pueblos indígenas se está perdiendo, debido a que no son reconocidos oficialmente por el Estado y muchas veces sus prácticas son criminalizadas. Tal es el caso de la partería tradicional, identificada como una de las causas de la mortalidad materna y neonatal en las comunidades y territorios con población indígena. Por ello, en el caso del Perú, el Estado está promoviendo que todas las madres gestantes sean atendidas en los centros de salud ubicados de las capitales de distritos para disminuir las muertes maternas.

No obstante, durante la investigación en campo, se tiene claro que existe una baja calidad y calidez en los establecimientos de atención en salud para mujeres indígenas. Esto es producto de una falta de comprensión y reconocimiento de un país pluricultural y pluriétnico. Asimismo, a pesar de que se cuentan con políticas de salud para pueblos indígenas, en este caso para mujeres indígenas, estas no están teniendo los resultados esperados. Son consideradas inadecuadas por la misma población para las cuales han sido diseñadas.

En el Perú prevalecen problemas de equidad en el acceso a los servicios de salud. La discriminación por razones culturales que incluye el no reconocimiento de las lenguas propias, o la falta de competencias de los proveedores de los servicios en reconocimiento de la cosmovisión de las usuarias, son algunos problemas persistentes que requieren la región (Family Care International 2010:6).

En nuestro país, sigue prevaleciendo el problema de discriminación y racismo en la población. Esto parte de la no aceptación y reconocimiento real de las diversidades culturales. Sin embargo, es importante enfatizar que este sector de diversidad poblacional discriminada es sujeto de derechos e igualdad de condiciones a todo nivel. Además, contribuyen en el desarrollo de una sociedad más inclusiva y respetuosa a través de sus conocimientos, cultura y tradiciones para el desarrollo de una sociedad más inclusiva y respetuosa.

La discriminación y racismo se ven reflejados al momento de que las poblaciones diversas quieran ejercer plenamente sus derechos. Esto se incrementa con la falta de mecanismos, procesos y voluntad del Estado, y de todos los sectores de la sociedad para el cuidado y respeto de ello.

La problemática de salud de los pueblos indígenas es una responsabilidad que debe ser asumida por el Estado. Ello es señalado en documentos internacionales como el Convenio 169 de la OIT, Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, entre otros.

Actualmente, el Centro Nacional de Salud Intercultural – CENSI es el órgano técnico normativo del Instituto Nacional de Salud- INS, que depende del Ministerio de Salud. Tiene como objetivo proponer políticas y normas en salud intercultural. También, busca promover el desarrollo de la investigación, docencia, programas y servicios, transferencia tecnológica y la integración de la medicina tradicional, medicina alternativa y medicina complementaria con la medicina académica para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población.

En el proceso de elaboración de la Política Sectorial de Salud Intercultural, que es materia de esta investigación, han participado representantes de organizaciones indígenas a nivel nacional. Sin embargo, persiste una falta de claridad en el establecimiento de procedimientos para el seguimiento e implementación de la misma. Además, no han participado representantes de comunidades indígenas de base, cuyas visiones y necesidades son diferentes a las representaciones de organizaciones nacionales. Lo último mencionado responde también a un debilitamiento que existe en el relacionamiento entre las organizaciones nacionales y sus bases. Es un tema que no ampliaremos en la presente investigación.

La desarticulación entre estrategias nacionales y la no participación de las organizaciones en todo el ciclo de las políticas públicas no fortalece la construcción del colectivo social, porque el actor principal es el funcionario que aparece como el líder modernizador (transformador), pero no la comunidad ni la institución pública.

En la política, priorizan que el personal de salud debe aplicar los enfoques de derechos, equidad de género, participación social e interculturalidad. Sin embargo, la formación técnica del personal de salud generalmente no incluye esas temáticas.

Para la organización Chirapaq Centro de Culturas Indígenas del Perú, en el Perú, no se permiten que las parteras atiendan en servicios de salud formales. En este contexto, el personal de enfermería y obstetricia atienden el parto

vertical que adecua el espacio físico sin tener un verdadero conocimiento de la cosmovisión andina y amazónica que acompaña la atención tradicional.

En el parto humanizado, según el CENSI, la mujer es la protagonista en el proceso del parto. Sin embargo, cuando mencionan a ella, la llaman “usuaria”, y al bebé “producto”. ¿En dónde queda el enfoque de derechos humanos?

Por otro lado, existen políticas nacionales en salud intercultural que promueven el acceso de la población andina y amazónica a los servicios de salud y a la atención del parto vertical con adecuación intercultural. No obstante, estas no necesariamente se cumplen en los establecimientos de salud por desconocimiento y falta de sensibilidad.

En una entrevista, Angélica Ganiko, antropóloga de la asociación Chirapaq, menciona que en el enfoque intercultural se percibe como un retroceso en la atención materno infantil, ya que solamente reconocen al parto vertical como una prueba de que los servicios de atención están adaptados culturalmente. Sin embargo, no es solo ello. Existen ciertas características que deben tomarse en cuenta para que realmente se vea el enfoque cultural; por ejemplo, dar a luz sentada, el acompañamiento de la familia o el esposo, el consumo de ciertos mates de hierbas que contribuyen a aminorar los dolores del parto, la calidez de las personas que acompañan para darle apoyo emocional a la madre, el idioma quechua, entre otros.

Olvidaron que la salud intercultural salvaguarda tan crucial como la misma atención en sí: el soporte emocional, tanto al momento y después del parto. Eso es lo que muchas mujeres indígenas reclamaban: un trato con calidad y calidez, que es parte de la salud integral de las mujeres.

Finalmente, a pesar de que contamos con una invaluable riqueza en los pueblos indígenas para el cuidado de la salud, su situación no ha mejorado, porque esta situación se encuentra íntimamente ligada a la pobreza, la exclusión y la discriminación por género y etnia, y a la falta de ejercicio de derechos. Esta situación desafía el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo

Sostenible, y demanda esfuerzos y voluntad política para implementar estrategias efectivas para reducirla.

2.2 Ámbito geográfico de la investigación

Desde la década de 1980 hasta el año 2000, el Perú ha pasado por una época de violencia política, cuyo mayor número de víctimas se registró en la región Ayacucho, y afectó casi exclusivamente a la población indígena. Esto generó caos y la desolación en el campo; la drástica caída de la producción agropecuaria y la descapitalización del agro; la destrucción y deterioro de la infraestructura social y productiva; la pérdida de importantes patrimonios culturales, de conocimientos, prácticas y biodiversidad; la desmembración de las familias, de la institucionalidad y del tejido social; la inseguridad, la trasgresión y la violación de los derechos humanos; la orfandad y el abandono de menores; la ampliación y agudización de la pobreza; el repliegue de las instituciones públicas y privadas.

La presente investigación se realizó en los distritos de Vilcashuamán (Centro poblado) y Saurama (Comunidad Contay), ubicados en la provincia de Vilcashuamán, departamento de Ayacucho.

Se denomina centro poblado a aquel ámbito geográfico que ha sido creado para fines estadísticos de localización geográfica, para un cierto núcleo de población. Es la concentración de una cantidad de viviendas dentro de un área urbano/rural de un municipio.

En cambio, comunidad indígena “es el grupo humano que vive de acuerdo con las formas de relación con el medio natural en el que se asentaron los diferentes grupos aborígenes desde antes de la conquista y la han conservado y dinamizado a lo largo de la historia” (Universidad del Rosario)⁸.

⁸ La información citada es de la página web Universidad del Rosario. Consulta: 20 de mayo de 2019. Recuperado de <https://www.urosario.edu.co/jurisprudencia/catedra-viva-intercultural/ur/Comunidades-Etnicas-de-Colombia/Pueblos-indigenas/>.

Condiciones socio económicas

Según el Instituto Peruano de Economía, en la región de Ayacucho, las principales actividades económicas de la región, por la población económicamente activa son lo siguiente: “25% la minería, seguido por otros servicios con 19%, agricultura con 14%, construcción con 10% y comercio con 10%. Estas actividades son importantes porque generan la mayoría de los empleos, e impactan en la economía regional y nacional” (Citado en el Sineace 2018: 5). Según el Instituto Peruano de Economía (IPE), a pesar del crecimiento económico a las provincias de Huamanga y Páucar del Sara Sara tienen una incidencia de pobreza entre 30 y 50% de la población, mientras que el resto de las provincias cuenta con más del 50% de incidencia de pobreza (Sineace 2018).

Las comunidades de los distritos de Vilcashuamán y Saurama desarrollan sus actividades agrícola - pecuarias mediante la práctica de saberes y cosmovisión andina; por ello, la constante recreación de su cultura mediante la agricultura tradicional. Las familias quechuas tienen que adaptarse a la dinámica del cambio climático y la necesidad de acceder a la economía de mercado para acceder a bienes y servicios. Estas condiciones influyen en la modificación de sus relacionamientos económicos, sociales y culturales.

El nivel educativo es deficiente, debido a que la capacitación de los docentes es limitada. Solo un grupo determinado recibe capacitación de parte del MINEDU, la DREA y la UGEL. En algunos casos, no se toma en cuenta los enfoques de la política educativa regional.

En el año 2017, el Índice de Desarrollo Humano - IDH que muestran las 3 provincias (La Mar, Vilcashuamán y Víctor Fajardo) son las más bajas. Solo Huamanga, capital de la región, tiene un IDH moderado, porcentaje que refleja la diferencia entre el centro urbano y las demás provincias. A nivel país, se tiene un IDH por encima del moderado (0,5058); mientras que el departamento de Ayacucho ocupa el penúltimo lugar con un IDH bajo (0,3336) y en la provincia de Vilcashuamán el IDH es de 0.2231 (Sineace 2018). Esto expresa

el grado de retraso de Ayacucho con respecto a las demás regiones del país y de la provincia de Vilcashuamán respecto a las otras provincias del departamento.

El escaso desarrollo humano de la población de la provincia de Vilcashuamán explica la mayor parte de los problemas sociales, económicos y políticos experimentados en las últimas décadas. En otras palabras, las limitadas capacidades de la mayoría de la población impiden que la provincia pueda despegar hacia el desarrollo socioeconómico.

Con relación a temas vinculados a la violencia contra la mujer, en Ayacucho, se mantiene la Instancia de Concertación en el Marco de la Ley N° 30364, pero aún sigue sin implementarse. También, se cuenta con los CASE, que son los Centros de Atención Socio Emocional para víctimas de violencia familiar y sexual, pero la atención es limitada: sin ambientes adecuados para los servicios que brinda (admisión, Psicología, social, legal y promoción). Finalmente, los convenios con las Municipalidades Provincial de Huamanga y el MIMP, se han venido cumpliendo con deficiencias.

En relación con la inversión del gobierno regional, solo el 0.06% del presupuesto total es designado para temas relacionados a la protección social, pero ninguna de las acciones está orientada a prevenir la violencia contra las mujeres. En la provincia de Vilcashuamán, el porcentaje de denuncias de violencia contra la mujer alcanza el 66% del total de denuncias. Este reporte muestra que sólo el 33.6% de víctimas de violencia contra la mujer busca ayuda a instituciones; el resto son casos no reportados que a veces terminan en feminicidios.

Condiciones climatológicas

Según la Dirección Regional de Agricultura en Ayacucho, los eventos climatológicos adversos están afectando y generando pérdidas en los cultivos en la región. El 42% de la afectación es por la presencia de granizo, el 17% por

las sequías, el 15% es por las heladas, el 14% es por la presencia de enfermedades, el 4% es a causa del exceso de humedad, otro 4% es por las plagas y depredadores, el 3% por los vientos fuertes, el 1% por las bajas temperaturas, el 0.6 % es por las inundaciones y un 0.4% por los huaycos⁹.

Uno de los fenómenos de gran magnitud que ha afectado la producción pecuaria y agrícola ha sido el granizo. La población afectada en la región alcanzó en el 2018 a 53 000 personas y ha afectado a 288 90 000 ganados. En la provincia de Vilcashuamán, la población afectada ha sido 1600 personas y 18000 el número de ganados entre vacunos, ovinos, alpaca, llama y vicuña.

Según el SENAMHI, los distritos de Vilcashuamán y Saurama son zonas de alto riesgo por el grado de afectación al que están expuestos los campos productivos. Por ejemplo, las temperaturas descienden a -6 o -8 C°, la frecuencia de las heladas se presenta de 5 a 10 veces por año.

Según el Índice Estandarizado de Precipitación (SPI) del SENAMHI, Vilcashuamán ha mostrado una variación en la precipitación por encima del 60% de SPI. En el segundo semestre del 2018, las condiciones indicaron que la zona estuvo en la categoría de moderadamente húmeda; es decir, mostró anomalías en las precipitaciones en temporadas en las que las precipitaciones deben ser bajas. Este régimen de lluvias está afectando las cosechas de los granos de las primeras siembras, los cuales están maduros y no necesitan agua, malogrando la calidad de estos, amarillándolos o pudriéndolos.

Condiciones en salud y nutrición

En Ayacucho, el índice de la desnutrición crónica infantil es de 20%. 80.2% de menores de seis meses reciben la lactancia materna, 48.3% es la proporción de niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con prevalencia de anemia, 12.9% es la proporción de menores de 36 meses con insuficiencia respiratoria aguda, 20.1% es la proporción de menores de 36 meses con enfermedades diarreicas

⁹ Perfil de proyecto Recuperación de la biodiversidad. CHIRAPAQ 2015-2019.

aguas, 6% es la proporción de nacidos con bajo peso al nacer (<2.5 kg.), 72.8% es la proporción de menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad, 27.8% es la proporción de menores de 36 meses con todas sus vacunas básicas para su edad, 94.7% es la proporción de partos institucionales de gestantes procedentes del área rural, 16.9% es la proporción de gestantes que dieron parto por cesárea procedentes del área rural, 16.8% es la proporción de nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017.

Tabla 1
Cuadro estadístico de la desnutrición infantil

Indicadores	Nacional	Ayacucho
Desnutrición Crónica Infantil (menores de cinco	12.9	20.0
Menores de seis meses reciben la lactancia materna	64.2	80.2
Niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con prevalencia de anemia	43.6	48.3
Menores de 36 meses con insuficiencia respiratoria	15.0	12.9
Menores de 36 meses con enfermedades diarreicas	14.4	20.1
Nacidos con bajo peso al nacer (<2.5 kg.)	7.3	6.0
Menores de 36 meses con vacunas básicas completas para su edad	74.5	72.8
Menores de 36 meses con todas sus vacunas básicas para su edad	27.1	27.8

Nota. La tabla explica el porcentaje de niños desnutridos. Tomado de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2017. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

En cuanto a la atención de la salud materna, los resultados de la ENDES 2017, señala lo siguiente:

Tabla 2.

Cuadro estadístico de indicadores de salud materno neonatal

Indicadores de Salud Materno Neonatal	Nacional %	Ayacucho %
Partos institucionales de gestantes procedente del área rural	79.1	94.7
Gestantes que dieron parto por cesárea procedente del área rural	15.7	16.9
Nacidos vivos con edad gestacional menor a 37 semanas	22.8	16.8

Nota. La tabla explica los indicadores de salud materna neonatal. Tomado de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2017. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

En el centro poblado de Vilcashuamán, existe una posta Médica de la Red Asistencial Ayacucho de EsSalud. Este local cuenta con una amplia infraestructura, donde se brindan servicios de medicina general, enfermería, tópico y farmacia, entre otros. Además, posee una sala multiusos para la realización de charlas, talleres y sesiones demostrativas de salud. También, contiene un ambiente para psicoprofilaxis, donde las madres gestantes se preparan para el momento del parto.

No todas las 13 comunidades del distrito de Vilcashuamán cuentan con postas médicas; y en las que, si se encuentra, éstas son pequeñas y que generalmente hay un médico o serumista¹⁰. Por disposición del Ministerio de Salud, las mujeres gestantes deben dar a luz en los centros de salud determinados, que generalmente se encuentra en la ciudad capital del distrito. Sin embargo, cuando se presenta una complicación son derivadas a la Red de Salud de Cangallo, que pertenece a la provincia con el mismo nombre y se encuentra a dos horas de viaje desde la capital de Vilcashuamán.

¹⁰ "Es un programa de servicio a la comunidad que está orientado a desarrollar actividades preventivo - promocionales en centros y puestos de salud del MINSA o en establecimientos equivalentes de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud, principalmente en las zonas rurales y urbano - marginales consideradas de menor desarrollo del país" (Dirección Regional de Salud de Cuzco 2016). Es tomado de la siguiente página web <http://www.diresacusco.gob.pe/administracion/serums/serums.htm>.

Por otro lado, el distrito de Saurama es uno de los ocho distritos que conforman la provincia de Vilcashuamán. Cuenta con seis comunidades. Una de ellas es la Comunidad de Contay y 1 centro poblado con el mismo nombre del distrito¹¹. Según datos del 2017 INEI, el distrito tiene una población de 1 038 habitantes que corresponden a 392 viviendas, limita con los siguientes lugares:

- Por el norte: Distrito de Vilcashuamán, Provincia de Vilcashuamán
- Por el oeste: Distrito de Carhuanca y Huambalpa, Provincia de Vilcashuamán
- Por el este: Distrito de Uranmarca, Provincia de Chincheros
- Por el sur: Distrito de San Antonio de Cachi, Provincia de Andahuaylas



Figura 2. Mapa de ubicación del distrito de Saurama¹²

A continuación, presentamos algunas tablas de las características de las viviendas particulares y los hogares del distrito de Saurama según datos de los Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas (INEI 2019).

¹¹ Información recopilada durante la investigación en campo.

¹² La fuente es de la Municipalidad Distrital de Saurama: Pre factibilidad del proyecto de construcción del sistema de riego de las pampas de sulcabamba huampuchaca, distrito de Saurama, Vilcas Huamán- Ayacucho (Ministerio de Economía y Finanzas 2013:4).

Tabla 3.
Servicios de alumbrado en el distrito de Saurama (Censo 2017)

V: La vivienda tiene alumbrado eléctrico por red pública	P: Según Sexo	Tipo de área censal		
		Urbano	Rural	Total
Si tiene alumbrado eléctrico				
	Hombre	95	312	407
	Mujer	104	321	425
	Total	199	633	832
No tiene alumbrado eléctrico				
	Hombre	19	77	96
	Mujer	23	87	110
	Total	42	164	206
Total				
	Hombre	114	389	503
	Mujer	127	408	535
	Total	241	797	1 038

Nota. Se proyecta cifras de servicios de alumbrado en las viviendas rurales y urbanas. La fuente es de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2017. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Tabla 4.
Servicio de agua en el distrito de Saurama (Censo 2017)

V: Servicio de agua - Todos los días de la semana	P: Según Sexo	Tipo de área censal		
		Urbano	Rural	Total
Si tiene servicio de agua todos los días de la semana				
	Hombre	1	23	24
	Mujer	1	20	21
	Total	2	43	45
No tiene servicio de agua todos los días de la semana				
	Hombre	50	186	236
	Mujer	49	219	268
	Total	99	405	504
Total				
	Hombre	51	209	260
	Mujer	50	239	289
	Total	101	448	549
No Aplica :		489		

Nota. La proyección de datos es recopilada de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2017. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

Formas y niveles organizativos de la población en Saurama y Vilcashuamán

La forma de organización heredada por los pueblos andinos con el surgimiento de la república son las comunidades indígenas. Con las transformaciones estructurales de fines de la década de 1960, estas fueron rebautizadas como comunidades campesinas. La Constitución de la República no se refiere a la categoría “pueblos indígenas”, sino a la “comunidad” –campesina o nativa–. Durante los últimos años, algunas normas incorporaron la categoría “pueblos indígenas” o “pueblos originarios”, por ejemplo, la Ley que Establece el Régimen de Protección de los Conocimientos Colectivos de los Pueblos Indígenas Vinculados a los Recursos Biológicos, la Ley General del Ambiente y la Ley del Derecho a la Consulta Previa a los Pueblos Indígenas u Originarios, reconocido en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En relación con las comunidades indígena, en este caso la comunidad de Contay, la autoridad tradicional encargada de la vigilancia de la disciplina comunal es llamada “Varayoc”. Sin embargo, se trata de una institución que tiende a la desaparición, debido a que poco a poco se está perdiendo los espacios de transmisión de conocimientos y tradiciones de generación en generación.

Todas las autoridades comunales se eligen en asambleas comunales. Paralelamente a la organización comunal, existen otras autoridades propias del modelo estatal como los alcaldes y otras autoridades políticas como los jueces de paz y los gobernadores. Las organizaciones sociales femeninas son los Clubes de Madres, los Comités de Vaso de Leche y las Asociaciones de Madres y Padres de Familia de apoyo a la gestión de cada escuela, beneficiarias del programa “Juntos”, “Pensión 65”, “Cuna Más”, “Qali Warma” y “Chacra Emprendedora”.

A continuación, en el cuadro se menciona cómo está compuesta la estructura organizacional en ambos distritos:

Tabla 5.

Estructura organizacional de los distritos de Saurama y Vilcashuamán

AUTORIDADES	DISTRITOS	
	SAURAMA	VILCASHUAMÁN (Capital provincial)
GOBIERNO LOCAL	1 Alcalde distrital 5 Regidores	1 Alcalde provincial 5 Regidores 3 Alcaldes de Centros Poblados
AUTORIDADES POLÍTICAS	1 Gobernador 7 Tenientes Gobernadores 4 Juez de Paz 11 Agentes municipales	1 Gobernador 19 Tenientes Gobernadores 4 Jueces de Paz 20 Agentes municipales 1 Fiscalía 1 Juzgado
AUTORIDADES COMUNALES	8 Presidentes comunales y 3 presidentes de cada barrio 7 Miembros 2 Varayoc 11 Comités de autodefensa	21 Presidentes comunales y 7 presidentes de cada barrio 7 Miembros 3 Varayoc 12 Patacaq 20 Comités de autodefensa
ORGANIZACIONES COMUNALES	11 Comités de vaso de leche (Club de madres) 12 APAFAS 11 Comités de autodefensa 4 Comités de JASS	27 Comités de Vaso de Leche (Club de Madres) 45 APAFAS 20 Comités de Autodefensa 15 Comités de JASS

<p>OTRAS INSTITUCIONES Y/O PROGRAMAS</p>	<p>Programa JUNTOS Posta de Salud Agencia Agraria Agrorural Pensión 65 Cuna Más Qali Warma</p>	<p>Programa JUNTOS Centro de Salud y Posta de Salud Agencia Agraria Agrorural Pensión 65 Cuna Más Qali Warma Sub Región RENIEC MINDES – Centro de Emergencia Mujer Banco de la Nación Policía Nacional UGEL Electro Centro</p>
---	--	---

Nota. La tabla es elaboración propia.

2.3 Normatividad y lineamientos de las políticas relacionadas al tema de investigación

En este punto, mencionaremos, a nivel nacional e internacional, la normatividad y diferentes instrumentos relativos a nuestro tema de investigación.

Para el plano internacional, presentamos a la salud como un derecho fundamental de todo ser humano. En el plano nacional, solo mencionaremos en un cuadro la línea del tiempo de la normatividad en cuanto a salud materna y nos detendremos en la descripción de la Política de Salud Intercultural.

A nivel internacional

El derecho a la salud parte de una serie de instrumentos internacionales. El principal es la **Declaración Universal de Derechos Humanos**, aprobada el 10 de diciembre de 1948, en cuyo Artículo 25 menciona “Toda persona tiene

derecho a un nivel de vida adecuada que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”, “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales...” (Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948)¹³.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Parte III, artículo 12, inciso 1 y 2 se menciona: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental...”, “Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de estos derechos, figuran las necesarias para: a) la reducción de la mortalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños” (citado en Organización Mundial de la Salud 2008:12).

En el marco de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, realizada en la ciudad de Viena el 25 de junio de 1993, se aprobó la declaración y el programa de acción de Viena que, con respecto a la salud menciona en una parte de su artículo 41: “...la Conferencia reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar...”(citado en Álvarez 2006: 391).

El **Convenio N° 169 de la OIT**, en la Parte V sobre Seguridad social y salud, se mencionan artículos importantes que todo Estado, incluyendo el Perú, debe tomar en cuenta dentro de sus políticas lo siguiente:

- Artículo 25
 - 1) Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar de máximo nivel posible de salud física y mental (p.42).

¹³ La cita es tomada de la página web Naciones Unidas. Consulta: 24 de mayo de 2019. Recuperado de <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.

- 2) Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales; así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (p.43).
- 3) El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria (p.43).

Del 5 al 13 de septiembre de 1994, se realizó en la ciudad del Cairo la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), con la participación de representantes de la sociedad civil, Estados y agencias de las Naciones Unidas de más de 180 países. Tiene como principal responsable e impulsor el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

La Conferencia Internacional estableció que la población y el desarrollo están unidos y que se debe dotar de mayor poder a la mujer y tomar en cuenta las necesidades de la gente en lo relativo a la educación y salud. Avanzar en la equidad de género, eliminar la violencia contra las mujeres y asegurar la habilidad de ellas para controlar su propia fertilidad. Además, se definió como una de sus principales metas el cuidado a la salud reproductiva, que incluye reducir la mortalidad materna e infantil (Conferencia de Población y Desarrollo 1994).

Las Conferencias Internacionales se realizan cada diez años. En la última, celebrada en septiembre 2014 realizada en New York, se destacó que la mortalidad materna sigue siendo un reto social en América Latina.

Un año antes (2013), se realizó la primera Conferencia Regional de Población y Desarrollo en Uruguay, donde se aprobó el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Es la primera vez que en todas las Conferencias de Población se incluye en el documento oficial un acápite sobre Pueblos Indígenas, interculturalidad y derechos.

Garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como el derecho a sus propias medicinas tradicionales y sus prácticas de salud, sobre todo en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad materna e infantil considerando sus especificidades socio-territoriales y culturales, así como los factores estructurales que dificultan el ejercicio de este derecho (CEPAL 2013:55).

Siendo la Conferencia Mundial de Pueblos Indígenas (2014), uno de los espacios más importantes en materia de derechos de pueblos indígenas que ha sido organizado por el Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la única mención que se hace en el documento final aprobado es el punto 12. “Reconocemos la importancia de las prácticas de salud de los pueblos indígenas y su medicina y conocimientos tradicionales”. Sin embargo, no se han incluido mayores precisiones sobre las medidas que deberían adoptar las diferentes instancias para asegurar la disminución de la mortalidad materna en las poblaciones indígenas.

En septiembre del 2015, diferentes líderes mundiales y estados adoptaron objetivos globales para erradicar la pobreza extrema, proteger el planeta y garantizar la prosperidad para todos. Se denominaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Uno de estos objetivos es el N° 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Como metas se estima, entre ellas, para el 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna y garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales. Sin embargo, no especifica el tema de salud intercultural o la salud para poblaciones con especificidades culturales.

La OPS/OMS menciona que

el enfoque Intercultural promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la Salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y la practicas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad. Las

políticas, programas y proyectos en salud son adaptables y transferibles al momento de confrontar la inequidad étnica mediante la inclusión de las poblaciones afectadas por la misma, dentro del marco de sus actividades (PAHO)¹⁴.

El Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORASCONHU) tiene como objetivo planificar, coordinar y apoyar las acciones de los países miembros del Sistema Andino de Integración para mejorar la salud de la población. Las instancias de coordinación de este sistema son a nivel de Ministerios de Salud de Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador, Venezuela y Chile, que, desde hace varios años, vienen visibilizando experiencias sobre salud materna intercultural que puedan reforzar las políticas y programas en salud en los países andinos antes mencionados.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en el Relatoría sobre los derechos de la mujer, presenta un artículo en el que enfatiza de manera clara el deber del estado para “garantizar la protección del derecho a la integridad de las mujeres en el acceso a servicios de salud materna en condiciones de igualdad” (citado en Coordinadora Nacional de Derechos Humanos 2010). Para ello, formula un conjunto de recomendaciones que los estados deben considerar para velar por el derecho humano hacia la atención de la mujer sin ningún tipo de discriminación alguna, en la que compromete al estado adecuar una atención y trato con respeto a sus tradiciones y creencias durante el servicio que brinde el personal de salud hacia la mujer indígena y afrodescendientes. Se debe velar por que se den las condiciones de igualdad, garantizar que las mujeres estén protegidas por leyes y estén informadas de sus derechos y las acciones a llevar de no recibir un trato basado en el respeto como persona.

A nivel nacional

En el siguiente cuadro mencionaremos las principales normativas a nivel nacional respecto a la salud materna relacionadas con la salud intercultural.

¹⁴ Esta información pertenece a la página web de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Consulta: 20 de mayo de 2019. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=361&Itemid=40949&lang=es.

Tabla 6.

Principales reglamentos de salud materna en relación a la salud intercultural

Año	Normativa
2002	Ley N° 27657 creación del Centro Nacional de Salud Intercultural.
2005	Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud N° 032- MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Planificación Familiar"
2005	Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA, aprueba la NTS N° 033-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural"
2005	Resolución Ministerial N° 713-2005/MINSA, que aprueba la Modificación de la Conformación del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal a nivel Nacional y Regional.
2006	Resolución Ministerial N° 453-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal
2006	Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA, que aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGPS-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud"
2006	Resolución Ministerial N° 674-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación"
2007	Resolución Ministerial N° 142-2007/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales"
2007	Resolución Ministerial N° 660-2007/MINSA, que modifica el Reglamento del Funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal
2008	Resolución Ministerial N° 278-2008/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Adecuación Cultural de la

Año	Normativa
	Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva"
2009	Resolución Ministerial N° 207-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015"
2009	Resolución Ministerial N° 223-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales"
2013	NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01 Aprobación de la Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna.
2015	RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 670-2015/MINSA Modifican Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna
2016	Decreto Supremo N° 016-2016-SA Política Sectorial de Salud Intercultural.
2017	NTS N° 130-minsa/2017/GGIESP, que aprueba la norma técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescentes durante el embarazo, parto y puerperio

Nota. La fuente es tomada de la Política Sectorial de Salud Intercultural. Decreto Supremo N° 016-2016-SA

Desde hace más de 15 años, el Gobierno Peruano ha aprobado, a través de la instancia encargada (Ministerio de Salud), diversas normativas y estrategias con relación a salud materna y la inclusión del componente de pertinencia cultural. Sin embargo, todos estos esfuerzos no han arrojado resultados de impacto que hayan logrado disminuir las inequidades y desigualdades existentes en los servicios de salud, principalmente dirigido a sectores más pobres, siendo uno de ellos los pueblos indígenas.

El Perú se encuentra entre los cinco países de América Latina y El Caribe que más ha avanzado en términos de reducción de mortalidad materna en los últimos años (UNFPA, UNICEF y OPS 2015). Sin embargo, el sistema de salud pública aún enfrenta

serios desafíos para asegurar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres (UNFPA 2017).

La población más afectada son las mujeres indígenas, que son discriminadas por triplicado, por ser mujer, por ser indígena y pobre.

Por otro lado, desde hace tres años, organizaciones indígenas nacionales han exigido al entonces Gobierno de Ollanta Humala la creación de una política de salud con enfoque intercultural para los pueblos indígenas. Esto se debió a los sucesos ocurridos en el área amazónica con el contacto de poblaciones en aislamiento voluntario, que estaban haciendo su aparición debido al incremento de la tala y minería ilegal en sus zonas de vivencia y que, a pesar de ser áreas de protección bajo ley, el problema se iba incrementando. Así mismo, las referencias han sido casos registrados sobre la deficiencia de la atención en salud para, por ejemplo, del pueblo Shipibo – Conibo, los Matsiguenga del Bajo Urubamba, el pueblo Achuar, Aymara de Puno, entre otros.

Por otro lado, el Ministerio de Salud, en el marco de la reforma de salud que viene emprendiendo desde hace cinco años, ha sustentado a través del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud, la necesidad de establecer una Política Sectorial de Salud Intercultural, con el “objeto regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr la atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, equidad e igualdad de oportunidades para la población, garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana” (El Peruano 2016:582233). Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos de reformar el sistema de salud para poblaciones vulnerables, no se han registrado avances.

Por otro lado, la Defensoría del Pueblo ha jugado un rol importante en este proceso, pues el Consejo de Ministros (2014) dilatava la aprobación de esta política y se presentó una demanda de amparo para presionar al Poder Ejecutivo para que sea aprobada con urgencia. Con tal fin, se celebraron reuniones de consulta previa libre e informada con organizaciones indígenas

nacionales, quienes también hicieron presión junto con la Defensoría para aprobar el documento. Este proceso de CPLI (Consulta Previa, Libre e Informado) culminó en septiembre del 2014.

El Defensor del Pueblo, en ese entonces el Dr. Eduardo Vega Luna, señaló que la consulta constituye una valiosa experiencia de diálogo para la construcción de una política nacional orientada a reducir las brechas que han impedido a los pueblos indígenas recibir una atención de salud adecuada y con enfoque intercultural.

Es tan deficitaria la atención de salud que el 51.2 por ciento de las comunidades indígenas carece de algún tipo de establecimiento. Esto es un serio problema, ya que existen diversas epidemias presentes en contextos indígenas, como las enfermedades diarreicas agudas o la malaria. A estas se pueden sumar otras nuevas como el VIH, la hepatitis B o la tuberculosis, que no están siendo adecuadamente atendidas (Vega 2016 citado en Servindi).

Es así como, en abril 2016, bajo Decreto Supremo N° 016-2016-SA, se aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural, cuyo objetivo general es regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr la atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Para ello, se debe garantizar el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana (El Peruano 2016: 582238).

Así mismo, es importante lograr el aseguramiento universal en salud con pleno acceso a servicios de atención integral, de calidad y con pertinencia cultural; fomentar la articulación entre el conocimiento convencional y el tradicional, revalorando la medicina tradicional; que el personal de salud brinde una atención adecuada; y se implementen mecanismos institucionales que permitan la participación de los pueblos indígenas en los procesos de gestión, prestación y evaluación de los servicios de salud (El Peruano 2016: 582238).

La política de Salud Intercultural como modelo de intervención tiene diferentes espacios que a continuación se explicará en forma detallada:

- (i) En primera instancia, la adaptación al ambiente cultural de la comunidad en la que se trabajará se debe respetar las costumbres a nivel familiar, a fin de promover el empoderamiento de las familias para el autocuidado de su salud y la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables dentro de los miembros de las familias a través de diferentes acciones.
- (ii) El segundo espacio es el ámbito comunitario. Se promueve la incorporación de la partera a las actividades del puesto o centro de salud. Esta intervención fortalece no solo el puesto de salud, sino que permite invitar la participación comunitaria para el cambio conductual en el cuidado de la salud del niño y la madre gestante. Con estas acciones, se mejorarán el entorno y las condiciones que determinará la salud en las mujeres quechua hablantes.
- (iii) Un tercer espacio son los líderes o gobiernos locales. Es importante conocer sus percepciones sobre la atención y cuidados adecuados a las mujeres gestantes quechua hablantes, así como su capacidad de gestión para adoptar y participar en la implementación de estrategias y acompañar en el proceso al personal del puesto de salud.
- (iv) Finalmente, en el ámbito regional, se busca identificar las acciones que realizan de manera sistemática en cuanto a recursos y logística en los diferentes agentes de salud. Se indaga si se realizan capacitaciones y si se desarrolla mecanismos de sostenibilidad técnica, financiera, social y política.

Uno de los aspectos importantes a resaltar es que se ha tomado en cuenta la participación de las organizaciones indígenas nacionales en el seguimiento al cumplimiento de esta política. Sin embargo, es el mismo Estado el que debe garantizar y hacer los esfuerzos para que esto se dé, de manera transparente. Hasta el momento, no se ha registrado algunos avances en la normatividad de la política.

Finalmente, la Política Sectorial de Salud Intercultural se basa en cuatro ejes fundamentales:

Eje 1 – Garantizar el derecho a la salud desde los enfoques intercultural, de derechos, de género e inclusión social en la prestación de los servicios de salud para los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos

Eje 2 – Fomentar la medicina tradicional o ancestral y su articulación con la medicina convencional

Eje 3 – Fortalecer capacidades y habilidades de los recursos humanos en salud

Eje 4 – Fortalecer la identidad cultural y la participación de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos en los servicios de salud (El Peruano 2016: 582239).

2.4 Casos emblemáticos u otras investigaciones relacionadas al tema de investigación

Existen otras experiencias exitosas relacionadas al tema de salud materna y salud intercultural que se viene desarrollando en otros países, las cuales denotan la importancia de la articulación del enfoque intercultural con los procedimientos convencionales y occidentales de la medicina, y atención en salud.

Ecuador

La Dirección Provincial de Salud de Pichincha, a través del Subproceso de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, está operativizando el Parto Culturalmente Adecuado (PCA), que reconoce, revalora y recupera los saberes y prácticas culturales de la medicina ancestral.

El parto culturalmente adecuado es una estrategia que permite cumplir con los objetivos del Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y del Plan del Buen Vivir, que tiene como metas disminuir en un 35% la mortalidad materna y neonatal precoz, y aumentar al 70% la cobertura de parto institucional (CARE 2011).

La experiencia se desarrolló en el Hospital Raúl Maldonado, donde se implementó y se viene implementando un modelo de parto y nacimiento seguro, culturalmente adecuado y humanizado. Este hecho sirve como modelo para ser replicado a otros distritos y cantones de Ecuador; e incluso a otros países de la región, con una población diversa culturalmente.

Este modelo de atención ha identificado componentes claves que deben ser tomados en cuenta en todo el proceso de prestación de servicios de salud materna-neonatal como lo son: a) El fortalecimiento de capacidades que parte desde la sensibilización y capacitación de los agentes de salud, incluyendo el área administrativa; b) La adecuación para la atención integral del parto que comprende desde la adecuación de los ambientes hospitalarios y de salud que garantice el bienestar y satisfacción de la futura madre en todo su proceso pre, parto y postparto; c) La aplicación de protocolos-guía, este aspecto es muy importante que parte desde conocer y saber cuáles son las particularidades culturales de las futuras madres que permita cubrir sus reales necesidades, respetando sus tradiciones culturales un ejemplo puede ser, el estar acompañada durante el parto de la partera tradicional que la estuvo atendiendo en su hogar; d) La participación y coordinación social, que esto involucra a todos los actores, desde la familia de la madre, los agentes de salud, la comunidad en general, etc.; y por último, e) El aprendizaje, que conlleva a reflexionar los resultados de todo este proceso aplicado, ver lecciones aprendidas, qué funcionó y qué no, y tomar las medidas correspondientes.

Bolivia

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, en el marco de un convenio con el Programa de Apoyo a la Higiene y Salud de Base la Prefectura de Potosí y el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social, impulsaron el desarrollo de actividades relacionadas a la adecuación cultural de los servicios de salud. Entre ellas, se destaca la construcción y el equipamiento de infraestructuras con enfoque intercultural que fueron implementadas en zonas de difícil acceso y cuyos indicadores sanitarios eran negativos.

Con el objetivo de disminuir las brechas de inequidad y hacer posible que la población marginada pueda contar con infraestructura sanitaria contextualizada a su realidad sociocultural (Tapia y Delgadillo 2013:337).

La conclusión de este estudio es que, en zonas rurales, donde la población tiene ciertas características socioculturales diferenciadas a una persona que vive en una zona urbana, deben contar con establecimientos o centros de salud, con una infraestructura acorde a sus realidades, contexto y zona geográfica, que permita a la misma población acceder fácilmente a los servicios de atención, si sentir desconfianza y total horizontalidad.

México

La Organización Panamericana de la Salud en los últimos 10 años ha recomendado a los Estados articular los sistemas y diferentes enfoques de salud existentes que conlleve a una atención en salud más humanizada y de derechos. Es así que el Gobierno México, ha realizado esfuerzos para establecer una articulación entre la medicina científica y la medicina tradicional (Gobierno de la República de México 2014).

En cuanto a la atención de las mujeres durante el proceso de gestación, parto y puerperio, existen diferentes experiencias que han buscado establecer un servicio materno-neonatal que tome en cuenta tres enfoques.

En primer lugar, el enfoque humanizado parte de comprender que las mujeres deben tomar sus propias decisiones acerca de cómo, dónde y con quién parir; con el objetivo de que la experiencia del nacimiento sea un momento especial y feliz en condiciones de dignidad humana. En segundo lugar, el enfoque intercultural está referido a erradicar las diferencias culturales y de género en todo el sistema de salud, reconociendo la identidad cultural existente, con sus demandas y expectativas. Finalmente, el enfoque seguro reconoce a las mujeres como sujetos de derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos pero que también se den las condiciones más humanizadas al momento de ejercer la atención, por ejemplo, la infraestructura

del hospital, las competencias obstétricas que debe tener el personal de atención, entre otros.

Todos estos enfoques forman parte del modelo de Atención Intercultural de las Mujeres en los Servicios de Atención, promovidos por la Dirección General de Planeación y Desarrollo de la Salud como parte de las políticas del Estado Mexicano.

Perú

Huancavelica

En el año 2012, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) premió la iniciativa “Un Modelo de Atención Integral de la Salud Perinatal con Pertinencia Cultural y Enfoque de Derechos”, del Centro de Salud de Churcampa (Huancavelica) realizado en consorcio entre el Ministerio de Salud, las Organizaciones No Gubernamentales: Medicus Mundi Navarra, Calandria, Kallpa, Salud Sin Límites Perú y la Red de Salud de Churcampa. Este proyecto se ejecutó entre los años 2005 y 2008.

Esta iniciativa, realizada en el marco del Proyecto Salud Materno Perinatal con Adecuación Intercultural, se implementó lo siguiente:

En la provincia de Churcampa, en la región de Huancavelica, una de las más pobres del país y que, al inicio del proyecto, presentaba una elevada incidencia de partos domiciliarios y de mortalidad materno-perinatal debido a numerosas barreras que impedían el acceso de las mujeres a los servicios de salud durante el embarazo, el parto y el puerperio. A partir de un fuerte trabajo multidisciplinario, que incluyó el abordaje de elementos de educación, comunicación, participación comunitaria y salud, y un marcado enfoque de derechos e intercultural, se logró la mejora de la salud de madres y recién nacidos y el empoderamiento de la población (OPS 2012).

En ese sentido, con la experiencia de Churcampa, queda demostrado que, la inclusión del enfoque intercultural y conocimientos tradicionales, relacionados al cuidado de la salud de mujeres indígenas y la población, no es un retroceso sino más bien complementa y enriquece las prácticas occidentales y los

diferentes mecanismos y sistemas de salud. Esto debe complementarse con una relación horizontal, transparente y participativa con todos los actores/as de la población. Para ello, se debe identificar e implementar estrategias y procedimientos articulados; sobre todo garantizar una fuerte sensibilización y compromiso por parte de los agentes de salud. De esta manera, ellos lograrán ser asequibles a otros conocimientos y prácticas que al final buscan un mismo resultado: el cuidado de la salud de la población en el marco de los derechos humanos, individuales y colectivos.



CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO

La salud es un aspecto fundamental para todo ser humano. Sin salud, las personas no pueden desarrollarse plenamente y la sociedad en general.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un derecho no un privilegio, así como el derecho de recibir una atención máxima completa que se les pueda brindar a todas las personas. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social; y no consiste únicamente en la ausencia de enfermedad o discapacidad”.¹⁵

A esto le agregamos el estado emocional, pues también es un aspecto importante para atender. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (2017) señala en una de sus notas descriptivas publicadas en su página web respecto a la salud y derechos humanos, que el “derecho a la salud es contar también con una buena alimentación, contar con vivienda digna, trabajo, educación y a una atención intercultural sin discriminación alguna”.

En ese sentido, podemos decir que, el derecho a la salud está relacionado con otros derechos fundamentales de las personas que, articulados entre sí, cumplen un fin supremo, que es el desarrollo pleno.

Pero ¿quiénes son los principales responsables que deben garantizar que se respete este derecho? Según la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “son los Estados quienes tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de todos sus ciudadanos, no sólo asegurando el acceso a la atención, sino también que sea adecuada” (Ministerio de Salud 2012:17).

Entonces, son los estados quienes deben instituir políticas públicas que garanticen el pleno ejercicio de este derecho que tratan de evitar políticas que no generen cambios reales para el desarrollo de la población, sino políticas

¹⁵ La información ha sido obtenida de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/. Consultada el 20 de marzo 2019.

públicas bajo un enfoque de derechos humanos, la cual toma en cuenta ciertas características y particularidades culturales de la población.

En relación con la presente investigación, nos abocaremos a analizar, desde el campo de la gerencia social, cómo se viene implementando las políticas públicas relacionadas con la salud, específicamente la Política Sectorial de Salud Intercultural, para la población de madres gestantes y no gestantes quechuas de los distritos de Saurama y Vilcashuamán, departamento de Ayacucho.

Para ello, mencionaremos qué nos indica la teoría en cuanto al derecho a la salud bajo un enfoque de derechos humanos, enfoque intercultural y de género.

Cabe mencionar también que se tomará en cuenta elementos esenciales que están interrelacionados y que permitirán medir si los servicios de atención en salud son los adecuados: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad.

3.1. Derechos humanos y derechos de pueblos indígenas

El término derechos humanos es un concepto que la humanidad ha ido construyendo a través de la historia de acuerdos a sus necesidades. Los derechos humanos son valores fundamentales vinculados con la dignidad, la libertad y la igualdad de las personas, y que se manifiestan como derechos, facultades y condiciones necesarias para que todas las personas, sin ninguna discriminación, tengan acceso a una vida digna. Estos tienen como objetivo regular y limitar el poder estatal, proteger a la persona y mejorar sus vidas. Los derechos humanos son exigibles en todo momento. Son anteriores y superiores al Estado (Naciones Unidas 1948).

Por lo expuesto, al mencionar que los derechos humanos son valores fundamentales vinculados con la igualdad sin discriminación alguna. Ello quiere decir que todo ser humano tiene derechos, sin importar su sexo, condición social, religión, pensamiento, orientación sexual, identidad cultural, etc.

El 13 de septiembre del 2007, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, el cual señala que “los pueblos indígenas tienen derecho a vivir con dignidad, a mantener y fortalecer sus propias instituciones culturales y tradicionales, a buscar su propio desarrollo” (p.7).

En el contenido de la Declaración, se resalta que el derecho no es solamente uno, y que aparte de los derechos humanos. Además, los pueblos indígenas poseen derechos individuales y colectivos; que están vinculados a sus propias formas de vida, a su identidad cultural y cosmovisión, a las formas de organizarse propia y estructura.

Los derechos humanos son universales para todos/as, pero las poblaciones indígenas poseen determinados derechos que están vinculados a lo ya expuesto. Estos últimos son específicos, ya que son consideradas una de las poblaciones más vulnerables y discriminadas a nivel mundial.

3.2. El derecho a la cultura, la diversidad cultural e intercultural

Antes de analizar el derecho a la cultura, primero debemos definir qué entendemos por cultura.

Según CHIRAPAQ, Centro de Culturas Indígenas del Perú, en su módulo III Pueblos Indígenas e Identidad Cultural (2017), “la cultura es el conjunto de formas y maneras de pensar, actuar, hablar, percibir, expresar, comportarse, organizarse, sentir y valorar lo que tenemos de uno mismo, y del grupo con el que crecimos y nos criamos”.

Cabe resaltar que la cultura no es única y estática, sino que es cambiante y se transmite de generación en generación. Además, puede ser influenciada por otros elementos externos que la enriquecen y como un engranaje, va construyendo elementos nuevos que generan cambios en la vida de la población, en algunos casos positiva y en otros no.

Al mencionar que la cultura no es única, nos referimos a que no existe un solo idioma, una sola identidad, etc.; sino que hay un sinnúmero de características y particularidades en la población como étnica, lingüística y cultural, que la va haciendo diversa. A ello denominamos “diversidad cultural”. En otras palabras, “es la convivencia e interacción que existe entre diferentes culturas dentro de un mismo espacio geográfico” (Diversidad Cultural 2019).

Entonces, la interculturalidad “es el proceso de comunicación entre diferentes grupos humanos, con diferentes costumbres, siendo la característica fundamental la horizontalidad; es decir, que ningún grupo cultural está por encima del otro, promoviendo la igualdad, la integración y convivencia armónica entre ellas” (Cavalié 2013).

Pero todos estos elementos como la igualdad y convivencia armónica no se pueden generar si no existe un respeto y reconocimientos del otro.

Regresando al tema del derecho a la cultura, se puede afirmar que “los derechos culturales son derechos humanos, promovidos para asegurar y garantizar que las personas y las comunidades tengan acceso al disfrute de la cultura, y de sus componentes en condiciones de igualdad, dignidad humanos y no discriminación” (Roca 2005).

Norma Correa (2016), en su publicación “Interculturalidad y políticas públicas: una agenda al 2016”, asevera que “la aplicación del enfoque intercultural ofrece una importante oportunidad de innovación social para el Estado peruano, toda vez que facilita la generación de esquemas de políticas que mejoren su comunicación con la ciudadanía, respondan a la dramática situación de pobreza y exclusión que enfrentan los pueblos indígenas, contribuyan con el cierre de brechas interétnicas y amplíen el acceso a derechos fundamentales.” (p.11)

3.3. Salud intercultural y servicios de atención

En párrafos anteriores, hemos señalado que interculturalidad es el proceso de interacción de diversas culturas, bajo un marco horizontal de respeto e

igualdad. Entonces, ahora se cuenta con las condiciones necesarias para tratar el tema de salud intercultural. Según Ibacache, en sus reflexiones para una política intercultural de salud publicado en el 2007, la interculturalidad en el campo de la salud es la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y enfermedad, la vida y la muerte.

En relación con las diversidades culturales, especialmente de las poblaciones indígenas, la salud va más allá de estar bien o enfermo: tiene una percepción desde lo individual hasta el colectivo. Esto quiere decir que, para los pueblos indígenas, estar bien de salud es estar conectado con la comunidad, el territorio, la familia, los ancestros, entre otros¹⁶.

Existe suficiente información de cómo el sistema de salud indígena puede aportar al sistema de salud occidental. No obstante, el mayor reto es que este último reconozca esos saberes, conocimientos y prácticas ancestrales de los pueblos indígenas y sean incorporados en el sistema de salud actual; así podríamos señalar que la salud se produce bajo un enfoque y perspectiva intercultural. Además, para que exista un enfoque o perspectiva intercultural, es necesario que el Estado y la sociedad en general reconozcan que existe una diversidad cultural, dentro de la cual existen sujetos de derechos que deben recibir y acceder a las mismas oportunidades y en las mismas condiciones.

La Organización Panamericana de la Salud (2008), en su publicación *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*, señala algunos elementos que deben tomarse en cuenta para que efectivamente se de una adecuada atención en salud con enfoque intercultural.

¹⁶ Información procesada de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100013. Consultada el 20 de marzo 2019.

Tabla 7.

Elementos para una adecuada atención en salud con enfoque intercultural

Elementos	Actitudes
Reconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer positivamente la diversidad a nivel personal ▪ Reconocer y respetar los derechos de los pueblos indígenas ▪ Respetar la riqueza de la identidad nacional de la que cada uno forma parte ▪ Cuidar los gestos y expresión corporal en la atención a lo que nos va a expresar verbal y gestualmente la población indígena ▪ No asumir actitudes discriminatorias y excluyentes por razón de pertenencia étnica, edad, sexo, cultura u otra característica atribuida a las personas ▪ Reconocer que cada cultura tiene saberes y conocimientos valiosos y que es importante no sólo conocerlos, sino respetarlos y aprender de ellos
Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compartir los conocimientos y saberes de los otros ▪ Saber escuchar y estar dispuesto a aprender ▪ No reproducir relaciones de poder al interior del establecimiento ni fuera de él ▪ Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural ▪ Reconocer y valorar los diferentes modos de ver la vida y la salud, la enfermedad sin pretender imponer la propia visión
Valoración	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Buscar los porqués de las actitudes, conductas y comportamientos de los demás; no para juzgar, sino para aprender de ellas ▪ Reflexionar sobre las propias percepciones de la vida, salud y enfermedad ▪ Entender que no existe cultura superior o inferior; existen culturas diferentes

Elementos	Actitudes
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer los valores de la otra cultura desde su propia perspectiva ▪ Aceptar la vigencia de otras formas de salud, tanto en la comunidad como en las propias prácticas de salud ▪ Ser sensible a las necesidades del otro. Recordar que ellos están primero
Interacción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En el trabajo intercultural, la comunicación y dentro de ella la palabra y los gestos, son centrales en el reconocimiento ▪ ¡Pensar en conjunto! Pensar en equipo, en “ir juntos” uniendo capacidades para enfrentar los problemas de salud ▪ Compartir, involucrarse, ser parte de

Nota. La información es tomada de la Organización Panamericana de la Salud (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Consulta 20 de marzo de 2019. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>.

Estos elementos, en su conjunto, garantizarían una adecuada atención en salud de las poblaciones indígenas. Sin embargo, si no existe voluntad política y adecuadas normas y procedimientos, acompañado de la promoción y sensibilización a los agentes de salud sobre el reconocimiento de la diversidad cultural, el respeto de los derechos de los pueblos indígenas, estos elementos no tendrían efecto alguno. La interacción entre las culturas se cumplirá si es que existe un respeto mutuo, sin discriminación y sin señalar que un conocimiento es más valioso que otro.

En cuanto a la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad que debe contar todo servicio de atención en salud, aquí mencionamos algunos aspectos que se deben aplicar, ya que también son parte del enfoque de salud basado en derechos humanos:

Tabla 8.

Aspectos importantes para brindar un servicio de calidad de salud

Disponibilidad	Se refiere a que los servicios de salud deben estar a disponibilidad y acceso de la población, incluyendo sus infraestructuras, sus programas, sus campañas de prevención.
Accesibilidad	Se refiere a que todas las personas, incluyendo a las poblaciones vulnerables, deben tener acceso a los servicios de atención en salud sin discriminación alguna. También deben ser accesibles en cuanto a la distancia geográfica, a su condición económica, a recibir toda la información debida respecto a los procesos de atención.
Aceptabilidad	Los servicios deben respetar las especificidades culturales y características sociales de las personas.
Calidad	El servicio de salud debe ser de calidad.

Nota. Elaboración propia

3.4. Salud, enfoque de género e interculturalidad

El “género” y el “enfoque de género” son dos conceptos distintos. El género es la descripción en los comportamientos esperados de los hombres y mujeres, la forma como se relacionan con los demás, el trabajo que realizan, la forma de hablar, vestir, etc. “El género no tienen que ver solo con las mujeres y las niñas, o con los hombres y los niños, se trata en la forma como se relacionan entre ellos” (Plan Internacional 2017). En cambio, el enfoque de género es la “capacidad de las mujeres y hombres para que disfruten en igualdad de condiciones las oportunidades y los recursos”. Tanto el enfoque de género como el enfoque intercultural son transversales: “se complementan entre sí, en la medida que buscan proteger los derechos individuales y colectivos de las personas” (Plan Internacional 2017).

¿Por qué es importante entender y transversalizar el enfoque de género en todas las políticas nacionales? Esto es importante, porque ello nos ayuda a superar aquellas brechas sociales que se generan por la desigualdad de género; de creer que los hombres son más que las mujeres y que estas percepciones vulneran los derechos fundamentales de las personas, principalmente de las mujeres. Conociendo y entendiendo este enfoque, nos permitirá estructurar políticas que ayuden a superar estas brechas.

Para nuestra investigación, en lo relacionado al enfoque de género, la población es de las mujeres rurales, quienes son tres veces vulnerables y discriminadas, por ser mujeres, por ser pobres y por ser indígenas.

3.5. Enfoque intercultural, salud y políticas públicas

Para analizar un enfoque intercultural en salud, debe existir una complementariedad en los sistemas de salud occidental y los conocimientos, costumbres y prácticas culturales de los pueblos indígenas. En otras palabras, “una adecuada transversalización de la diversidad cultural en las políticas produce modificaciones de las estructuras y de la cultura institucional” (OPS, 2013).

Según Patricia Balbuena, ex Ministra de Cultura del Estado peruano, en su publicación *el Enfoque Intercultural en la Gestión Pública del 2017*, incorpora el enfoque intercultural en el Estado y las políticas públicas. Ello significa lo siguiente:

- Mejorar la gobernabilidad
- Promover el diálogo intercultural, la convivencia pacífica y la reducción de conflictos sociales
- Reducir las brechas sociales existentes entre diversos grupos étnicos
- Diseñar servicios adecuados a las particularidades culturales de una ciudadanía diversa
- Generar políticas, programas y servicios que garanticen los derechos de pueblos indígenas y la población afroperuana (Ministerio de Cultura 2016).

Entonces, el contar con política públicas con un enfoque intercultural no nos hace menos como sociedad, al contrario, disminuirían las diferencias sociales y las desigualdades en la población.



CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Para la presente investigación se tomó en cuenta el estudio de caso; esto con el fin de evaluar y determinar los diferentes factores internos y externos que posibilitan o imposibilitan la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural en los servicios materno neonatal que se brindan a las mujeres quechua hablantes del Centro Poblado del Distrito de Vilcashuamán y de la comunidad de Contay del distrito de Saurama, provincia de Vilcashuamán.

En cuanto a la metodología de la investigación, ha sido cualitativa, porque nos permitió identificar y analizar los vacíos que existen en la Política Sectorial de Salud Intercultural durante la implementación y cuáles son sus impactos en la población. Así mismo, se formularon variables, los cuales nos permitieron recolectar datos específicos para el desarrollo de la investigación.

4.1. Definición de variables

Por cada pregunta de investigación, se elaboró un conjunto de variables orientadas a determinar el efecto de la implementación de la Política Sectorial de Intercultural en los procedimientos y atención en salud materna neonatal. La primera pregunta dio a conocer la valoración de las mujeres quechua hablantes en cuanto a los servicios de atención en salud, identificar sus expectativas y lo que esperan sobre una adecuada salud con pertinencia cultural.

Respecto a la segunda pregunta, sus variables permitieron identificar las diferentes acciones que los centros de salud están realizando para incorporar el enfoque intercultural en todo su sistema de atención, observar si el centro de salud cuenta con la infraestructura y el equipamiento adecuado, considerando la norma técnica y su pertinencia cultural. Con la tercera pregunta, determinamos cómo es el servicio que viene prestando el personal de salud a las mujeres quechua hablantes y la accesibilidad que tienen a este servicio.

Finalmente, un aspecto importante ha sido conocer, cuáles son los factores culturales que influyen en las mujeres quechua hablantes al momento de acceder a los servicios de salud.

Aquí presentamos la definición de cada una de las variables:

Tabla 9.
Definición de las variables

Variable	Definición de la variable
Opinión de las mujeres quechua hablantes sobre la atención de los servicios de salud, especialmente en salud materna y neonatal.	Se refiere a las declaraciones de las mujeres quechua hablantes de cómo les parece la atención en los centros de salud, respecto especialmente a salud materna y neonatal.
Intereses/expectativas de las mujeres quechua hablantes respecto a la atención materna y neonatal.	Se refiere a cómo ellas esperan que sean atendidas en los centros de salud.
Satisfacción de las mujeres quechua hablantes sobre la atención en salud materna neonatal.	Se refiere a conocer si las mujeres están contentas o aceptan el tipo de servicio de atención en salud que reciben actualmente.
Pertinencia cultural de los servicios de atención, especialmente en salud materna y neonatal.	Se refiere a que si los servicios de salud que actualmente existen
Normas y Directivas que establecen los diferentes actores o direcciones del sector salud como estrategias de la implementación política de salud intercultural.	Se refiere a qué estrategias es que determina la política en cuanto a la atención en salud materna neonatal para mujeres quechuas.
Condiciones en cuanto a la	Se refiere a cómo se vienen

Variable	Definición de la variable
implementación de la política de salud intercultural.	implementando las particularidades de la política en salud intercultural en la zona de intervención.
Infraestructura y equipamiento de acuerdo a la norma técnica para el servicio de salud materna y neonatal en los centros de salud.	Se refiere a cómo están contruidos y equipados los centros de salud. Es la distribución de ambientes.
Acceso a los centros de salud y/o servicios de salud, con énfasis en salud materna y neonatal.	Se refiere a cómo las mujeres quechua hablantes acceden a los centros de salud.
Comunicación adecuada y horizontal del personal en salud con las mujeres quechua hablantes.	Se refiere a cómo se establece la comunicación o formas de relacionamiento entre las mujeres que se atienden y el personal de salud. Responde a la pregunta ¿cómo son tratadas?
Procedimientos y tiempo de espera de las mujeres quechua hablantes en los servicios de atención.	Alude a qué tipo de procedimientos siguen las mujeres quechua hablantes cuando se atienden y el tiempo que ellas utilizan para ser atendidas.
Calidad en la atención en los centros de salud.	Son aquellas características del servicio de atención que lo hace ser reconocido como la mejor opción o la peor.
Personal de salud que ha sido capacitado en interculturalidad.	Se refiere a cómo está el grado de conocimientos y preparación del personal de salud en los centros y qué tipo de personal cuenta cada uno.
Personal de salud capacitado con enfoque de género y de	Alude si el personal de salud maneja el enfoque de género y de derechos.

Variable	Definición de la variable
derechos.	
Uso de la Medicina tradicional y parto vertical.	Se refiere a que si el personal de salud y el mismo centro de salud usa la medicina tradicional y prioriza el parto vertical al momento de atender a las mujeres parturientas.
Factores culturales en cuanto a salud de las mujeres quechua hablantes.	Se refiere a aquellas particularidades de la cultura de las mujeres quechuas de la zona relacionada a sus prácticas en salud tradicional y cultural.
Tipo de decisiones que toman las mujeres quechua hablantes respecto a su salud.	Respecto a qué punto o situación toma decisiones en cuando a su salud las mujeres quechuas.
Miembro del hogar que toma la decisión del lugar a acudir para acceder a los servicios de atención de salud.	Identificar la persona que toma las decisiones con respecto a la atención de las mujeres en cuanto a su salud.

Nota. Elaboración propia

4.2. Muestra de investigación

El universo está establecido por las mujeres quechuas del Centro Poblado del distrito de Vilcashuamán y la Comunidad de Contay del distrito de Saurama, ambos en la provincia de Vilcashuamán; quienes han recibido atención materno neonatal en los centros de salud de ambas zonas.

Según los resultados del último censo del 2017 realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el departamento de Ayacucho existe una población total de 616,176 personas, de las cuales 311,836 son mujeres y 304.340 son hombres. En el ámbito rural del departamento, quiere decir comunidades y centros poblados, la población de mujeres es de 127,538 y de hombres 130,593.

En la provincia de Vilcashuamán, la población total es de 16,181, siendo 8,070 hombres y 8,791 mujeres. En el distrito de Vilcashuamán, el total es de 6,370 personas, siendo 3,029 hombres y 3,341 mujeres. En el distrito de Saurama, la población total es de 1,038 personas, siendo 503 hombres y 535 mujeres. Todos/as quechuas.

En relación con el corte de edad entre 15 y 49 años, establecido para esta investigación, del total de población de mujeres quechuas en el distrito de Vilcashuamán es de “1,556 mujeres” y en el distrito de Saurama la cantidad de mujeres es de “193”¹⁷.

La muestra, seleccionada para la investigación, se compone de un total de 27 personas, señaladas en cuatro grupos.

Grupo 1: 16 mujeres quechuas del Centro Poblado del distrito de Vilcashuamán y la Comunidad de Contay del distrito de Saurama, provincia de Vilcashuamán.

Según las entrevistas realizadas a ellas, sus características socio culturales son las siguientes:

- El quechua es su principal lengua materna y como segunda lengua usan el castellano.
- El 95% de las mujeres quechua hablantes tienen como actividades principales el trabajo en el hogar, el cuidado de los hijos y la familia, el trabajo en la chacra, el cuidado de los animales y la venta de lo que produce en sus chacras. El otro 5% trabajan en tiendas o restaurantes.
- El 75% menciona haber culminado primaria y secundaria completa, mientras que el 25% sólo primaria. Del 100% de las entrevistadas no han seguido estudios superiores.
- El 60% de ellas han dado a luz su primer hijo en casa, mientras que el resto ha sido en un establecimiento de salud. El 80% conoce o ha tenido

¹⁷ Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017) *Resultados definitivos de los censos nacionales*. Consulta: 29 de mayo de 2019. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1568/.

contacto en algún momento durante su gestación con una partera tradicional del distrito.

Por otro lado, el segundo grupo está compuesto por 3 agentes de salud, licenciados en obstetricia, y que laboran en los centros de salud de Vilcashuamán y Contay.

El tercer grupo son 4 actores locales, cuyas características son: parteras tradicionales y presidentes de organizaciones y comunidades indígenas en Vilcashuamán y Saurama.

El cuarto grupo son 4 funcionarios, cuyas características son directores de los centros de salud, coordinadores del sector y que cumplen funciones de nivel de gerencia y gestión en los establecimientos e instancias del sector salud.

La muestra seleccionada ha sido significativa y el método utilizado es no probabilístico. La muestra determinada para cada tipo de instrumento fue elaborada considerando las diferentes temáticas que manejan. En la mayoría de los casos son fuentes de información primaria que permitieron dar mayores detalles y explicaciones sobre el problema del estudio; razón por la que a su vez, se empleó muestra por conveniencia.

4.3. Técnicas de recolección de datos

La investigación realizada es cualitativa la cual buscó conocer las opiniones, percepciones y comentarios de las mujeres quechuas de los distritos de Vilcashuamán y Saurama. Asimismo, se conoció las apreciaciones del personal que labora en los centros de salud y en las instancias correspondientes sobre el cumplimiento de la Política Sectorial de Salud Intercultural. Por ende, en el siguiente cuadro, se muestra las técnicas e instrumentos empleados a la muestra.

Tabla 10: Instrumentos y muestras

INSTRUMENTOS	MUESTRA
Grupo Focal	(GF 1) 5 Mujeres quechuas en Vilcashuamán
	(GF 2) 8 Mujeres quechua residentes en la comunidad Contay – Saurama
Entrevistas (semi estructuradas)	(Ent.1) 1 Enfermero del centro de salud Vilcashuamán (Ent.2) 1 Obstetra del centro de salud Contay Saurama (Ent.3)1 Obstetra del Centro de Salud Materno Infantil de Vilcashuamán
	(Par.1) 1 partera tradicional de Vilcashuamán (Par.2) 1 partera de Contay – Saurama (Pre.1) 1 Presidenta de la Federación Provincial de Mujeres quechuas de Vilcashuamán (Pre.2) 1 presidente de la comunidad de Saurama
	(Ent.1) director del Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) – Ministerio de Salud
	(Ent.2) coordinadora Regional de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva - Dirección Regional de Salud de Ayacucho (DIRESA)
	(Ent.3) gerente de la Microred de Salud Vilcashuamán (Ent.4) jefe del Servicio de Obstetricia de la Microred de Salud Vilcashuamán
Observación	(Obs.1) Observación Centro de Salud Materno Infantil Vilcashuamán
	(Obs. 2) Observación Centro de Salud Contay – Saurama
	(Obs. 3) Observación de casa hogar de Vilcashuamán
Revisión documental	Política Sectorial de Salud Intercultural
	Guías sobre procedimientos de atención del parto y consulta neonatal

Nota. Elaboración propia

En relación la técnica de Grupo focal es un instrumento o herramienta utilizada generalmente para obtener datos cualitativos. Es considerada como una fuente de información primaria, pues permite contar con la opinión, sentido, pensar y testimonios de la población a la cual enfocamos nuestras investigaciones y estudios (Kitzinger 1995).

Durante la investigación en campo, se aplicó el instrumento de grupo focal a las mujeres quechuas que son madres y acuden al Centro de Salud de Vilcashuamán y han sido atendidas ahí durante sus controles en salud materna. Si bien la población habla el quechua, presenta como segunda lengua el castellano. La aplicación de la técnica se desarrolló en este último idioma.

Resaltamos que las entrevistadas hablan el castellano, pero consideramos la importancia del manejo de la lengua materna. Esto se debe a que ellas se sienten más seguras pues le es más fácil usar términos de su lengua materna al momento de expresarse.

Consideramos que una de las ventajas durante el desarrollo de la técnica del grupo focal consistía en que las mujeres quechuas participantes al momento de relatar su testimonio las demás también querían compartir sus experiencias. Enfatizamos que uno de los puntos importantes para el desarrollo de ello es el ambiente en donde se realiza el grupo focal. El lugar debe ser cálido y evitar el ruido externo. Esto permitirá escuchar con claridad las respuestas y opiniones de las participantes.

Las entrevistas semiestructuradas permitieron identificar por tipo de actor sus opiniones, recomendaciones, sugerencias, factores, aspectos que favorecen o demeritan la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural.

Asimismo, indicamos que todas las entrevistas se realizaron en castellano. Las entrevistas se aplicaron a mujeres quechuas tanto de Vilcashuamán y Contay, personal de salud, directores de los centros de salud, Dirección Regional de

Salud – Promoción de la Salud, CENSI, autoridades comunales y parteras tradicionales. Las entrevistas a las mujeres quechuas estuvieron orientadas a conocer las diferentes opiniones y percepciones del servicio de salud. Además, se recogieron las recomendaciones o sugerencias posibles que permitan mejorar la situación actual de la salud pública. Asimismo, se obtuvo el grado de conocimiento necesario en cuanto la política de salud intercultural y su aplicación.

Las entrevistas se realizaron en diferentes ámbitos. En el caso del Centro Poblado de Vilcashuamán, se realizaron en la misma Casa Materna, en un restaurante, en la tienda donde trabajada una de las mujeres y en sus hogares. En el caso de la Comunidad de Contay, se realizaron en la plaza central. No se presentaron mayores dificultades al momento de realizar las entrevistas, debido a que todas hablan fluido el castellano. No obstante, en un inicio, solo existió desconfianza y timidez al ser entrevistadas, pero en el desarrollo de ello se desarrollaron con naturalidad.

Las entrevistas al personal de salud, y niveles de dirección y gerencia se realizaron en sus propias oficinas y centros de salud.

Todos los testimonios obtenidos fueron desgravados y transcritos conforme se recopilaba la información. Este procedimiento duró una semana de trabajo y fue de responsabilidad de dos personas.

El instrumento de la guía de observación permitió verificar y validar con una lista de cotejo la calidad de la infraestructura de los centros de salud con relación a la pertinencia intercultural. Para cada centro de salud, se empleó un día de observación. En el caso del Centro de Salud Materno Infantil de Vilcashuamán, se emplearon dos días.

El equipo de investigación estuvo conformado por dos personas. Una se encargaba de la realización de las entrevistas y la segunda persona registraba los datos observados y las imágenes. Para realizar esto, se solicitaron las autorizaciones respectivas del personal a cargo para el registro fotográfico y la

visita a los ambientes. Se analizó cada detalle: el material con que se construyeron las edificaciones, así como el material gráfico pegado en las paredes sobre el tema de este estudio. Además, se revisó la mueblería, la calidad de los materiales que se utilizan para la atención de las mujeres quechuas, entre otros aspectos que se detallarán en el capítulo de resultados.

Respecto a la revisión documental, se analizó la Política Sectorial de Salud Intercultural (2016). Si bien existe una norma que genera mecanismos para brindar un servicio de salud intercultural con el fin de garantizar el derecho a la salud plena de los pueblos indígenas (no a la discriminación e igualdad al acceso del servicio), estas estrategias o acciones todavía presenta una fuerte brecha por parte de la sociedad (urbana – rural). Por tal motivo, es importante la presencia de un órgano que establezca medidas de seguimiento con el fin de garantizar el cumplimiento de esta.¹⁸

Así mismo, hemos revisado experiencias de otras comunidades indígenas sobre la atención en salud intercultural. Según Cárdenas, Pesantes y Rodríguez (2017), indican que la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (Aidesepe), organización indígena amazónica del Perú, considera como actor principal a la comunidad indígena y a sus pobladores que están en formación profesional para que brinden el servicio de interculturalidad. Esto no sucede con el caso que estamos investigando. Esto se debe a que hemos detectado que la mayor debilidad de los establecimientos de salud visitados consiste en que los profesionales que atiende a los pacientes desconocen las costumbres y el idioma materno de ellos. Esto podría evitarse si se trabajara en conjunto el personal de salud y la comunidad. Si preparáramos jóvenes de las comunidades y se les brindara la oportunidad de que accedan a puestos de salud quechua hablantes, lograremos que la interculturalidad sea pertinente para las mujeres indígenas. De esta manera, mejoramos la calidad del servicio del sector salud. Reiteramos que la interculturalidad no es un trabajo de gabinete o escritorio. Es un trabajo en conjunto cuyos protagonistas son los pobladores de las comunidades nativas.

¹⁸ Fragmento parafraseado en <https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/aprueban-la-pol%C3%ADtica-sectorial-de-salud-intercultural> (Consulta 31 de marzo de 2019).

Roosta (2013) indica que el uso de la medicina tradicional combinada con la medicina occidental permite que las mujeres indígenas tengan mayor grado de confianza y acercamiento al servicio de salud, ya que se sienten identificadas y respetadas por sus costumbres. Además, considera que es importante la inclusión de parteras tradicionales para que puedan trabajar en forma conjunta con los profesionales de la salud. De esta manera, creemos que se logrará aminorar las muertes maternas y neonatales. Estas experiencias permiten validar y sustentar que la implementación intercultural es válida si es debidamente articulada y trabajada de manera coordinada con las autoridades de las comunidades y los profesionales de los centros de salud.

Cueva (2011), en su libro *Propuesta de Estándares Básicos para Servicios de Salud Materna con Pertinencia Intercultural en la Región Andina*, menciona que “la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos (OEA), en su Relatoría sobre los Derechos de la Mujer en el Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos” enfatiza que el Estado tiene la obligación de implementar mecanismos que garanticen el derecho de la mujer indígena al acceso y uso de los servicios de salud. Por ende, no se debe consentir ningún tipo de discriminación.

Esta Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos recomienda que el Estado deba garantizar la protección e integridad de las féminas, en especial las indígenas, al acceso de los servicios de salud materna en equidad de condiciones. Por tal motivo declara lo siguiente:

- Asegurar que las y los profesionales de la salud informen a las mujeres sobre su salud para que éstas puedan adoptar decisiones libres, fundamentadas y responsables en materia de reproducción.
- Fortalecer la capacidad institucional para garantizar, con un financiamiento adecuado, el acceso a las mujeres a una atención profesional, tanto durante el embarazo, parto y período después del parto, incluyendo en especial servicios obstétricos de emergencia,

especialmente para los grupos de mujeres en condiciones de exclusión, respetando las necesidades específicas y preferencias culturales de las mujeres.

- Garantizar que los servicios de salud materna sean proporcionados mediante una atención respetuosa a las mujeres. En el caso de las mujeres indígenas y afrodescendientes, los Estados deben adecuar los servicios de salud, tanto de prevención como de atención y tratamiento, atendiendo y respetando sus expectativas, tradiciones y creencias (2010: 32).

Cueva (2011) enfatiza los esfuerzos que se están realizando en los países de Bolivia, Ecuador y Perú. El fin es lograr una atención intercultural en los diferentes establecimientos de salud de las zonas rurales. Para ello, es importante considerar la calidad humana para que las mujeres indígenas sientan que están siendo respetadas por sus costumbres. Además, es importante que los establecimientos de salud no solo realicen un trabajo propio de salud, sino demuestren su interés por brindar una atención intercultural. Por ejemplo, en Bolivia, se implementó una Política de Salud Materno intercultural. Esto consistió en la instauración de un equipo de seguimiento y supervisión para garantizar esta implementación. Esto no ocurre en el Perú, ya que no se evidencia resultados de un estudio que logre brindar alcances y propuestas de mejora sobre la implementación de la Política de Salud Intercultural con énfasis en la salud materna neonatal de nuestras comunidades andinas e indígenas. Por tal motivo, hemos decidido investigar y tratar esa temática.

4.4. Descripción del trabajo de campo y procesamiento de la información

Para la realización del trabajo de campo, primero se hizo un cuadro con la lista de contactos a quienes íbamos a entrevistar. Asimismo, se realizó llamadas telefónicas y se envió correos electrónicos con las solicitudes para las entrevistas. Estos correos fueron dirigidos a la Dirección Regional de Salud de Ayacucho, al director del Centro de Salud de Vilcashuamán, la Jefatura de Obstetricia y a la jefa de la Estrategia de Salud Sexual Reproductiva. Además, la Escuela de Post Grado de la Maestría nos apoyó con cartas de recomendación.

Se procedió a preparar las guías de preguntas para las entrevistas, el equipo de grabación y fotografía, y la compra de los boletos. Se recibió el apoyo de dos personas quienes son parte de la asociación indígena CHIRAPAQ, Centro de Culturas Indígenas del Perú, para la realización del grupo focal en la comunidad de Saurama y la entrevista a la obstetra del Centro de Salud de Saurama.

Para llegar al lugar, se partió desde la ciudad de Lima hacia la ciudad de Huamanga – Ayacucho vía aérea. La entrevista con la jefa de la Estrategia de Salud Sexual Reproductiva de la DIRESA se desarrolló en la mañana. Luego, se emprendió el viaje vía terrestre hacia el distrito de Vilcashuamán, la cual duró tres horas. Ese mismo día se visitó el Centro de Salud de Vilcashuamán y se realizaron las entrevistas. En la Casa Materna, se entrevistó a dos mujeres quechuas gestantes que se encontraban alojadas en el mencionado lugar. En ambos sitios, se aplicó la técnica de observación, la cual se logró registrar información e imágenes valiosas para la investigación. Después, se entrevistó a la presidenta de la organización FEPRUMUQ de Vilcashuamán, quien nos orientó en la búsqueda de una partera.

Al siguiente día, se visitó nuevamente el Centro de Salud de Vilcashuamán para entrevistar a un enfermero y completar la herramienta de observación de los demás ambientes del centro. Posteriormente, se realizó uno de los grupos focales en el local de una de las mujeres quechuas participantes. También, se realizaron otras entrevistas semi estructuradas que incluye a la partera de la zona.

Al tercer día, nos desplazamos a la comunidad de Saurama que se encuentra a una hora de la capital del distrito de Vilcashuamán. En la ruta, se entrevistó al presidente de la comunidad. En la plaza de Saurama, se desarrolló el segundo grupo focal y se realizó la visita al centro de salud de la zona. Ahí se aplicó una entrevista semi estructurada a la obstetra encargada y a la técnica de observación. Al retornar a Vilcashuamán, se desarrolló una entrevista a una madre joven, cuyo caso ha sido el que mayor atención nos ha conmovido,

ya que ha sufrido en su primer parto violencia por parte de la obstetra que la atendió.

En el cuarto día, se partió hacia la ciudad de Huamanga donde se realizó una última entrevista en la zona. Posteriormente, en Lima, se desarrolló una entrevista al director del CENSI.

Lamentablemente, no se logró desarrollar otro grupo focal con mujeres quechuas quienes pertenecen a la organización FEPROMUQ, a pesar de que estaban realizando una reunión de coordinación organizacional. Esto se debe a que no hubo capacidad de convocatoria por parte de la organización. Por ende, no se concretó la técnica del grupo focal con ellas y se optó por otro grupo.

Por otro lado, es preciso mencionar que los grupos focales no fueron fáciles de realizar. Esto se debe a que las mujeres quechuas en la zona no están acostumbradas a que les pregunten sobre situaciones tan personales sobre cómo fueron atendidas en el centro de salud. Sin embargo, cuando una de ellas iniciaba su testimonio, las demás entraban en confianza y comenzaban a dialogar. Asimismo, debemos reconocer la disposición de las obstetras para participar en las entrevistas. Una de las estrategias importantes que utilizamos es presentar las preguntas de manera diplomática y neutral, sin generar un conflicto o comentario negativo sobre la situación que viven las mujeres quechuas gestantes y madres en el centro de salud.

En relación con el procesamiento de la información, lo organizamos por pasos. En primer lugar, se desgravó todas las entrevistas realizadas. Para ello, se creó carpetas donde también se almacenó las imágenes y las fichas de observación. En segundo lugar, se analizó y sistematizó la información obtenida de las entrevistas semi estructuradas, la observación y la revisión documental. Para este fin, se utilizó los diferentes cuadros del material de estudio de la maestría. Además, se realizó la comparación de variables e identificación de nuevas variables y organización de hallazgos.

CAPÍTULO V: RESULTADOS: ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES HALLAZGOS

En este capítulo, se presentan los hallazgos obtenidos durante la investigación de campo realizada en el centro Poblado del distrito de Vilcashuamán y en la Comunidad de Contay en el distrito de Saurama. Asimismo, los hallazgos están enmarcados en las preguntas principales de investigación y las variables.

Para responder a la pregunta general de esta investigación, se considera los 4 ejes de la Política Sectorial de Salud Intercultural. Este plan ha sido considerado por muchas organizaciones indígenas y de la sociedad civil, que han participado en su proceso de construcción (tanto de la zona andina como Amazonía) como un gran avance en la articulación de los sistemas tradicionales de la medicina indígena con el sistema convencional-occidental de salud. Aportó a la definición e implementación de una salud más intercultural. Así mismo, contribuye al reconocimiento pleno de los derechos de los pueblos indígenas en el país

Esta Política Sectorial de Salud Intercultural destaca cuatro ejes.

- **Garantizar** el derecho a la salud desde los enfoques intercultural, de derechos, de género e inclusión social en la prestación de los servicios de salud para los pueblos indígenas y la población afroperuana.
- **Fomentar** la medicina tradicional o ancestral y su articulación con la medicina convencional.
- **Fortalecer** capacidades y habilidades de los recursos humanos en salud intercultural.
- **Fortalecer** la identidad cultural y la participación de los pueblos y de la población afroperuana en los servicios de salud (El Peruano 2016:582239).

Con respecto a nuestro tema, se articulará el análisis de la política sectorial en relación con la salud materna neonatal para mujeres quechuas del distrito de Vilcashuamán y Saurama de la provincia de Vilcashuamán (Ayacucho).

Para un mejor análisis de los hallazgos, se ha considerado el siguiente esquema para el siguiente capítulo.

- 5.1 Institucionalización de la política sectorial de salud intercultural
- 5.2 Política sectorial de salud intercultural asociado a los servicios de atención materna neonatal para mujeres quechuas del distrito de Vilcashuamán y Saurama, provincia Vilcashuamán, departamento de Ayacucho.
- 5.3 Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud materno neonatal (Centralización de atención del parto de mujeres quechuas en la capital del distrito de Vilcashuamán)
- 5.4 Percepción de las mujeres quechua hablantes sobre la atención intercultural de la salud materna neonatal
- 5.5 Prácticas y costumbres culturales de las mujeres quechua hablantes durante el embarazo, parto y post parto

El primer punto se refiere a las condiciones creadas por las autoridades locales para que esta política pueda ejecutarse; es decir, se intenta analizar la creación de normativas locales, revisar si existe el presupuesto necesario para llevarla a cabo y si esta política goza de legitimidad social por parte de la población interesada. El segundo punto se explica cómo el personal de salud asume el “enfoque intercultural” en los diferentes servicios ofrecidos a las mujeres gestantes. El tercer punto desarrolla y analiza cómo se presentan las condiciones físicas de infraestructura y equipamiento para la implementación de la política intercultural de salud en la provincia de Vilcashuamán. El cuarto punto recoge el conocimiento y valoración que tienen las mujeres sobre la atención de los servicios de salud materna. El último punto estudia las costumbres y tradiciones de las mujeres en cuanto a su etapa de embarazo, parto y posparto.

5.1 Institucionalización de la política sectorial de salud intercultural

El término institucionalización de la política sectorial se refiere al establecimiento de mecanismos de legitimación social que se perciben en la

dación de políticas o normativas, asignación de presupuestos como la aceptación social de la población a la que se dirige esta política.

Normatividad para la institucionalización de la política

El decreto supremo N° 016-2016-SA indica la aprobación de la Política Sectorial de Salud Intercultural. Además, se aprueba la conformación de una Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente, encargada de implementar el Plan Sectorial de Salud Intercultural 2016-2021.

Esta comisión está encabezada por el Ministerio de Salud y los miembros están conformados por los representantes de los viceministerios.

Actualmente, no se encuentra un documento que informe los avances de la aplicación del Plan Sectorial de Salud Intercultural. Esto se debe a la poca voluntad y falta de monitoreo por parte del Estado peruano para la implementación de la política. Prueba de ello es que el 5 de marzo del 2017 se publicó en el diario oficial El Peruano (Decreto Supremo N° 008-2017-SA), el nuevo Reglamento de Organizaciones y Funciones del MINSA. En esta normativa, cancela la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios, instancia encargada de liderar la implementación de la Política Sectorial de Salud 2017 - 2027.

A raíz de esta situación, muchas organizaciones de la sociedad civil consideraron esto como un retroceso. No obstante, esta dirección fue restituida, debido a que la Defensoría del Pueblo, las organizaciones indígenas, entre otras presentaron una acción popular ante la Sala Civil de la Corte Suprema que demanda al MINSA la reposición de esta dirección.

Es importante indicar que la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios, que pertenece a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud, tiene la principal función de formular las intervenciones estratégicas de prevención, control y reducción de los riesgos, y daños a la Salud de los Pueblos Indígenas u Originarios. Además, considera

los determinantes sociales de la salud, los enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos.

Según el Quinto Informe Bimensual (2018), enfatiza el cumplimiento de información ante el registro unificado de comisiones multisectoriales por la Secretaría de Coordinación de la Presidencia de Consejo de Ministros. Menciona que “la Comisión Multisectorial no registra un Plan de Trabajo o Reglamento Interno” (PCM 2018:22).

Presupuesto para la adaptación de los servicios de salud materna neonatal

La política de Salud Intercultural tiene el propósito de lograr una salud con pertinencia. El Estado que representa los organismos ejecutores y los usuarios que son la población nativa e indígena difieren el nivel socio cultural con la medicina oriental. Por ende, requieren de una adecuación real, valedera en la que se contextualice las costumbres de las mujeres nativas e indígenas.

Respecto a las políticas presupuestales, el Ministerio de Economía y Finanzas ha creado un conjunto de programas por resultados¹⁹, la cual se encuentra el Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal. Este programa tiene por objetivo reducir la mortalidad materna y la neonatal a nivel del país. Sin embargo, no está muy claro si existe una vinculación de la asignación de un presupuesto específico para la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural o cada órgano ejecutivo en los gobiernos regionales es el encargado de asignar sus presupuestos hacia ciertos sectores, todo ello en el marco de la descentralización.

[...] el presupuesto ya está distribuido, sino quien prioriza es cada unidad ejecutora cómo es que lo va a ejecutar, por decir si necesita definitivamente en Huanca zancos que se le implemente con ciertas cosas, entonces obviamente se va a tener que hacer porque para eso está el presupuesto por resultados (Coordinadora de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de la DIRESA Ayacucho).

¹⁹ La Ley N° 28927-Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007

[...] Entonces como sabe usted la política del Estado es pues gratuita las atenciones que se brinda en los establecimientos. Entonces, no tenemos el presupuesto adecuado para poder implementar o mejorar lo que es la interculturalidad, o la adecuación del parto vertical, así mismo para poder mejorar la casa hogar, el hogar materno. Entonces, ese es el problema que nosotros tenemos. Por eso, justamente ahora lo estoy solicitando a la municipalidad provincial de acá de Vilcashuamán para que nos apoye para poder refaccionar esa casa hogar o hogar materno (El gerente de CLAS del Centro de Salud de Vilcashuamán y jefe de la micro red Vilcashuamán).

El Ministerio de Salud (como ente rector, ejecutor y supervisor de una adecuada implementación Intercultural) se encuentra en proceso de emprender acciones que empoderen a sus funcionarios en la comprensión de las diferentes realidades socioculturales de los pueblos, afianzar sus conocimientos y adaptar sus recursos en el mejoramiento de la salud de la población.

Según el director del Centro Nacional de Salud Intercultural, expresa que carecen de presupuesto para acompañar esta implementación.

[...] a partir de la descentralización, ellos son responsables del diseño, de la adecuación y de los recursos, nosotros no tenemos recursos para diseñar, o adecuar o construir un modelo..." (Director General del Centro Nacional de Salud Intercultural).

Por otro lado, durante la entrevista realizada al Gerente de la Micro Red de salud de Vilcashuamán, se le pregunta respecto al presupuesto para la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, él menciona lo siguiente:

Entonces como sabe usted, la política del Estado gratuita, en cuanto a las atenciones que se brinda en los establecimientos. Entonces, no tenemos el presupuesto adecuado para poder implementar o mejorar lo que es la interculturalidad, o la adecuación del parto vertical, así mismo para poder mejorar la casa hogar, el hogar materno no. Entonces, ese es el problema que nosotros tenemos. Por eso, justamente ahora, lo estoy solicitando a la municipalidad provincial de acá de Vilcashuamán para que nos apoye para poder refaccionar esa casa hogar.

Como se refleja en este testimonio, actualmente, el Centro de salud de Vilcashuamán no presenta un presupuesto suficiente para la adecuación de los servicios de salud bajo un enfoque intercultural. Por ende, es difícil implementar lo establecido en la Política Sectorial de Salud Intercultural. El autofinanciamiento del centro de salud mediante gestiones con aliados estratégicos (en esta oportunidad la Municipalidad) consiste en contar con un presupuesto suficiente para mejorar las instalaciones de la Casa Materna. Por otro lado, es de gran preocupación la focalización del Gerente de la Micro Red, ya que solamente requiere un presupuesto para mejorar las instalaciones de la Casa Materna; sin embargo, existen otras instalaciones como el Centro de Salud que requieren adecuaciones e implementaciones de mejora. Un ejemplo de ello es la sala de atención de parto donde se ha incorporado un espacio para el parto vertical.

De todas las entrevistas realizadas a las mujeres quechuas de ambos distritos seleccionados para esta investigación, todas mencionan desconocer la Política Sectorial de Salud Intercultural e información sobre su implementación y avances.

No obstante, existen diferencias entre el discurso de orientación intercultural y la práctica, donde existen diversas limitaciones del sistema sanitario²⁰, que han obstaculizado que las políticas tengan el alcance e impacto positivos que cabía esperar sobre la salud de los pueblos indígenas.

En salud reproductiva, la atención del parto vertical y los logros de esta iniciativa han constituido avances que han tenido repercusiones positivas y visibles en los indicadores maternos neonatales²¹. Sin embargo, hay que tener en cuenta que existen informes donde muestran que se presentan casos de maltrato a las gestantes mujeres en zonas rurales, discriminación, atención de mala calidad en algunas casas de espera y servicios de salud, y hasta aplicación de multas a mujeres que faltan a sus controles prenatales o que dan a luz en sus domicilios. Se señala incluso que el personal de salud actuaba en algunos casos por cumplir sus metas de atención antes que por la idea de la adecuación cultural. Así mismo, existen informes de reacciones de resistencia y desconfianza de la población en el área rural hacia determinados servicios de salud reproductiva.

²⁰ Cruz, E. & Aguilar, I. (2018). *Parto Vertical Intercultural, Satisfacción De La Atención En Usuarías Del Programa Sis En El Centro De Salud De Tambo, enero, junio 2018*. Consulta: 01 de julio de 2019. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/26463?show=full>

²¹ Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical

Estas actitudes no solo demuestran una falta de diálogo y de capacitación, sino a una visión de subordinar y considerar inferior al “otro”, tratándose del indígena, sus costumbres y modos de vida.

5.2 Concepción de la Política Sectorial de Salud Intercultural asociado a los servicios de atención materna neonatal para mujeres quechuas del distrito de Vilcashuamán y Saurama, provincia Vilcashuamán

Sobre la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud materna neonatal, se ha considerado tres aspectos fundamentales: la pertinencia del servicio, la infraestructura y el equipamiento. Estos dos últimos elementos se desarrollarán en el siguiente subcapítulo. Por tanto, en este apartado, se explicará si el personal de salud conoce la Política Sectorial de Salud Intercultural y si la asocia al enfoque intercultural en su práctica profesional en el territorio, en especial la atención salud materna neonatal.

Según lo indicado en el marco teórico, el enfoque intercultural es la forma, perspectiva o mirada con la que se realiza el análisis de la interculturalidad en un territorio (espacio y población). En nuestro caso, el servicio de salud materno neonatal que brinda el personal de salud se focaliza en la pertinencia. Es decir, se busca que el servicio sea culturalmente adecuado para la población que atienden: las mujeres embarazadas quechuas de los distritos de la provincia de Vilcashuamán, especialmente el Centro Poblado y la Comunidad de Contay de Saurama.

Para conocer y analizar la percepción del personal de salud sobre la pertinencia del servicio, se plantea una serie de preguntas que se orienta en lo siguiente: ¿cómo conciben el enfoque intercultural?, ¿cuáles son sus conocimientos para una atención de salud intercultural pertinente?, ¿cuál es el conocimiento que tienen sobre la cultura de las mujeres a quienes brindan el servicio? y ¿cuál es su percepción acerca de la participación de las parteras tradicionales en el servicio de salud materno neonatal?

Durante el recojo de la información en el campo, la apreciación de la pertinencia que manifiestan los profesionales de salud es la siguiente:

[...] Por eso, la construcción con pertinencia intercultural debe ser un servicio que sea el fruto del diálogo, de saberes: tu representante de tradición occidental y yo, y entonces dialogamos de manera respetuosa horizontal para brindar un servicio con pertinencia (Director General del Centro Nacional de Salud Intercultural).

Por lo señalado, en esta declaración, está afirmando que es importante ese encuentro entre los dos sistemas de salud: el tradicional y el occidental. Esto se debe desarrollar de una manera horizontal y transparente para que ambos puedan complementarse. Para ello, es necesaria la articulación de estrategias y procedimientos que lleven a un mismo fin.

El marco teórico de este presente informe final de investigación indica que existe una enorme riqueza de saberes, conocimientos y prácticas ancestrales de los pueblos indígenas. Por ende, podrían ser incorporados en el sistema de salud actual. De esta manera, podríamos indicar que la salud se desarrolla bajo un enfoque intercultural.

Ante ello, es importante trabajar los objetivos específicos de la Política Sectorial de Salud Intercultural, ya que indica lo siguiente: “el personal que labora en los establecimientos de salud que brindan atención a pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos (...) debe desarrollar competencias y habilidades de salud intercultural (El Peruano 2016: 582238). Esto quiere decir que el personal de salud debe establecer una comunicación, trato y relaciones respetuosas. A esto, se debe añadir las costumbres de cuidado de la salud de la comunidad con la medicina occidental, logrando así un trabajo conjunto con los (as) ciudadanos indígenas y agentes de la medicina tradicional. Así mismo, el personal de salud debe garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud y promover el diálogo intercultural en forma horizontal y respetuosa.

Como resultado de las entrevistas al personal de salud, lamentablemente lo señalado en el párrafo anterior no se cumple. Mencionan que el enfoque intercultural no se aplica en un cien por ciento al momento de brindar la atención. Un aspecto preocupante es lo mencionado por el Gerente de la Micro Red de Salud de Vilcashuamán, quien señala lo siguiente:

“La misma población y los mismos colegas que trabajan en los diferentes lugares no aceptan mucho al respecto de esta interculturalidad que hoy día en los diferentes pueblos que anteriormente hablaban que es el quechua, ya la mayoría se han modernizado con lo que el idioma castellano, ya inclusive algunas costumbres, que se practicaba por ejemplo el pago al cerro. Todas esas cosas ya se están perdiendo, ya no se está enfocando más allá no. Claro, nosotros hemos tratado de reactivar todo esto no. Pero, lamentablemente, la misma población, ya no es como antes no, ya están cambiando cada día”.

De acuerdo con el último censo realizado en el 2017, el 90% de la población de la provincia de Vilcashuamán es quechua. El castellano es su segunda lengua, lo que es una gran preocupación para el Gerente de la Micro Red de Salud. Manifiesta que un gran sector de la población prefiere comunicarse en castellano. Por tal motivo, la atención de salud se realiza en esa lengua, lo que demuestra el desconocimiento de la realidad de la población.

La pérdida de las costumbres como el pago a la tierra se produce por varios factores. No hay que limitarnos que la pérdida de algunos hábitos ancestrales de la cultura andina sea producto de que la población prefiera adecuarse a la modernidad, sino que el descuido de las costumbres propias del pueblo quechua en la zona se debe a que están desapareciendo los procesos de transmisión de conocimientos de una generación a otra. Esto podría generar que los (as) jóvenes no puedan seguir promoviendo su cultura. Otra causante de la pérdida de la cultura zonal se debe a la migración, la discriminación y racismo que sufren los pobladores en las ciudades. Por ello, la misma población adulta mayor prefiere que sus hijos e hijas olviden sus costumbres, idioma y cultura. Ellos piensan que las costumbres andinas no aportan a la modernidad, además de las constantes discriminaciones que sufren los pobladores en la zona urbana. Si el Estado no promueve procesos y

mecanismos respetuosos de las diversidades culturales, no se logrará que la sociedad sea más inclusiva.

Es muy arriesgado mencionar, como lo declara el Gerente de la Micro Red de Salud, que la población del distrito ahora prefiere la modernidad. Por eso, algunas de sus tradiciones han variado. No tienen otras posibilidades de seguir desarrollándose.

El Ministerio de Cultura, en el documento el Enfoque Intercultural en la Gestión Pública (2013), reconoce a un Estado intercultural. Por lo tanto, el Estado debe encargarse de que las diferentes etnias culturales cuenten con igualdad de oportunidades, pues es un derecho universal. Busca articular el trabajo de inclusión y priorización con el objetivo de aminorar las brechas étnicas. De esta manera, podría lograr una sociedad íntegramente desarrollada, basada en la igualdad de derechos y oportunidades. En ese sentido, como se puede percibir en lo afirmado por el director del CENSI, el enfoque intercultural no ha sido incorporado de manera significativa en la concepción del servicio ofrecido por parte de sus agentes ni por los funcionarios de alto nivel. Por ello, el director responde a la pregunta como un “deber ser” ideal o a futuro.

Ante ello, podríamos decir que existe un divorcio entre las políticas nacionales y lo que realmente se ha implementado y ejecutado en el campo de la salud. Este divorcio parte de la gerencia que no asume sus responsabilidades y se siente comprometido en la implementación de estas políticas y lineamientos, lo cual responde a una cuestión de respeto por los derechos humanos. Ante esta falta de compromiso y voluntad que recae en forma negativa en los niveles más operativos, genera como consecuencia la dilatación de las brechas existentes.

Conocimientos del personal de salud sobre la atención con enfoque intercultural

Durante nuestro trabajo de campo, las entrevistas aplicadas al personal de salud que labora en el Centro de Salud Materno infantil de Vilcashuamán y el Centro de Salud de Saurama comentan sobre la interculturalidad lo siguiente:

[...] yo creo que la interculturalidad es muy buena especialmente lo que se da en provincia, durante el momento del parto, de cómo desea la paciente dar luz, si es echada, si es sentada, si es semi sentada o agarrada de algunos biombos, o parada con su esposo, el acompañante del esposo. La mujer decide cómo hacer su parto o cómo desea hacer sus controles (Obstetra del centro materno infantil de Vilcashuamán).

[...] entonces la interculturalidad, nos ayuda bastante a que ellas nos digan cómo y nosotros también viendo que no haya ningún riesgo tanto para ella como para su bebe. Nosotros les atendemos como ellas desean, en el caso de sus controles que es lo que cambia (Obstetra del centro de salud de Saurama).

Las dos profesionales conceptualizan que la interculturalidad en los servicios de salud está orientada al derecho de decisión de la parturienta sobre la posición del parto, pero no solo es eso. En la Resolución Ministerial N° 518-2016-MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural, aprobado el 21 de julio 2016. Establece lo siguiente: “criterios técnicos para el manejo estandarizado y de calidad en la atención integral de parto vertical en el marco de los derechos humanos, basado en las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural” (MINSA 2016:7). Estos criterios están basados en la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad del servicio de atención. Además, indica en que es importante brindar información pertinente respecto a la atención y cómo la madre gestante desea ser atendida según sus costumbres, entre otras.

Existe un reconocimiento sobre la interculturalidad en algunos profesionales que provienen de familias quechuas y que han nacido en comunidades o centros poblados del Distrito de Vilcashuamán. Ellos presentan una mayor sensibilidad frente a la población de mujeres quechuas, tal es el caso de un enfermero que trabaja en el área de triaje del Centro de Salud de Vilcashuamán. Manifiesta lo siguiente:

[...] nosotros hemos tratado de adecuarnos a la cosmovisión andina, sus costumbres, sus creencias, los medicamentos que ellos usan, que ellos tienen sus costumbres incluso ancestrales, que tienen desde los abuelos, entonces se respeta.

[...] hemos trabajado salud intercultural es un tema que lo utilizamos generalmente en nuestras actividades porque parte del principio mismo de nuestra comunidad que tenemos que identificarnos con nuestra población.

En la entrevista, el enfermero declara en el ámbito profesional y personal. Cuando se expresa en el ámbito profesional, es distante ante la cultura y la costumbre nativa. No obstante, cuando comenta acerca de su vida personal, se incluye parte de la comunidad y reconoce su identidad, lo que invita a una reflexión sobre la pertinencia y la valoración de los profesionales de salud y cómo ellos logran adaptar sus estudios, conocimientos a la realidad situacional de las pacientes residentes, usuarias del servicio de salud.

La obstetra del centro de salud de Vilcashuamán considera que es importante la incorporación del parto vertical como parte del enfoque intercultural. Esto se refuerza con la siguiente declaración:

[...] es muy importante la atención del parto con énfasis y con atención intercultural porque la gran mayoría de las madres gestantes, que tenemos hablan el quechua. (Entrevista, Obstetra del Centro de Salud Materno Infantil de Vilcashuamán).

Con las entrevistas realizadas, identificamos dos elementos: el reconocimiento y conceptualización sobre lo que es la interculturalidad en la atención de la salud materna neonatal a nivel informativo y el reconocimiento de una parte de los elementos que la componen (parto vertical, uso de la lengua, uso de plantas medicinales). Sin embargo, como se desarrollará más adelante, se está obviando otros elementos del enfoque intercultural vinculado a la pertinencia, tales como la participación de la agente de medicina tradicional o ancestral y el uso de los elementos complementarios durante la atención del parto (la masoterapia y musicoterapia, entre otros).

Por otro lado, en la Resolución Ministerial N° 124-2015-MC, aprobó la Guía de Lineamientos denominada *Servicios Públicos con Pertinencia Cultural. Guía para la Aplicación del Enfoque Intercultural en la Gestión de los Servicios Públicos*. Menciona que los recursos humanos deben tener presente lo

siguiente: “todo personal de los servicios debe estar sensibilizado en los temas de diversidad cultural y no discriminación, y capacitado en el enfoque intercultural; se debe promover el desarrollo de competencias interculturales que les permitan brindar una atención pertinente culturalmente y de calidad; se debe conocer la diversidad y las competencias interculturales de los servidores de la entidad” (Ministerio de Cultura 2015: 16).

Los profesionales de la salud conocen sobre la interculturalidad a nivel teórico y algunas particularidades que lo relacionan a ello (parto vertical, idioma, plantas medicinales). Sin embargo, no lo ejecutan en el servicio que realizan.

Entonces, al no contar con un personal de salud sensibilizada y conscientes sobre cómo debe incorporarse la interculturalidad en el servicio de salud, suceden situaciones como una atención deficiente e incompreensión hacia las necesidades de atención en salud según las características culturales.

Frente a ello, ante la pregunta, ¿por qué las mujeres quechuas no están satisfechas con la atención que reciben? Quizá el siguiente testimonio nos ayude a esclarecerlo:

[...] la misma población y los mismos colegas que trabajan en los diferentes lugares (centros de salud), no aceptan mucho al respecto de esta interculturalidad... (Obstetra del Centro de Salud Materno Infantil de Vilcashuamán).

[...] Mire que conozca no así netamente de interculturalidad allá del personal porque llegan incluso los Serumistas, pues llegan de diferentes lugares y no son quechua hablantes entonces ellos se van adaptando en el transcurrir...” (Jefe del Servicio de Obstetricia de la Microred de Salud Vilcashuamán).

En ese sentido, se puede decir que no hay una consciencia sobre la importancia de la interculturalidad y su aporte al sistema de salud en general. La interculturalidad comprende una mirada más integral. Asume que el parto vertical y el uso de la lengua son algunos elementos que forman parte de la cultura. En la política sectorial, el enfoque intercultural se desarrolla en base a un proceso permanente de diálogo constructivo (paciente – personal de salud),

de intercambio y aprendizaje entre diversas culturas en igualdad de condiciones y sin discriminación. La mayoría de las entrevistadas (mujeres quechuas) que participaron en los grupos focales menciona que no existe una comunicación clara entre la paciente y el profesional de salud. Esto se evidencia en algunas declaraciones extraídas de los grupos focales. A continuación, se comparte algunas manifestaciones.

[...] a veces, aquí en la sierra las mamás no entienden no saben hablar, aja el quechua. El que sabe la curiosa ya te arregla pues le decían [...] (Grupo focal).

[...] En eso más que nada porque por eso se resiente. Es importante la comunicación (Grupo focal).

El tema de la aceptación del término interculturalidad es un punto importante para analizar, principalmente, sobre las causas que generan esta comprensión teórica y la falta de la voluntad política para que los sistemas de salud existentes puedan articularse. Al respecto, no es suficiente solo entender el término interculturalidad y las características que lo relacionan para su definición, sino es importante reconocer y respetar la diversidad cultural, la afirmación de la identidad, y hacer frente al racismo y discriminación que por muchos años han sufrido los pueblos indígenas, principalmente las mujeres.

A partir de las entrevistas a funcionarios y la revisión documental, se puede percibir que el personal de salud asocia el término “enfoque intercultural” a su componente “pertinencia”, el cual lo relacionan como respeto por la diversidad, importancia de la interculturalidad, hablar el idioma quechua, tener una atención o trato adecuado, contar con competencias y habilidades interculturales, cosmovisión andina, costumbres. Sin embargo, esta conceptualización no es significativa, ya que son parte de un discurso normativo que deben cumplir, pero no se han apropiado de su significado en la práctica del servicio de salud materna neonatal. Por ello, es que el director nacional como los agentes de los establecimientos conciben el enfoque como

un “deber ser” ideal (según la norma) y que todavía está en proceso de cuajar en el territorio.

Para brindar un servicio de atención en salud con enfoque intercultural es importante que el personal de salud desarrolle capacidades y habilidades interculturales. Según la Política Sectorial de Salud Intercultural, en el eje 3, menciona como una línea de acción lo siguiente:

[...] disponer acciones para el desarrollo de capacidades y habilidades interculturales en los prestadores del sistema de salud nacional, los decisores políticos en salud y los agentes de la medicina tradicional o ancestral con enfoque intercultural (El Peruano 2016: 582239)

Entonces, durante la investigación en campo, los resultados sobre este punto arrojan que los profesionales en salud conocen de la interculturalidad a nivel discursivo. En ese sentido, a partir de este momento, se mencionará cómo este conocimiento aterriza en la práctica.

En una entrevista realizada a la obstetra del Centro de Salud Materno Infantil de Vilcashuamán, declara respecto a la implementación del enfoque intercultural en el servicio de atención en salud.

[...] Mire que conozca no así netamente de interculturalidad allá del personal porque llegan incluso los serumistas, pues llegan de diferentes lugares y no son quechua hablantes. Entonces, ellos se van adaptando en el transcurrir. (Obstetra del CSMI, Vilcashuamán).

Ante este testimonio, se afirma que el personal de salud al no conocer y utilizar el idioma quechua se convierte en una de las principales barreras al momento de atender a las madres gestantes que asistan a los centros de salud.

[...] ellos dicen las mamás campesinas no saben hablar castellano, son analfabetas, ellas escapaban de la casa como se llama de la maternidad o de esa casa hogar...

[...] Ellos te miran con una cosita, pero no te dicen en qué posición está, aquí o allá. En cambio, las parteras saben ya (Grupo Focal).

[...] he observado que hay algunos licenciados que no hablan quechua. Si esa es una gran dificultad para poder llegar a la paciente o a la gestante, es una barrera con tu población que es quechua hablantes. Es una barrera porque no te entiende. Es por eso que se dice salud con adecuación intercultural, que la gran mayoría de nuestros profesionales deben manejar el idioma quechua para llegar (Obstetra del Centro de Salud Materno Infantil de Vilcashuamán).

Es muy claro que, al leer desde las primeras líneas del testimonio del grupo focal, da cuenta del maltrato y discriminación a las cuales son sujeto las madres quechua hablantes que van a atenderse en el centro de salud y la casa materna. No solamente es que no manejan el idioma predominante de la zona, en este caso el quechua, sino que tampoco brindan una calidad y calidez de atención hacia las madres quechuas, de manera fría las ven como usuarias más no como sujetas de derecho; y que ese mismo ejercicio de derecho a acceder a una calidad de atención con pertinencia cultural, no se le está permitiendo.

Frente a este testimonio de la profesional de salud, se reconoce la importancia del uso de la lengua quechua como una de las características fundamentales para un servicio adecuado intercultural. Sin embargo, el personal de salud al momento de la atención no la usa. Esto se convierte en una enorme barrera con la población usuaria. Por ello, se demuestra que el sector salud no cumple con lo señalado en uno de los ejes que establece la política de salud intercultural. En esta, se indica fortalecer las capacidades y habilidades del recurso humano en la salud intercultural.

A ello, se suma las condiciones de maltratos durante la atención en los servicios de salud como lo manifiestan en las entrevistas descritas en los párrafos anteriores. Es un punto álgido y que debería ser preocupante para el sector, puesto que al no reconocer la forma tradicional en que ellas desean ser atendidas podrían generar deserción en los establecimientos de salud.

[...] las gestantes no querían acudir al establecimiento de salud para la atención de su parto, porque las costumbres que ellas tenían no se les respetaban. Entonces, a ellas se les sometía a una atención occidental, que era poco que ellas no compartían y que chocaba bastante con sus creencias con sus costumbres, sus tradiciones de cada

comunidad. Entonces, ellas chocaban y no querían ir (Coordinadora Regional de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva - Dirección Regional de Salud de Ayacucho DIRESA).

Recalcamos, la importancia de la atención y procedimientos de los profesionales que prestan los servicios de salud, tales como: el compromiso de brindar una atención basada en los conocimientos previos de las particularidades culturales de la población mayoritaria; considerando que, Vilscashuaman y Saurama son zonas con población mayoritaria quechua hablantes, este debe ser un requisito primordial que debe tener cada profesional de salud seleccionado, así como el conocimiento y prácticas de sus costumbres culturales (vestimenta, medicina tradicional y otros) que acerquen la paciente con el centro o servicio de salud. Para los pueblos indígenas la cultura es muy importante y revalorar sus prácticas aún más.

La valoración de las culturas indígenas, expresada en sus diversos conocimientos, artes y sistemas de vida, ha sido el eje principal de todo el desarrollo de una sociedad y nación. Con el no reconocimiento de esto, podemos decir que el problema de los pueblos indígenas en nuestra sociedad es la ***carencia de legitimidad de los derechos y culturas indígenas*** frente al Estado y la sociedad.

Recordando lo señalado en el marco teórico, establecer una comunicación respetuosa y horizontal, son dos de las principales características para asegurar que existe la interculturalidad. Entonces, podemos decir con los testimonios antes señalados es que, una de las principales causas del desconocimiento acerca de la interculturalidad por parte del personal de salud, es su falta de predisposición por entender e implementar en sus procedimientos de atención las costumbres de la población local. Además, existe poco interés a nivel de gestión, en algunos centros de salud, la incorporación del enfoque intercultural y la pertinencia de ello.

[...] tal vez no hay una empatía con el profesional o por su cultura por su vestimenta o por la forma de cómo hablar (Coordinadora Regional de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva - Dirección Regional de Salud de Ayacucho (DIRESA)).

A esto se suma que en las capacitaciones anuales que recibe el personal de salud, no tratan temas como el enfoque de género, interculturalidad o atención con pertinencia cultural. Otro elemento vinculado al conocimiento del enfoque de la política de salud es la limitada formación en temas relacionados a interculturalidad y la mínima o nula aplicación de ello en su quehacer profesional que son necesarios para una atención con pertinencia cultural.

Durante muchos años, se ha mostrado el interés de cada gobierno, atender y brindar un servicio de salud de calidad con adecuación intercultural, con el objetivo de atender la diversidad cultural que tenemos a nivel nacional. Sin embargo, hasta ahora no se considera como importante la participación activa de los ejecutores directos y los protagonistas o beneficiarios de la realización de la implementación de esta política; partiendo que el Ministerio de Salud, no provee de recursos a las Direcciones Regionales de Salud. Tampoco establece como primordial el planeamiento de capacitaciones para fortalecer las capacidades de su personal sobre este tema en particular. Así mismo, hemos observado que la permanencia del personal de salud en un establecimiento de salud es inestable. Ello amerita que sea más prolongada (mínimo dos años) y que este personal sea responsable de transferir sus competencias, experiencias aprendidas al nuevo profesional que asume el trabajo. La alta rotación es una contundente realidad que no permite que este proceso de implementación sea sostenible.

A pesar de que han existido experiencias de implementación del enfoque intercultural a través de las Organizaciones no Gubernamentales con el fin de sensibilizar al personal de salud, no ha sido sostenible por un mayor tiempo. Esto produjo que Vilcashuamán pierda poco a poco su categoría como centro piloto de salud intercultural.

[...] una vez que han salido esas ONG cooperantes ha caído, y otro también que el personal no lo hace suyo. Por ejemplo, el personal que estaba en San José de Ceje ya ha rotado al hospital en San José de Ceje como que ya se ha perdido un poco, la metodología y todo que antes era Centro de desarrollo de pasantes a nivel nacional,

entonces como que ha caído un poco... (Coordinadora Regional de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva - Dirección Regional de Salud de Ayacucho (DIRESA)).

A raíz de esta situación, muchas mujeres quechuas de las comunidades del distrito de Vilcashuamán y Saurama no quieren acudir a los establecimientos de salud, porque no encuentran a un personal que pueda brindar una calidez y calidad en la atención que implique su cultura. No solamente es el uso de la lengua quechua, sino de todas aquellas características y particularidades culturales que deben tomarse en cuenta al momento de la atención con un enfoque intercultural, como por ejemplo contar con una infraestructura culturalmente adecuada para que la madre gestante se encuentre segura de acudir para atenderse.

Por otro lado, reciben un trato irrespetuoso por parte del personal de salud, quienes les niegan el derecho a elegir con quién o cómo van a dar a luz. En algunos casos, son privadas o coaccionadas a estar en la Casa Materna hasta la fecha de parto. Tal como se lee en la siguiente entrevista:

[...] a veces me hacen complicadas, a veces tengo que ir con serenos de la municipalidad para llevar a las mamitas a la Casa Materna, porque no quieren. No, señorita, me tiene más de dos semanas ahí, que no me dan... miles de excusas, no me dan buena alimentación, la obstetra no va ir. Ponen miles de pretextos, los cuales no quieren ir y algunos si quieren, les mandas su hoja de referencia a la Casa Materna (Obstetra del centro de salud Contay Saurama).

Este testimonio evidencia la falta de comprensión, sensibilización y empatía del personal de salud a un trato con enfoque intercultural. A esto, se suma las políticas del establecimiento de salud para hacer cumplir los procedimientos respectivos. Sin embargo, estas políticas se aplican en forma impertinente, ya que las mujeres quechuas son llevadas a la fuerza a los centros de salud. Por ello, es que las féminas del lugar no quieren acudir, porque sienten que van a sufrir maltratos. Frente a esta situación, se infiere que los servicios no están adecuados en el aspecto cultural y que la atención no es de calidad y calidez. Esto está vinculado a la empatía y al trato.

En ese sentido, existe una limitación por parte del personal acerca de las prácticas y conocimientos sobre la salud intercultural, y prácticas de salud tradicional. Solamente, consideran con enfoque intercultural lo siguiente: la incorporación de la técnica del parto vertical, el uso de hierbas y el manejo del idioma quechua.

Como se ha desarrollado en el marco teórico, esos aspectos no son los únicos, pues no se reconoce la importancia de la incorporación de la partería tradicional, el entendimiento de la cultura en la zona (el entierro de la placenta luego de dar a luz, el brindar alimentos a la madre antes del parto para que tenga fuerzas, etc.), entre otros aspectos. La comprensión y el respeto por parte del personal de salud hacia estas costumbres tradicionales son difíciles de ejecutarlas, ya que algunos indican que esas prácticas se están perdiendo. Por ende, no es necesario considerarlas.

[...] hoy día en los diferentes pueblos que anteriormente hablaban quechua, ya la mayoría se han modernizada con lo que el idioma castellano, ya inclusive algunas costumbres, que se practicaba por ejemplo la paga al cerro, todas esas cosas ya se están perdiendo. Ya no se está enfocando más allá, no, claro nosotros hemos tratado de reactivar todo esto. Pero, lamentablemente, la misma población, ya no es como antes, no, ya están cambiando cada día (Gerente de la Microred de Salud Vilcashuamán).

Efectivamente, como indica el Gerente de la Microred de Salud de Vilcashuamán, el contexto en relación a las costumbres de las comunidades quechuas está cambiando. Esto se debe a muchos factores. Uno de ellos es la migración hacia la ciudad por parte de los (as) jóvenes de las comunidades en busca de oportunidades de educación y trabajo. Otra de las causas se debe a la falta de espacios intergeneracionales de intercambio de experiencias y conocimientos de abuelos (as) hacia los(as) jóvenes y/o infantes, la falta de oportunidades de desarrollo bajo un enfoque intercultural y de derechos para las comunidades quechuas de la zona, la inserción de programas sociales que trae como efectos secundarios que la población ya no quiera trabajar la tierra, no quiera usar sus productos y conocimientos tradicionales en la vida cotidiana, insertándose en un nuevo sistema de consumo occidental.

A todo ello, se suma la falta de voluntad política y social en contribuir a los sistemas de desarrollo de los pueblos indígenas, la cual está enmarcada en un trasfondo de racismo y discriminación que, a pesar de que se define al Perú como un país rico y diverso culturalmente, esto finalmente no se reconoce en la práctica. La discriminación viene porque no se reconocen realmente las características culturales. Esto quiere decir que las formas de pensar y costumbres de los pueblos indígenas que son distintos a otras culturas y sociedades son visto por esta última como ajenos. Esto viene desde la época de la Colonial, donde a los pueblos indígenas los veían inferiores.

Por otro lado, hay prácticas tradicionales que se han dejado de lado, como enterrar la placenta en un lugar sagrado luego de que la madre ha dado a luz (práctica que ahora está prohibida) y otras costumbres que ya no se practican por considerarlas como parte del pasado. Lamentablemente, se ha estigmatizado que las prácticas tradicionales como esta afectan negativamente la salud de las mujeres quechuas. Esto se debe a que no existen estudios más profundos que permitan demostrar que la medicina y las prácticas indígenas aportan de manera significativa al cuidado de la salud de la población.

Con el desarrollo de este acápite, se ha demostrado que los conocimientos del personal sobre el servicio de salud ofrecido, en el marco de la política de salud intercultural, se limita a elementos como el idioma, tradiciones, costumbres de las mujeres gestantes, empatía, buen trato y conocimientos técnicos-teóricos para desarrollar una práctica intercultural viable. No obstante, si bien el personal de salud menciona estos elementos, ellos mismos desconocen aplicarlos en su práctica profesional como el resto del personal de salud. Esto se debe a un factor externo como es la alta rotación del personal de salud que es destacado a otra zona.

Conocimiento del personal de salud sobre la cultura de las mujeres quechua

Si bien la Política Sectorial de Salud Intercultural indica que se debe garantizar el derecho a la salud desde los enfoques interculturales, de los derechos, el

género e inclusión social en las prestaciones de salud para los pueblos indígenas, en los hallazgos en campo esto no se ve reflejado. Esto parte desde la identificación de una desvaloración y poco reconocimiento del personal de salud en cuanto al uso de los conocimientos tradicionales de la zona y el bajo interés por entender e implementar prácticas interculturales.

[...] la misma población y los mismos colegas que trabajan en los diferentes lugares, no aceptan mucho al respecto de esta interculturalidad (Obstetra del Centro de Salud Materno Infantil de Vilcashuamán).

Durante la entrevista realizada a la obstetra limeña, encargada de atender a las madres gestantes del Centro de Salud de la Comunidad de Saurama, mencionó en conocer sobre la medicina y prácticas tradicionales en salud, y el no manejo del idioma quechua. Además, no reconoce a las parteras como importantes, pues indica que jamás ha visto en la zona una partera tradicional. En ese sentido, esto demuestra un punto importante que va en contra de lo establecido en la Política Sectorial de Salud Intercultural, ya que establece que el personal de salud debe ser con preferencia de la misma zona, y conocer y manejar el idioma de la población.

Al no valorar los conocimientos culturales por parte de los agentes de salud, surgen situaciones de discriminación y maltrato hacia las mujeres quechuas durante la atención. En ese sentido, es importante reconocer la diversidad cultural y la existencia de otros sistemas de salud que puedan fortalecer a los servicios de salud convencionales-occidental. Ello podría garantizar una mejora en la calidad de atención en salud para una población específica, con un fuerte arraigo cultural.

Ante lo expuesto, es contraproducente a lo mencionado en el eje 2 de la Política de Salud. En ella, se menciona que se debe “fomentar el uso culturalmente pertinente de los recursos y tecnologías de la medicina tradicional o ancestral por la persona de la salud en los diferentes niveles de atención. Esto propicia la participación de mujeres y hombres agentes de la medicina tradicional – ancestral”.

De acuerdo con el enfoque de interculturalidad indica que la Política Sectorial de Salud Intercultural, debe implementar, en forma transversal, un marco de diálogo e igualdad de condiciones. Así mismo, es importante tener en cuenta experiencias de salud intercultural de otros países y regiones que han sido mencionados en nuestro marco teórico. Los resultados son aún mayores cuando hay intención política de construir sistemas articulados de salud.

Participación de las parteras tradicionales en los procedimientos en salud materna neonatal

La Política Sectorial de Salud Intercultural menciona en su eje de política 3 “la incorporación de conocimientos tradicionales o ancestrales locales en la formación y capacitación del personal con las mujeres y los hombres agentes de la medicina tradicional o ancestral y reconociendo el aporte de las parteras, curanderas, chamanas, planteras y mujeres en cuanto a conocimientos de medicina ancestral” (El Peruano 2018:59).

De igual manera, en la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural NTS-MINSA/DGIESP aprobada por Resolución Ministerial en el 2016, reconoce como importante el que algunas gestantes acudan a los centros de salud acompañadas de una partera tradicional de su comunidad, a quien depositan su confianza para saber el avance del buen estado del bebé y si tendrán un parto tranquilo.

Sin embargo, se demostró, durante la investigación de campo en el distrito de Vilcashuamán y en la Comunidad de Contay del distrito de Saurama, que hay una exclusión de las parteras tradicionales en los procedimientos de atención en salud materna neonatal. Este dato fue corroborado con el testimonio de varias madres quechuas entrevistados y presidentes de la comunidad.

[...] antes si había las parteras a ellas la llamaban, pero ahora no, a las mujeres las transfieren ahora a Vilcashuamán (presidente de la comunidad).

[...] Yo diría señorita que si porque la mamá gestante tendría más comunicación con la partera. Te cuenta todo, como yo soy partera según eso nosotras apoyamos, le damos su agüita, agua de linaza es muy bueno, tienes que tomar, tienes que dar caliente (Grupo Focal,2 – Mujeres quechuas).

Esto también es corroborado por el personal de salud.

[...] por ejemplo nosotros pensamos que los servicios, donde incluyen el parto vertical o sea es una adecuación. Pero no es pertinente porque no necesariamente la partera es la que atiende el parto (Enfermero del Centro de Salud Vilcashuamán).

Así mismo, el testimonio de algunas parteras expresa que esta práctica se está perdiendo, debido a que han sido prohibidas de realizar ese trabajo. Además, serían sujetas de denuncias y multas. Por ejemplo, podrían ser retiradas de los programas sociales. En particular, algunas entrevistas con representantes del sector salud en la zona manifiestan que se ha tomado esta medida para disminuir las muertes maternas en la provincia, ya que eran más altas en las comunidades quechuas. Sin embargo, no ha quedado demostrado mediante algún estudio donde señale que las causas de la muerte materna en las comunidades han sido debido a la práctica de la partería tradicional. Asimismo, el personal de salud alude que una atención de parto en una comunidad no cuenta con las condiciones de salubridad necesarias que garantice la adecuada atención.

[...] inclusive parteras que atendían en su casa y todo, por ello existía un mayor porcentaje de la muerte materna, pero en este caso cuando nosotros ya tenemos los establecimientos de salud y como en cada establecimiento de salud hay profesionales permanentemente (Obstetra del Centro de Salud Materno Infantil de Vilcashuamán).

[...]Ya no hay parteras, ya desde que vieron que hubo una muerte materna acá en Saurama, han implementado a la obstetra, profesionales Serumistas que estén en el puesto de Saurama (Obstetra del centro de salud Contay Saurama)

El personal de salud alude que una de las principales causas de la muerte materna en la zona, se debía a que las mujeres quechua hablantes acudían a

procedimientos de atención con las parteras de sus comunidades las cuales atendían con muy poco cuidado y condiciones que no pongan en riesgo la vida de la madre y el recién nacido. Pero no se ha podido comprobar ello en un cien por ciento. Lo que, si se ha podido comprobar, por los testimonios brindados, es que las madres quechuas aún prefieren y sienten más confianza en atenderse con una partera tradicional. Sistema de salud a estigmatizado las prácticas tradicionales indígenas, que por siglos han aportado a mejorar las condiciones de vida de la población en general, debido a que lo consideran que no tiene un sustento científico y comprobado. La medicina occidental es una medicina ciega, es encajonada, no considera al ser humano como el fin supremo para su bienestar.

[...] Ventaja es que las parteras con yerbitas hacen acomodar al bebe para que nazcan. (Grupo Focal, 1 – Mujeres quechuas).

Aquí es importante reflexionar acerca del prejuicio y los estereotipos que se están reflejando en estos testimonios por parte del personal de salud. La obstetra de Contay manifiesta un caso de muerte en casa de una partera y la obstetra de Vilcashuamán indica “un mayor porcentaje de muerte”. Sin embargo, este caso particular es aislado, dado que puede haberse producido las complicaciones como parte del mismo embarazo. Por ello, es muy ligero afirmar que el cien por ciento de los partos en comunidades con parteras tradicionales han llevado todos a muertes maternas. Esto contradice los testimonios de las mujeres quechuas que se han entrevistado y que tienen la experiencia de haber dado a luz en sus hogares con la ayuda de una partera tradicional.

[...] se ha visto que no necesariamente sacar a las mujeres de sus casas y ponerlas en la casa materna haya bajado la tasa de mortalidad o enfermedades, tenemos las casas de espera, que las mujeres tienen que ir a las 36 semanas, porque se ha visto que desde los gobiernos que una de las cosas que las mujeres morían, era porque el centro de salud estaba muy lejos, por eso, para evitar esto las crearon. Pero en las casas de espera las mujeres se desesperan porque no están haciendo su vida cotidiana. (Grupo Focal, 1 – Mujeres quechuas).

Existen en las comunidades los agentes de salud comunitarios²². Son personas designadas por la propia comunidad para que sean los canales de comunicación entre los pobladores o las pobladoras con los centros de salud. Ellos, principalmente, identifican a las mujeres gestantes de las comunidades, debido a que son los interlocutores para que ellas decidan acceder a los centros de salud.

[...] en algunas comunidades como que nosotros ya no tenemos parteras, más bien se han sumado como una especie de agentes comunitarios que nos ayudan a que las usuarias acudan al establecimiento. Ellas son las que nos comunican, y ya en vez de ellas atender, ayudarse a atenderse son el nexo que nos dice, allá la señora, la obstetra te va a atender y yo te voy a acompañar sirven como soporte emocional tal vez para nuestras usuarias (Coordinadora Regional de la Estrategia Salud Sexual y Reproductiva - Dirección Regional de Salud de Ayacucho).

[...] Con el tema de evitando las muertes maternas, nuestros promotores son nuestros vigías en las comunidades. Ellas nos informan que gestantes tenemos, incluso ellas las están refiriendo para acá (Enfermero del Centro de Salud Vilcashuamán).

La conformación de agentes comunitarios de salud es una estrategia tomada por los centros de salud para mediar entre la población y el sector salud, debido a que son personas designadas por las mismas comunidades. Hablan el idioma quechua y son de la zona. Su función es la de ser mediadores interculturales entre el personal de salud y la población. Sin embargo, los agentes de salud no emiten opinión ni recomendaciones de cómo debería ser este proceso con el fin de no generar un malestar a la madre gestante, sino que deben adecuarse a ciertos procedimientos que establecen los centros de atención en salud.

Por otro lado, la política sectorial reconoce a otros agentes de salud intercultural como las parteras tradicionales, los sabios (as), curanderos (as), hueseros (as), entre otros. Sin embargo, durante la investigación en campo, vemos que estas prácticas tradicionales de la zona no son valoradas. A pesar

²² Esta función está registrada en el documento técnico denominado Preparando al Agente Comunitario de Salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes y de las niñas y niños menores de 5 años (http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1024_prom37.pdf).

de que algunos agentes de salud mencionaron que es importante la participación de las parteras tradicionales en el proceso de atención de la madre gestante, esto solo recae en el discurso más no dan detalles de cómo debería ser ese involucramiento en todo el proceso de atención, e incluso hay el testimonio de una de las agentes de salud que señala, que la partería tradicional se está perdiendo porque eso ha posibilitado el incremento de las muertes maternas.

[...] nosotros pensamos que los servicios, donde incluyen el parto vertical o sea es una adecuación. Pero no es pertinente porque no necesariamente la partera es la que atiende el parto (Director General del Centro Nacional de Salud Intercultural).

[...] Bueno el rol de las parteras ha sido muy importante. Muchas de ellas han logrado, tratar de ayudar a su manera, a su forma de ver, no tal vez de manera científica, tratar de evitar la mortalidad materna (Obstetra del Centro de Salud Materno Infantil de Vilcashuamán).

Todos estos aportes recogidos de campo reflejan la falta de cumplimiento de la Política Sectorial y principalmente de las normativas que se han establecido mediante resoluciones ministeriales vigentes. El personal de salud adopta acciones particulares de ayuda a la parturienta, pero está convencida que la manera científica es más válida que las prácticas tradicionales de salud. Esto genera malestar en las mujeres quechuas. Ellas interpretan que es una falta de respeto a los saberes tradicionales, ya que estos saberes son de igual importantes como la medicina occidental.

A partir del análisis de cómo el personal de salud asume el servicio de atención materno neonatal, en el marco de la política de salud intercultural, se ha demostrado que este personal hace caso omiso de la norma, pues de manera consciente desacata las medidas planteadas en la política sectorial. En tal sentido, se puede señalar que los centros de salud de los poblados de Vilcashuamán y de Contay no están incorporando el enfoque intercultural en los procedimientos de atención a las mujeres quechuas. Esto se evidencia en el no reconocimiento de la importancia para incorporar a las parteras tradicionales en los centros de salud, el poco uso de la lengua materna de la población, la falta de conocimiento sobre lo establecido en la política sectorial,

la falta de capacitación en relación con determinados enfoques como de género e interculturalidad, entre otros.

5.3 Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud materna neonatal (Centralización de atención del parto de mujeres quechuas en la capital del distrito de Vilcashuamán)

Respecto a este punto de la investigación, está ligado a conocer si los servicios de salud materno neonatal brindados a las mujeres quechuas son los adecuados y pertinentes interculturalmente, específicamente en la infraestructura y equipamiento de los Centros de Salud de Vilcashuamán, Casa Materna y Centro de Salud de Saurama.

Durante la investigación de campo a través del uso de la técnica de observación a estos establecimientos, se demostró que solo existe un 40 por ciento de un total del 100% del espacio asignado para la atención del parto con un enfoque intercultural en los Centros de Salud de Vilcashuamán y Saurama.

El análisis que se realizará para este capítulo se basará en cuatro aspectos que se ha mencionado en el marco teórico: la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad.

Centro de Salud de la Comunidad de Contay, distrito de Saurama

En el caso del Centro de Salud de la Comunidad de Contay en el Distrito de Saurama, hemos observado que existe un ambiente para la atención gineco-obstétrico, pero no un ambiente para el parto vertical. Esto se debe a que todas las madres gestantes, semanas antes de dar a luz, son derivadas al Centro de Salud de Vilcashuamán.

[...] Hay una patología, o durante todo el embarazo detectamos una patología. También, nosotros lo hacemos referencia al centro de salud Vilcashuamán, sea por consultorio o por emergencia dependiendo de la patología que tenga la gestante.

[...] Ellas van por su cuenta, lamentablemente, deberíamos llevarles nosotros a la Casa Materna, recogerles y llevarlos, y asegurarnos en la Casa Materna, no que mañana, pasado mañana, no que otro día. Nos aseguraría así, yo cuando llegué dije porque no hay, que nos den combustible para llevarlas nosotros como obstetras para poder vigilarlas, pero no se les hace referencia y ellas mismas tienen que ir, ya sea de cualquier distrito de los 21 puestos de salud. Ellas van a Vilcas solas (Obstetra centro de salud Saurama).

De acuerdo con el testimonio de la Obstetra del centro de salud de Saurama, el local no presenta ambientes condicionados para la atención del parto, ya sea en condiciones normales o en situaciones de emergencia. Esto es preocupante, pues las mismas mujeres quechuas gestantes se desplazan por su propia cuenta hacia el Centro de Salud de Vilcashuamán. Hay que resaltar que el tiempo que demora en ese traslado es de una hora y se realiza por una carretera no asfaltada, lo cual es un riesgo para su salud y del niño (a) por nacer. La Política Sectorial de Salud Intercultural indica que el personal de salud debe brindar todas las facilidades para una adecuada atención en salud como se ha señalado en el marco teórico respecto a la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de atención en salud. Esto no se está respetando.

En cuanto a la infraestructura, según lo observado durante el trabajo de campo, aquí se detalla los principales hallazgos y su análisis en cada aspecto encontrado.

Accesibilidad y disponibilidad

Para llegar a la comunidad de Contay, se parte desde el centro poblado de Vilcashuamán en una camioneta a través de una carretera no asfaltada por un promedio de una hora, si es que las condiciones climáticas lo permiten. El Centro de salud se encuentra al ingreso del distrito de Saurama a 15 minutos de la Comunidad de Contay.

El frontis es una pared de material noble y presenta una reja. Al interior, se observa un patio no asfaltado parecido a un jardín, donde también se utiliza como cochera. Al pasar esta entrada, recién se ingresa a los ambientes.

Los ambientes que contiene el centro de salud son un consultorio de obstetricia, una farmacia, un pequeño espacio para el triaje donde también se archivan las historias clínicas, un consultorio de enfermería y un ambiente de cadena de frío.



Figura 3. Ambiente principal y sala de espera del Centro de Salud de Saurama. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018.



Figura 4. Puerta de la farmacia. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018

La sala de ingreso del centro de salud presenta pisos de mayólicas en buen estado, mientras que las puertas de los consultorios se encuentran completamente deterioradas.

Se colocó mayólicas, debido a que las lluvias, entre los meses de noviembre y marzo, deterioran la madera fácilmente. La mueblería de madera que presenta la sala de espera para la atención está en mal estado. Es un ambiente poco cálido para la población.

Aceptabilidad y calidad

La aceptabilidad y calidad son dos criterios desarrollados en el marco teórico de este presente informe investigativo. Se entiende por aceptabilidad a que los servicios de atención deben respetar las especificidades culturales y que deben ser de calidad. Sin embargo, la información visual y gráfica que se encontró durante la visita al centro de salud como los afiches informativos, la distribución de la información en los ambientes, señalizaciones, entre otros puntos no alude a un contexto intercultural de la zona.

Por tal motivo, se enfatiza que la información que se debe brindar debe ser acorde al contexto cultural de la población del lugar, especialmente en las mujeres quechuas. Así mismo, deben contener toda la información necesaria para el cuidado de la salud de la madre gestante, los niños (as) y prevención de algunas enfermedades.



Figura 5. Puerta de ingreso al consultorio de obstetricia. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018

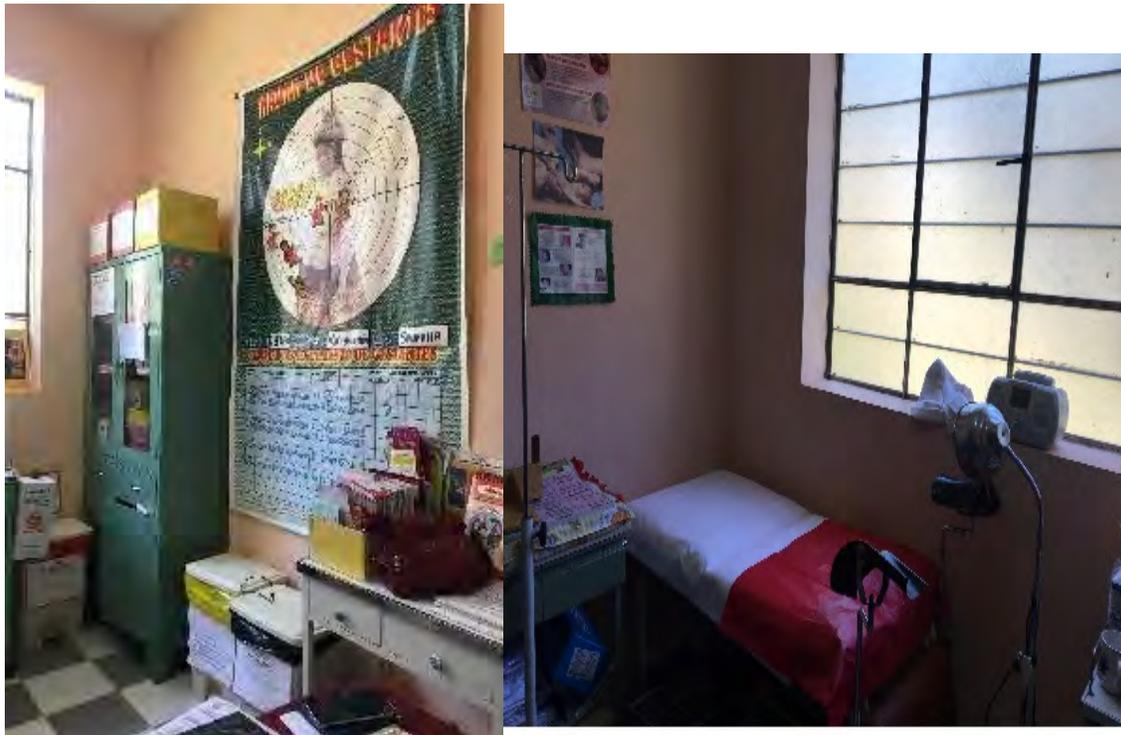


Figura 6 y 7. Interior del consultorio de obstetricia. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018

En la figura N° 5, si analizamos la gráfica, se puede observar que en la imagen proyecta a una obstetra de tez blanca, quien recibe a una mujer quechua gestante. Se suele proyectar al profesional, a la persona que presenta estudios superiores con piel blanca. Esto es más recurrente en el Centro de Salud de Vilcashuamán. Por otro lado, en la figura N° 6, se observa que hay afiches informativos colocados en las paredes del consultorio, donde se mencionan cuáles son las alertas que deben tener en cuenta las mujeres quechuas durante su embarazo. Entonces, podemos mencionar que la consultoría sí cuenta visiblemente con información de cómo es el proceso de gestación de la madre.

Es importante señalar que el consultorio presenta una camilla obstétrica (figura N° 7) para la revisión de la madre gestante. Además, presenta una balanza, entre otros instrumentos. Sin embargo, se aprecia la ventana que no cuenta con cortina, las mujeres quechuas están expuestas a miradas ajenas y no hay una cierta intimidad. Además, no se perciben sábanas ni frazadas para que

puedan ser cubiertas durante la auscultación en épocas de frío. Por otro lado, cabe mencionar que el centro de salud no está acondicionado para atender partos ni en caso de emergencias. En la figura N° 6, también, se aprecia un pequeño estante, donde se guardan las medicinas y los métodos anticonceptivos.

Como resultado de esta observación; ratificamos la falta de implementación del Ministerio de Salud en cuanto la Política de Salud Intercultural, dado que todas las imágenes que sirven de ayuda al personal de salud para orientar a la población de mujeres quechua hablantes, esta desnaturalizada por ser imágenes fuera de la realidad lugareña; el ambiente para un parto intercultural es completamente nulo, los afiches de explicaciones sobre los riesgos o amenazas durante el embarazo están presentados para una mujer de zona urbana, la falta de identidad de estas imágenes solo hacen que las mujeres quechua hablantes vean como una gráfica decorativa pero no informativa para que sea tomada en cuenta el mensaje de estas imágenes.

Cada imagen presentada, debe estar orientada para las usuarias de la zona, tales como: (i) usar el idioma de la zona; (ii) el gráfico de las personas deben ser de la zona, una mujer quechua hablante con la ropa que es usada por esta; (iii) una profesional de la salud que tenga un color de tez similar al de la población de la zona. Son muchas lecturas que la mujer quechua hablante puede tener de estos gráficos de zona urbana, y que lamentablemente en lugar de contribuir a sumar acciones, los resta y aleja la atención de esta hacia la búsqueda de un servicio en el centro de salud; por sentir la no identificación debido a la ausencia de los patrones culturales que el personal de salud, no brinda ni toma en consideración como primordial en la atención. Claro si lo analizamos desde el lenguaje visual. La llamada adecuación intercultural, esta aún en un proceso inicial o nulo que cada vez esta alejando más a las usuarias de este servicio y cuya consecuencia es el incremento de la mortalidad materna.

Centro de Salud de Vilcashuamán

Este centro de salud se encuentra en el Centro Poblado del distrito de Vilcashuamán. Es un ambiente grande, tipo hospital, que se encuentra a 5 minutos de caminata desde la plaza central del distrito (en una colina alta). Si analizamos, el recorrido que tiene que tomar una madre gestante para ser atendida en el centro de salud es dificultoso, ya que se visualiza una pendiente, lo cual genera una dificultad al acceso del servicio.



Figura 7. Frontis del Centro de Salud de Vilcashuamán. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018

El Centro de salud presenta más de dos ambientes para la atención gineco-obstétrica. Uno de ellos es el centro mismo de atención para diferentes enfermedades. El segundo ambiente es el Centro de Atención Materno Infantil y la Casa Materna.

El Centro de Atención Materno Infantil presenta varios ambientes como los consultorios de atención al paciente, sala de partos, hospitalización, rayos X, una sala de espera, entre otros.



Figura 8. Ingreso al área de maternidad. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018



Figura 9. Centro obstétrico. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018

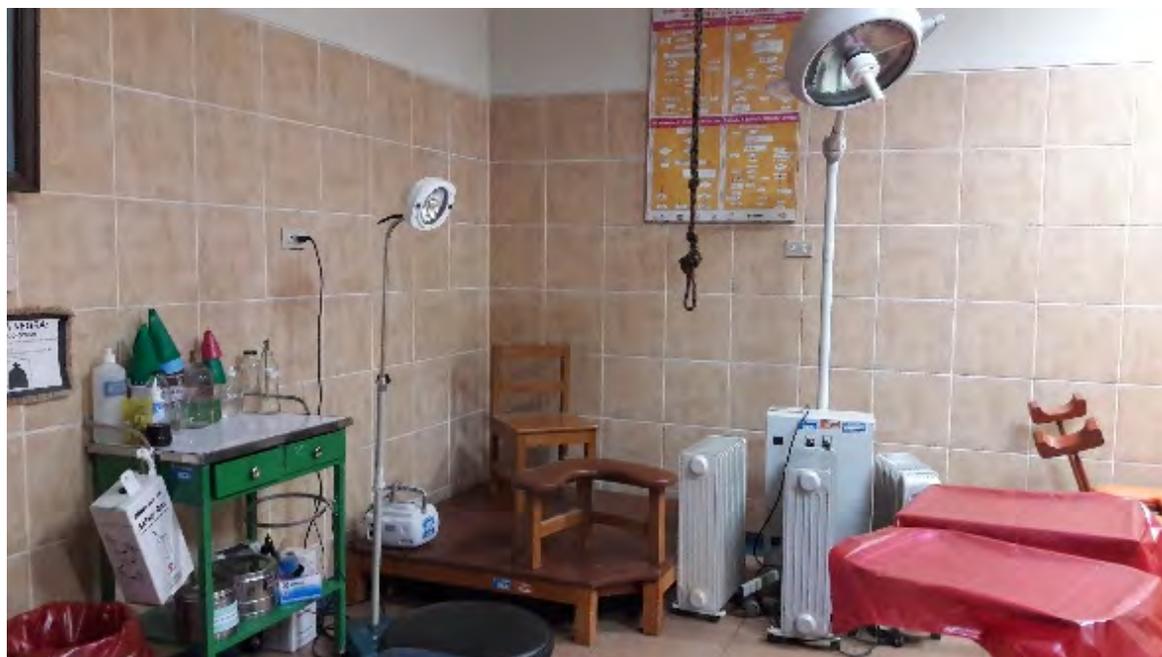


Figura 10. Espacio para el parto vertical dentro de la sala de partos. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018



Figura 11. Camilla para parto horizontal. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018.



Figura 12. Incubadora para el recién nacido. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018



Figura 13. Armario donde se guarda el instrumental y medicinas. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018

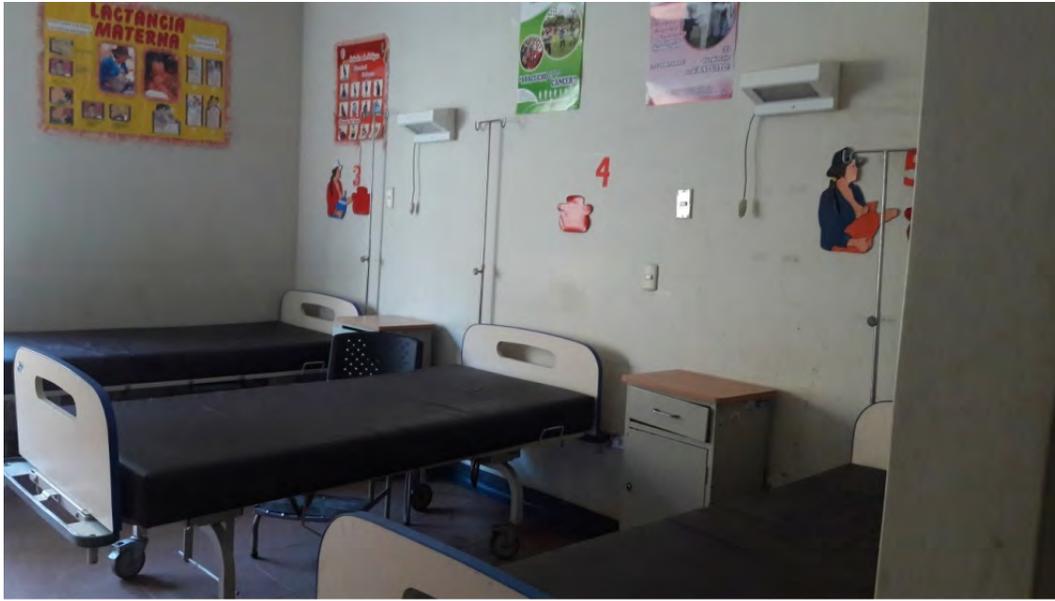


Figura 14. Sala de hospitalización. Fuente: Sonia Chia López, abril 2018

En las figuras del 8 la 14, se observa el ambiente de la sala de parto del Centro Materno Infantil. Presenta una cama para el parto horizontal y en una esquina una silla con una soga para el parto vertical. Según la Norma Técnica aprobada en el 2016, existen características de la infraestructura que deben tomarse en cuenta para que el servicio sea pertinente interculturalmente. Por ejemplo, no se ha visto un ambiente cálido para el parto vertical; es decir, no se ha observado mantas y cobertores que permitan brindar calor a las madres que están a punto de dar a luz. Tampoco el uso de algunas plantas medicinales para menguar el dolor del parto. Si bien la obstetra encargada de esta área, durante la entrevista, mencionó que dentro de este ambiente existe un espacio donde guardan este tipo de plantas, al verificar en el armario que se encuentra en el lugar, no hay estos elementos.

La sala de parto es fría. La presencia de la silla y la soga no significa que el ambiente sea adecuado y condicionado para el desarrollo un enfoque intercultural. Según la Norma Técnica de Salud para atención en Parto Vertical – 2016, señala que todos los establecimientos de salud a nivel nacional con funciones obstétricas y neonatales, incluido los establecimientos estratégicos, deben acondicionar los servicios de emergencia obstétrica tomando en cuenta la opinión de las gestantes y su entorno social. Además, la ambientación debe

presentar características propias de la zona. En ese sentido, para el centro de salud de Vilcashuamán, la sala de parto en posición vertical debe no solo incluir una silla, plataforma de madera y una soga, sino elementos como el pellejo de carnero, el chumpi o faja, la pañoleta para amarrar la cabeza, hierbas caseras, entre otros elementos. Entonces, se puede mencionar que la infraestructura observada en el desarrollo de la investigación en este ambiente no cumple a cabalidad lo señalada por la norma técnica.

En la figura N° 15, se aprecia la sala de hospitalización, donde se recuperan las mujeres quechuas luego del parto. Es un ambiente frío. Los colchones no presentan sábanas cálidas y tampoco poseen cortinas.

A pesar de lo demostrado durante la aplicación de la técnica de observación, a este establecimiento de salud, el gerente del Centro de Salud de Vilcashuamán menciona lo siguiente:

[...] Inclusive tenemos lo que es la adecuación, de interculturalidad lo que es el parto, y aparte de eso tenemos la casa hogar y ahora inclusive lo estamos gestionando para poder mejorar lo que es la refacción de la fachada de la parte posterior, y también de la parte interna, y justamente el municipio nos va a dar los materiales y al personal para iniciar el trabajo. Nosotros contamos con el hogar materno. [...] Tenemos los establecimientos de salud y como en cada establecimiento de salud hay profesionales permanentemente...

Es increíble el pensar que a pesar de todas las evidencias de que este centro de salud no cuenta con las condiciones adecuadas para una atención materna bajo un enfoque intercultural, se siga pretendiendo que con solo tener el ambiente ya se está aportando a ello.

Para confrontar esta realidad, se presenta un fragmento de la entrevista de un actor de la localidad, quien se refiere a los recursos con los que cuenta el centro.

[...] Faltaría sabes que para que sea adecuado, un ambiente tiene que ser bueno, y también equipamiento y también tiene que haber un médico. Podría ser pues entonces

para que pueda tener consultas rápidamente. Entonces, eso es lo que nos falta a nosotros.

[...]Bueno el ambiente, los equipos faltan. No es suficiente, no es suficiente los equipos siempre faltan por ahí. No sé por qué ellos transfieren a Vilcas. Ese es el detalle. Ellos tendrían que ver por ejemplo por la falta de médicos.

[...] Bueno, medicamentos no puedes encontrar, un medicamento bueno, ese paracetamol, para cualquier cosa solamente paracetamol no más te da, bastante te dan, entonces como se llama a veces calma y no necesariamente te puede calmar (presidente de la Comunidad de Saurama).

Como puede leerse, la percepción que tienen los agentes de salud con la percepción de un actor de la comunidad (que cuenta con legitimidad en su territorio pues tiene el cargo de presidente de la comunidad) difiere totalmente. Se evidencia que dicho espacio y sus recursos no fueron planificados de acuerdo con las necesidades y costumbres de la comunidad. No hay nada más preocupante que trabajar en salud y no tener empatía con una población que sufre la discriminación en el espacio donde se debería garantizar su derecho.

Al no contar con un ambiente apropiado para el desarrollo del parto con pertinencia intercultural, es un aspecto que afecta el proceso del parto de la madre gestante quechua. A esto, se suma el maltrato, la falta de medicamentos, el no conocimiento de sus prácticas culturales y el uso de la lengua quechua. Con todas estas reflexiones y hallazgos mencionados en campo, se puede indicar que existe una desigualdad en la prestación del servicio de salud materna neonatal desde el ámbito de la infraestructura y equipamiento (condiciones físicas).

En relación con el acceso a los centros de salud, según los procedimientos establecidos, las mujeres gestantes deben desplazarse dos meses antes del parto hacia el Centro de salud de Vilcashuamán para que sean alojadas en la Casa Materna. Sin embargo, según los testimonios de las mujeres quechuas, ellas no están de acuerdo, puesto que dejan a su familia, su hogar, y la atención de la chacra y sus animales.

Finalmente, como se ha podido apreciar en las figuras y en las descripciones realizadas de las mismas, por más que el personal de salud indique que se está incluyendo la pertinencia cultural en el servicio de atención, esto no es así. La labor de cada profesional esta orientada a una atención con procedimientos occidentales, las adaptaciones interculturales no son apreciadas en su totalidad porque existe una contaminación de ambiente con camillas ortodoxas típicas de la atención occidental, una incubadora en un ambiente completamente frío y sin una inclusión cultural de la zona, camillas que están con sábanas blancas sin considerar los telares o colchas de la zona, siendo nosotras las observadoras de esta realidad, concluimos que, la ausencia de una supervisión por parte del ente rector de la salud para garantizar la atención intercultural, es el resultado de la falta de interés en el cumplimiento de la adecuación intercultural como un deber del personal de salud y por ende un derecho de la población mujer quechua hablante de la zona.

El colocar en una esquina una silla con una soguilla atada al techo no garantiza ello, además los testimonios brindados por las obstetras sobre el ambiente del lugar no corresponden a lo que se verificó en el proceso de observación in situ.

A las mujeres les quitan el poder y su derecho a decidir cómo quieren atenderse, el Estado debe sensibilizar a los operadores de salud en lo que respecta a no discriminar a la población.

Casa Materna

La Casa Materna se encuentra al interior del Centro de Salud de Vilcashuamán. Se ubica exactamente a la espalda del Centro Materno Infantil (subiendo una pendiente a lo alto).

Como se podrá ver en la figura 16, el acceso al lugar es dificultoso. Se sube a través de un largo camino de cemento que no tiene barandas. Esto perjudicaría a las gestantes, ya que no pueden sostenerse y podrían caerse.

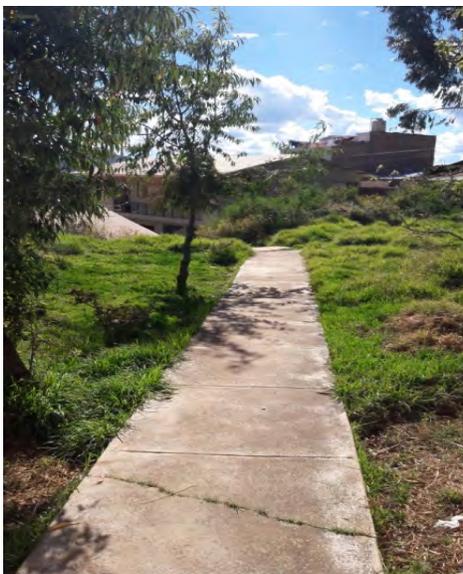


Figura 15. Ingreso hacia la Casa Materna



Figura 16. Frontis de la Casa Materna

El frontis de la Casa Materna es de material noble con una parte de adobe. La pared se muestra con grietas considerables. Estas son producidas por las constantes lluvias y a la falta de mantenimiento de la misma. Es un posible peligro, puesto que cada vez se va deteriorando y puede desplomarse.

La Casa Materna consta de una sala de espera donde las mujeres quechuas gestantes ven televisión sentadas en un sillón, dos dormitorios, un baño, una cocina amoblada y un pequeño ambiente donde hay un fogón que le

denominan cocina mejorada. Así mismo, al final de un pasillo, hay un jardín donde se usa como depósito de mueblerías en desuso.



Figura 17. Sala principal que se ubica al ingreso de la Casa Materna



Figura 18 y 20. Dormitorios donde se puede apreciar el desgaste en los colchones y el mal estado de las paredes



Figura 19. Cocina donde se aprecian las ollas quemadas y en mal estado



Figura 20. Cocina mejorada que es un fogón con un tubo hacia el techo. Este ambiente está en desuso.



Figura 21. Puerta que da hacia el patio o jardín

Como se ve reflejado en las últimas figuras, el ambiente de la Casa Materna no es el adecuado para las madres quechuas gestantes, que esperan hasta tres meses para ser derivadas al centro de salud de Cangallo. En la figura N° 18, se observa la sala principal. Se puede ver que el piso es de cerámica. En invierno y épocas de heladas, este material no proporciona abrigo ni calidez a las personas que están alojadas en este espacio. Así mismo, la mueblería es antigua y al fondo se puede ver que hay una calamina enrollada que atraviesa ese espacio. Al realizar la pregunta a la obstetra encargada de la Casa Materna (quien nos mostró los habientes) sobre qué hacía esa calamina en el lugar, ella mencionó que por el momento estaba sosteniendo una de las paredes.

En las figuras 19 y 20, se muestra las camas con colchones viejos, las ventanas no cuentan con cortinas para brindar una cierta reserva y privacidad a las madres quechuas. Tampoco, hay suficientes veladores y armarios para que ellas puedan guardar sus cosas. No existen colgadores para las batas o abrigos, y menos un lugar donde puedan guardar colchas o abrigo. No existe calefacción.

En la figura 21, se muestra la cocina. Según el gerente del micro Red de Salud de Vilcashuamán, la cocina tiene pocos meses de haber sido remodelada. Sin embargo, se puede apreciar que ya los muebles se están deteriorando, las ollas están en mal estado. Por otro lado, en la figura 20, es uno de los puntos preocupantes, puesto que hace pocos meses las gestantes estuvieron cocinando en ese ambiente, el cual no es el adecuado.

En la figura 23, se demuestra nuevamente que las paredes tienen rajaduras. Esto se observa en un 90% de las paredes de la casa materna, siendo un riesgo para cualquier persona que transita por ese lugar.

A pesar de que existe un pequeño jardín en el cual las mujeres quechuas podrían sembrar algunas plantas medicinales como otras experiencias de casas maternas en otras regiones en el Perú y a nivel internacional. Este es usado para almacenar equipos en desuso.

Las mujeres quechuas sustentan que no es un ambiente adecuado para estar esperando varias semanas y hasta meses lejos de sus hijos y familias.

Por otro lado, es importante mencionar que algunos servidores del sector salud reconocen que es necesario contar con infraestructuras adecuadas para la población que atienden.

[...] Como Estado estamos obligados a tener servicios con adecuación o con pertinencia intercultural, la participación, organizada activa, de sus representantes de estas culturas (Director del Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) – Ministerio de Salud).

Finalmente, podemos señalar luego de leer las declaraciones del Director del CENSI, que solamente se queda en el discurso y en intenciones la inclusión del enfoque intercultural en los servicios de atención en salud. Se ha demostrado que, en la realidad, a partir de las figuras señaladas, esto no se ajusta a los parámetros indicados en la normativa, aunque estas personas “piensan” que sí responde a ello. Entonces, ¿qué es lo que está imposibilitando que la política se aplique? Todo señala a la falta de voluntad política y claridad del mismo sector salud de entender cómo debe ser incorporado el enfoque intercultural en los servicios. Además, es importante que reconozcan que los sistemas de salud occidental y el tradicional pueden complementarse.

5.4 Percepción de las mujeres quechua hablantes sobre la atención intercultural de la salud materna neonatal

En la experiencia de visitar dos centros de salud y conversar con mujeres quechuas hablantes, se infiere que a nivel del sector salud existe un proceso de implementación del enfoque intercultural en cuanto a equipamiento. No obstante, existe una fuerte carencia en la infraestructura y recursos humanos para determinar que efectivamente existe una atención intercultural de la salud materna neonatal adecuada.

En general, el personal de salud tiene una limitada competencia en materia de interculturalidad y resulta difícil retenerlo en las zonas rurales. Las barreras culturales plantean un reto más complejo, pues persiste una escasa comprensión de los conocimientos y prácticas de salud tradicional. Existen dificultades del sistema de salud para encontrar profesionales que hablen lenguas indígenas lo que complica aún más la situación. Por otro lado, el temor y la desconfianza hacia los trabajadores de salud que muchas veces han sido originados por prejuicios, discriminación o desencuentros culturales (parto horizontal vs parto vertical) constituyen un impedimento para que las usuarias de las zonas rurales busquen en el sistema de salud la atención que necesitan. Estas barreras comunicacionales entre los prestadores de asistencia sanitaria y la población indígena limitan el acceso a una atención de calidad. Por ello, es necesario que el personal de salud posea un conjunto de habilidades que le

permitan establecer una relación empática traducida en confianza, familiaridad y seguridad con la gestante.

A ello, hay que añadir que existen barreras geográficas que dificultan el acceso a los servicios con costos que no pueden asumir (transporte, alimento, alojamiento y medicamento entre los principales) sin contar con la pérdida de días laborales y el abandono del hogar.

Las casas de espera constituyen una estrategia que incluye la intervención activa tanto de las autoridades sanitarias como de las organizaciones locales. Con ellas se buscaba crear espacios comunitarios cercanos a los establecimientos de salud, que permitan alojar a las gestantes días previos al parto y atender posibles complicaciones, como una forma de contribuir a reducir la mortalidad materna. Sin embargo, algunas de estas casas se autofinancian u otras funcionan con el apoyo del establecimiento de salud o de las municipalidades, lo que deriva a que se encuentre supeditado a la voluntad política y/o contar con los recursos necesarios que se justificarían de acuerdo a la demanda.

Como bien señala, Dayce Denisse Castillo Matos²³, en su tesis; el Ministerio de Salud en convenio con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) crearon el proyecto 2000 en la que la agencia brindó asesoría al personal de salud para la adecuación de los servicios materno – perinatal con énfasis intercultural. Se planeaba disminuir las brechas del servicio que era brindado por los profesionales de salud hacia las usuarias.

Las 16 mujeres quechuas con las que hemos conversado perciben la atención del personal de salud las siguientes conductas: falta de respeto hacia las costumbres de las mujeres, rechazo hacia la incorporación de la partera como acompañante durante el parto, falta de empatía hacia el dolor que sienten las parturientas durante el proceso del parto, ausentismo de humanidad en cuanto

²³ Castillo, D. (2015). *Factores relacionados al proceso de diseño de la política de salud intercultural en el Perú*. Consulta: 22 de junio de 2019. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9150/CASTILLO_MATOS_DAYCE_DENISSE_FAC_TORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

al vínculo que tienen las madres con sus hijos mayores y sus familias que están en sus casas. Esto se debe a que las obligan a estar en la Casa Materna. Estos son algunos factores que construyen una barrera de comunicación, confianza y seguridad en el servicio de atención de los profesionales de la salud.

Se puede decir que lo mencionado en el párrafo anterior se atribuye a una discriminación étnico – racial existente en nuestra sociedad. Esto se debe a la falta de reconocimiento de la diversidad cultural, atribuir que la población indígena tiene las mismas problemáticas y necesidades que la población en general sin considerar sus especificidades culturales, y crear el sistema de salud que lo mejor es lo científico que los conocimientos tradicionales y ancestrales de un pueblo.

Cuando se trata de discriminación étnico-racial, se refiere a “...menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de las personas en todas sus diversidades en la esfera política, económica, social y cultural (Ministerio de Cultura).²⁴

En ese sentido, para las mujeres quechuas, la discriminación es latente, debido a que el mismo sistema de salud piensa que ellas tienen las mismas necesidades que la población en general y deben ser atendidas bajo ciertos estándares comunes con el resto de la gente. Esto es lamentable, ya que no consideran sus derechos y sus decisiones. Aquí un testimonio.

[...] Entonces, practicantes nomás nos atiende. Algunos nos tratan mal. Algunos nos tratan bien. Hay siempre personas que te tratan bien, que te tratan mal, pero algunas mujeres que sabemos ya nuestros derechos nos hacen respetar, pero cuando no saben más que nada a la gente humilde lo aprovechan pues con maltrato...

[...] Entonces, yo me amargué; “como ando venir acá, no es cantina, las señoras como van a venir con música”, “bailando va a nacer bebe, porque te preocupas, acaso tú estás con dolor” así me dice. Entonces, cuando das parto es dolor horrible. Entonces,

²⁴ Ministerio de Cultura (s/f) .*Discriminación étnico racial en el Perú*. Consulta: 29 de marzo de 2019 . Recuperado de <http://alertacontraelracismo.pe/discriminaci%C3%B3n-%C3%A9tnico-racial-en-el-per%C3%BA>. Consultada el 29 de marzo de 2019

te incomoda. Es casi no me ha gustado en el Centro de Salud, adentro lo hemos botado (Grupo focal 1, mujer quechua).

Cuando una mujer quechua es consciente de su derecho y debe ser partícipe en todo momento para la toma de decisiones que afecte a su vida y del bebé, es en ese momento en que el resto de la sociedad comienza a respetarlas.

Para las mujeres quechuas, el trato es importante durante la atención que reciben del personal de salud. Ellas refieren que siempre han tenido que soportar la indiferencia ante la emergencia o atención solicitada. Por ello, prefieren quedarse en sus hogares para que reciban ahí una atención adecuada con calidez y confort. Desean estar rodeadas de sus familiares quienes son el soporte principal para sobreponerse al proceso de parto, ya que ello carece el personal de salud durante la atención.

[...] de mis hijitos nacieron en la maternidad, esa vez era semana santa y cuando era semana santa yo fui al centro de salud y no estaba nadie. He regresado a mi casa a dar a luz en posición vertical (Grupo focal 1, mujer quechua).

[...] cuando estaba de 7 meses me regresaba acá, y mi mamá y mi papá me atendían, más atención es en la casa (Grupo focal 2, mujer quechua).

[...] Sí, estuve esperando, esperando, más el dolor; “por gusto te quejas, recién está empezando la dilatación” Después le dije entonces me regreso a mi casa, no, no vas a ir, si no le decimos al policía que te lleve, te vamos a denunciar si te vas a tu casa.

[...] Me permitieron, en ese momento que mi pareja o alguien mi acompañante esté a mi lado. Después no han permitido, han botado a mi esposo, a mi acompañante y después me dijo: ¿qué van a ser ellos?, que vayan a su casa, porque yo he estado dos días y dos noches con dolor (Entrevista a mujer quechua).

La descripción de estos testimonios es alarmante. El maltrato es también producto del racismo por parte de los agentes de salud hacia las mujeres quechuas. Ello empieza por no reconocerlas como sujetas de derechos y no aceptar las diferencias culturales que existen. A pesar de que es un solo

testimonio el que se ha recogido con este tipo de connotación, no sería pertinente indicar que es un hecho aislado o es un solo caso.

El trato que reciben las mujeres quechuas no es el adecuado. Esto se deba, posiblemente, porque se piensa que ellas no saben y que se les está haciendo un favor el atenderlas en los centros de salud. Por ello, cuando menciona “por gusto se quejan” es un signo de alarma. Se puede indicar que con estos testimonios se está ejerciendo una violencia obstétrica por parte de los agentes de salud hacia las mujeres quechuas, y esto va en contra de la Política Sectorial de Salud Intercultural y de toda normativa.

“En la actualidad, la tarea que le corresponde al Estado es desafiante, ya que la discriminación étnica – racial se muestra como una práctica cotidiana en la vida de los peruanos. Una práctica que ha sido naturalizada en todo nivel y espacio público. Todas estas situaciones no permiten el ejercicio pleno de la ciudadanía de las personas y estas se quedan sin voz” (Ministerio de Cultura)²⁵. Esto suele suceder con las poblaciones más vulnerables en este caso las mujeres quechuas.

Cada mujer quechua entrevistada solo busca encontrar una atención de calidad mediante el respeto y la cortesía de las profesionales de salud, las mujeres quechuas no le están haciendo un favor a los agentes de salud en acudir a los establecimientos y atenderse con ellos; sino debemos recordar que desde el enfoque de derechos humanos, el ser humano es el fin último y que todos los Estados deben garantizar el pleno ejercicio de sus derechos y contribuir a su estado más alto de bienestar y desarrollo; porque las personas son los agentes principales del avance de un país, de una nación.

5.5 Prácticas y costumbres culturales de las mujeres quechua durante el embarazo, parto y post parto

²⁵ Ministerio de Cultura (s/f). *Discriminación étnico racial en el Perú*. Consulta: 29 de marzo de 2019. Recuperado de (<http://alertacontraelracismo.pe/discriminaci%C3%B3n-%C3%A9tnico-racial-en-el-per%C3%BA>).

Según las entrevistas realizadas a las mujeres quechua, el 100% de ellas confían en los conocimientos y usos de las plantas medicinales para el cuidado de su salud, en especial, en las etapas de embarazo, parto y posparto. Estos mismos conocimientos y costumbres han sido transmitidos de generación en generación de madre a hija o de abuela a nieta. En los siguientes párrafos, se explicará cómo esto se desarrolla por cada etapa.

Embarazo

Durante la etapa del embarazo, la madre gestante debe tener cuidado en no consumir ciertos alimentos que pueden afectar el natural desarrollo del bebé, como por ejemplo el ají o algunos condimentos fuertes. También, usan la faja en la cintura para evitar el dolor. Además, permite sostener la cintura y la espalda con mayor fuerza, ya que el peso va aumentando conforme avanza el embarazo. Esto es de mucha ayuda, puesto que ellas no dejan de hacer sus rutinas diarias como el criar a sus demás hijos, el trabajar en la casa y en la chacra.

A pesar de que las mujeres quechuas llevan sus controles en los centros de salud, de vez en cuando, ellas acuden a una partera tradicional de confianza, quienes le ayudan a saber si su bebé está desarrollándose adecuadamente y cuándo ya se acerca las semanas previas al parto. Les ayudan acomodar al bebé para que esté en una buena posición antes de nacer. A esto se le denomina “el acomodo del bebé”. También, ellas, cuando sienten mucho dolor, acuden donde las parteras para que les soben la barriga y les proporcionen algunas hiervas naturales que calman un poco el padecimiento.

Hay algunas creencias que indican que si la madre gestante teje, podría provocar que el cordón umbilical se anude al cuello del bebé. Otra creencia es que si están expuestas hasta altas horas de la noche por el campo, puede ocurrir a que un alma se robe al bebé. Se cuidan de no estar expuestas a situaciones desagradables o que les origine un susto fuerte para evitar un aborto espontáneo.

El parto y posparto

Según la medicina occidental, las mujeres que van a dar a luz no deben ingerir ningún alimento y deben estar totalmente en ayunas. Sin embargo, para las mujeres quechuas no es así, el uso de algunas plantas medicinales ayuda a calmar los dolores, y hasta aumentar la dilatación y prepararse para un parto sin dolor.

De acuerdo con la técnica del parto vertical propiamente de la cultura indígena, las mujeres quechuas deben estar en un ambiente cálido. Pueden estar acompañadas de su esposo, de su madre o de un familiar con quien ellas se sienten en confianza. Luego, se les brinda una bebida caliente para que ellas se sientan tranquilas y se le coloca mantas gruesas a modo de abrigo.

[...] con hierbitas, agua caliente, jugos me han dado para aliviar el dolor que tenía para el parto.

[...] cuando voy a dar a luz, así sentadita, de mi cintura me apoyo y de cuclillitas. (Grupo focal 1, mujer quechua)

[...] En la casa, nadie me maltrata. Me agarra mi mami y así paradita no más doy a luz. Ellos ya están preparados agua caliente, matecito. Al día siguiente, me da un caldo ya jajaja así ha nacido mis hijos pues (Grupo focal 2, mujer quechua).

El parto se realiza en cuclillas, pues con la gravedad el bebé sale más rápido. Esto evita posibles desgarros. Luego, se les recuesta encima de unos cueros de oveja. Después, se les coloca una faja amarrada en la frente de la cabeza para evitar el dolor o que la paciente pierda la conciencia. Todo el ambiente debe ser cálido y con una luz tenue. Cuando nace el bebé, la placenta se le guarda para luego ser enterrada.

El parto vertical, también, le genera más confianza y tranquilidad a la madre gestante, puesto que no es necesario que ella se despoje de todas sus ropas y use una bata blanca, como se hace en la medicina occidental.

Posterior al parto, las mujeres quechuas descansan por lo menos unos quince días. Inmediatamente después de dar a luz, ellas consumen caldos de carne que les brindará fuerzas para reponerse del trabajo de parto.



CONCLUSIONES

Las conclusiones que se señalan en el presente capítulo responden a cada uno de los hallazgos encontrados en el marco de las preguntas de investigación.

¿La política sectorial de salud intercultural se viene institucionalizando actualmente?

- La no existencia de registros que informen sobre los avances, situación o seguimiento como resultado de una evaluación de la implementación de esta política; demuestra que el ente rector que es el MINSA como representante del estado, es indiferente hacia la implementación de un Plan para brindar un servicio de salud intercultural.
- A nivel Regional, los servicios de atención carecen de mecanismos y procedimientos de atención que sirva de evidencias que se está incorporando el enfoque intercultural y por ende la Política.
- El desconocimiento por la falta de difusión es el resultado de que las mujeres quechuas, no conocen y no han escuchado que exista un Política Sectorial de Salud Intercultural. Aquí resaltamos, nuevamente que a pesar de que en la resolución de creación de la política se indica que han participado en el proceso de su conformación, organizaciones indígenas nacionales, en la práctica no se puede constatar.

¿Cuál es la concepción del personal en salud respecto a la política sectorial de salud y el enfoque interculturales en los servicios de atención en salud materna neonatal de los distritos de Saurama y Vilcashuamán?

- El 70 por ciento del personal en salud entrevistado considera que el enfoque intercultural en salud es importante; reconoce algunas características propias de ello como el parto vertical, la importancia del

uso del idioma quechua y el uso de las plantas medicinales. Sin embargo, el 30 por ciento siente que estos aspectos de la cultura se están perdiendo y no muestran valor sobre su importancia y aporte hacia la medicina y cuidado a la salud, lo cual es preocupante.

- Tanto en la DIRESA de Ayacucho como en la Administración del centro de salud de Vilcashuaman; la planificación de capacitaciones con enfoque intercultural y enfoque de género orientado hacia el personal de salud no son de interés en brindarlas como parte del fortalecimiento de capacidades.
- El personal de salud engloba y generaliza la atención médica occidental hacia las mujeres quechuas como usuarias, pero lo que no conceptualiza es la mujer quechua como una persona sujeta de derecho. Es por ello que, ignoran y descartan dentro de su proceso de adaptación o transición profesional conocer la cultura y costumbres de la población de la zona. Reconocen que sí es importante la interculturalidad, pero no es interiorizada ni comprendida.
- A pesar de que algunos testimonios del personal de salud, específicamente de las obstetras, mencionan que el parto vertical se está aplicando en el centro de salud. Esto no es del cien por ciento real. La mayoría de los partos son atendidos en la forma horizontal como lo mencionan algunos testimonios de las mujeres quechuas que se han atendido en los centros de salud. Además, en las fichas de registro del Centro de Salud de Vilcashuamán, no figura una alternativa que señale si la madre dio a luz en parto vertical u horizontal. Ese es un indicador que el servicio tampoco está adaptado culturalmente.

¿Los Centros de salud donde acuden las mujeres quechuas de los distritos de Vilcashuamán y Saurama cuentan con los ambientes y equipamiento adecuado, para una atención materna neonatal con pertinencia intercultural?

- Ninguno de los centros de salud de Vilcashuamán y Saurama ha incorporado el enfoque intercultural.
- Los ambientes de los centros de salud observados son fríos: no muestran una calidez para la atención y tampoco da confianza a las mujeres quechuas de irse a atender, puesto que el trato del mismo personal no es bueno. Inclusive algunos están en situación de abandono y falta de mantenimiento de su infraestructura.
- Para las gestantes que se hospedan en la Casa Materna, días previos a sus partos, sienten estrés y preocupación constante, esto afecta su estado emocional y psicológicamente.

¿Cuáles son las percepciones de las mujeres quechuas sobre la atención en salud materna neonatal con pertinencia intercultural?

- Las 16 mujeres quechuas entrevistadas durante la investigación de campo manifestaron haber recibido maltrato durante su atención en el Centro de Salud de Vilcashuamán. Se percibe este trato como una falta de reconocimiento de que las mujeres quechuas son sujetas de derecho y que ellas también pueden decidir cómo desean ser atendidas.
- Una de las principales causas de todo del maltrato y violencia obstétrica es la discriminación y prejuicios por parte del personal de salud. Ello se basa en la falta de un reconocimiento real de la diversidad cultural.

¿Cuáles son aquellas prácticas y costumbres culturales que las mujeres quechua toman en cuenta para el cuidado de salud durante el embarazo, parto y posparto?

- Uno de los principales factores culturales que las mujeres quechuas consideran importante es el uso de la lengua materna.

- Otra práctica es el acompañamiento de la médica tradicional o partera y de un familiar de confianza al momento de dar a luz, el uso de algunas prácticas culturales como tomar caldos o mates con hierbas que facilitan el proceso del parto. Ellas sienten que esos aspectos no los encuentran al momento de acceder a los centros de salud de Vilcashuamán y Saurama.
- En el caso del centro de salud de Saurama, por ejemplo, la obstetra no habla el quechua y ella considera que no existen ya las parteras tradicionales y desconoce la labor de ellas.
- En el Centro de Salud de Vilcashuamán a pesar de que se da el parto vertical, lamentablemente no hay un registro oficial de cuántos partos verticales se han atendido desde el 2018. Esto no refleja que efectivamente se están respetando las costumbres de las mujeres gestantes.



RECOMENDACIONES

Las recomendaciones del presente capítulo están enmarcadas también a las preguntas de investigación y las conclusiones.

Acerca de la institucionalización de la Política Sectorial de Salud Intercultural

- El Estado Peruano, principalmente el Ministerio de Salud como ente rector responsable de vigilar la salud de la población, debe tomar consciencia y preste mayor atención a las políticas que han sido creadas para la población más vulnerable.
- Es necesario que haya mayor claridad de cómo es la estructura y quién es el ente especializado que debe encabezar este proceso de reforma del sistema de salud con miras a la incorporación del enfoque intercultural con objetivos concretos.
- Es de suma urgencia que se establezca los mecanismos y la normativa para la aplicación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, principalmente que se conozca si el Plan de Implementación de la Política 2017 – 2021.
- Es necesario que el Estado formule e implemente mecanismos más prácticos y menos burocráticos que garantice presupuestos más inclusivos y oportunos para la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural.

La concepción del personal en salud respecto a la política sectorial de salud y el enfoque intercultural en los servicios de atención en salud materna neonatal de los distritos de Saurama y Vilcashuamán

- El Ministerio de Salud debe ser más enfático en sus procedimientos de monitoreo, seguimiento y evaluación constante al personal de salud para la aplicación del enfoque intercultural en la prestación del servicio. Se requiere que el personal de salud que atiende en las comunidades donde el cien por ciento de la población es indígena sea de la misma zona.
- Es necesario que las personas indicadas de tomar decisiones a nivel de las gerencias de salud, desde la Dirección Regional de Salud y los Centros de salud en Vilcashuamán, consideren revalorar la incorporación de las parteras tradicionales en los procedimientos de atención bajo un enfoque de adecuación y pertinencia intercultural. Así, estarían cumpliendo lo establecido en la Política Sectorial.
- Se debe considerar incorporar conocimientos tradicionales y ancestrales locales en la formación y capacitación del personal en salud en las regiones, propiciando la articulación con mujeres y hombres agentes de la medicina tradicional y ancestral (médicos/as tradicionales) u el reconocimiento de los aportes de las parteras, curanderas, chamanas, etc.

Ambientes y equipamiento adecuado, para una atención materna neonatal con pertinencia intercultural

- En cuanto a la infraestructura y ambientes de los centros de salud, no solamente es necesario que cuenten con mantenimiento y materiales adecuados, además que garanticen una adecuada atención y la seguridad de las mujeres quechuas. También es imprescindible que estos ambientes sean más cálidos, más respetuosos de las necesidades y particularidades culturales de las mujeres quechuas; que respete sus costumbres; que sus recomendaciones y el deseo de cómo ellas quieren ser atendidas y tratadas sean escuchados.

- Es necesario que los Centros de salud establezcan y empleen indicadores de atención intercultural a las madres, en las etapas de embarazo, parto y post parto. Lo mencionado tendría respaldo en la Política Sectorial de Salud Intercultural y en la Norma Técnica del 2016.

Percepciones de las mujeres quechuas sobre la atención en salud materna neonatal con pertinencia intercultural.

- Se deben emplear sistemas y procesos de comunicación e información clara y pertinente de parte del personal de salud hacia las mujeres quechuas donde puedan brindarle toda la información que se requiera saber para su atención y para el cuidado de su salud sexual y salud reproductiva; que no conlleve a imposiciones sino permita que ellas mismas, informadas, puedan elegir cómo cuidar su salud.

Factores culturales de las mujeres quechuas

- El Ministerio de Salud, el CENSI y las instancias correspondientes del sector salud en la región Ayacucho deben cambiar sus miradas respecto a la cultura y costumbres de los pueblos indígenas.
- El Estado y sus entes rectores de salud deben apoyar la promoción y prevalencia de los conocimientos de la cultura indígena, en este caso. de aquellas prácticas para el cuidado de la salud, lo que también beneficia al sistema de salud en general, y no verlo como una competencia.
- Es importante que haya una atención más severa en cuanto a incluir en el sistema de salud occidental, las prácticas culturales de las mujeres quechuas, puesto que esto contribuye a que ellas mismas no se sientan frustradas y temerosas de acudir a atenderse en los centros de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOUZAHR, Carla y Erica, ROYSTON

1991 *Maternal Mortality A Global Factbook*. Consulta: 19 de mayo 2019
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38317/WHO_MCH_MSM_91.3.pdf

ALMAGUER, Alejandro y otros

2017 *Interculturalidad en salud: Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Consulta: 16 de mayo de 2019.
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/libro-interculturalidad-en-salud>

ÁLVAREZ, Luis

2006 *La historia del derecho internacional público*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Consulta: 16 de mayo de 2019.
https://books.google.com.pe/books?id=L4xEIUcbymkC&pg=PP4&lpg=PP4&dq=%22La+historia+del+derecho+internacional+p%C3%BAblico%22.+Bogot%C3%A1:+Pontificia+Universidad+Javeriana&source=bl&ots=4hvdHQg5&sig=ACfU3U0S2d00zX-TPj6wO-vOckYvoEooZw&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwj-p_Lgm6jiAhUtuVkkHTauBG8Q6AEwAnoECAkQAQ#v=onepage&q=%22La%20historia%20del%20derecho%20internacional%20p%C3%BAblico%22.%20Bogot%C3%A1%3A%20Pontificia%20Universidad%20Javeriana&f=false

BOCCARA, Guillaume

2007 "Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural de Chile". *Chungara*. Arica, número 39 (2), pp.185-207.
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73562007000200003

CÁRDENAS, Cynthia y otros

2010 *Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana*. Consulta: 31 de marzo de 2019.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/anthro/v35n39/a07v35n39.pdf>.

CASTILLO, Dayce

2015 *Factores relacionados al proceso de diseño de la política de salud intercultural en el Perú*. Tesis de licenciatura en Ciencias Sociales con mención en Ciencia Política y Gobierno. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias Sociales. Consulta: 22 de junio de 2019.

http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9150/CASTILLO_MATOS_DAYCE_DENISSE_FACTORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

CAVALIÉ, Françoise

2013 *¿Qué es interculturalidad?*. Consulta: 31 de marzo 2019

<https://www.servindi.org/actualidad/80784>

CHIRAPAQ

2015 *Los derechos de los pueblos indígenas*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

<http://chirapaq.org.pe/es/wp-content/uploads/sites/3/2018/03/los-derechos-de-los-pueblos-indigenas.pdf>

2015 *Mujeres indígenas: Pueblos indígenas e identidad cultural*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

<http://chirapaq.org.pe/es/wp-content/uploads/sites/3/2018/03/mujeres-indigenas-pueblos-e-identidad-cultural.pdf>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2015 *Salud intercultural en el Perú: situación y políticas*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/1CC7A4B0B085CB6B052580440059034D/\\$FILE/52_INFTEM181_2014_2015_salud_intercultural.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/1CC7A4B0B085CB6B052580440059034D/$FILE/52_INFTEM181_2014_2015_salud_intercultural.pdf)

2017 *MINSA restituye dirección de salud de pueblos indígenas solicitado por la CPAAAAE*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

http://www.congreso.gob.pe/Storage/tbl_notas_de_prensa/fld_121_PDF_file/276-i4Jw7Bq4Yk2Sb8S.pdf

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y CARIBE (CEPAL)

2013 *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humano*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/4100-mujeres-indigenas-america-latina-dinamicas-demograficas-sociales-marco-derechos>

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

s/f *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de Derechos Humanos*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

<http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaCap3.sp.htm>

CORREA, Norma

2011 *Interculturalidad y políticas públicas: una agenda al 2016*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

http://www.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/interculturalidad_documento.pdf

CUEVA, Neptali

2011 *propuesta de estándares básicos para servicios de salud materna con pertinencia intercultural en la región andina*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<http://chirapaq.org.pe/es/wp-content/uploads/sites/3/2018/03/Propuesta-de-estandares-basicos-para-servicios-de-salud-materna-con-pertinencia-intercultural-en-la-region-andina.pdf>

DE LA CRUZ, Evelyn y Igor AGUILAR

2011 *Parto Vertical Intercultural, Satisfacción De La Atención En Usuaris Del Programa Sis En El Centro De Salud De Tambo, Enero, Junio 2018*. Tesis de maestría en Gestión de los Servicios de Salud. Lima: Universidad César Vallejo. Consulta: 1 de julio de 2019.

http://www.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/interculturalidad_documento.pdf

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO

2011 *Serums*. Consulta: 1 de julio de 2019.

<http://www.diresacusco.gob.pe/administracion/serums/serums.htm>.

EL PERUANO

2006 *Ley N° 28927*. Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2007. Lima, 12 de diciembre de 2006. Consulta: 19 de mayo de 2019.

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/sectr_publ/presu_2007/Ley28927_Presupuesto_2007.pdf

2015 *Resolución ministerial N° 124-2015-MC*. Aprueban Guía de lineamientos denominada: Servicios Públicos con Pertinencia Cultural, Guía para la

Aplicación del Enfoque Intercultural en la Gestión de los Servicios Públicos. Lima, 8 de abril de 2015. Consulta: 19 de mayo de 2019.
<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-guia-de-lineamientos-denominada-servicios-publicos-resolucion-ministerial-n-124-2015-mc-1222454-1/>

2016 *Decreto supremo N° 016-2016-SA. Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural.* Lima, 2 de abril. Consulta: 19 de mayo de 2019.
<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-la-politica-sectorial-de-salud-intercultural-decreto-supremo-n-016-2016-sa-1363166-6>

2018 Ordenanza regional N° 08-2018- GR.CAJ-CR. *Aprueban incorporación de la formación en salud intercultural y la lengua materna u originaria de la población como criterios para la contratación y selección de personal de salud en zonas con presencia de pueblos indígenas amazónico y andino.* Lima, 20 de setiembre de 2018. Consulta: 19 de mayo de 2019.
<https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-incorporacion-de-la-formacion-en-salud-intercultural-ordenanza-no-08-2018-grcaj-cr-1692616-1>

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS.

2019 *Asegurando derechos y opciones para todos.* Consulta: 16 de mayo de 2019.
<https://peru.unfpa.org> <https://peru.unfpa.org/es>

IBACACHE, Jaime

2007 *Reflexiones Interculturales.*

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2018 *Resultados definitivos de los censos Nacionales 2017.* Consulta: 19 de mayo de 2019.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1568/

2018 *Perú encuesta demográfica y de salud familiar – ENDES 2017*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html

LA AGENCIA DE LA ONU PARA LOS REFUGIADOS. (ACNUR)

2016 *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7512.pdf>

2018 *Derechos humanos: artículo 1, igualdad, libertad y dignidad*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<https://eacnur.org/blog/derechos-humanos-articulo-1/>

LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH)

2010 *CIDH publica informe sobre salud materna*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<http://derechoshumanos.pe/2010/08/cidh-publica-informe-sobre-salud-materna/>

LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (DUDH)

s/f *La declaración universal de los derechos humanos; Artículo 25*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<https://dudh.es/25/>

MARTÍN BLÁZQUEZ RAQUEL

2015-2016 *Importancia de los cuidados continuados de enfermería en el puerperio*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676327/martin_blazquez_raqueltfg.pdf?sequence=1

MEDICUS MUNDI NAVARRA

2012 Aportes para la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1880.pdf>

MINISTERIO DE CULTURA

s/f *Discriminación étnico-racial en el Perú.* Consulta: 19 de mayo de 2019.

<http://alertacontraelracismo.pe/discriminaci%C3%B3n-%C3%A9tnico-racial-en-el-per%C3%BA>

s/f *El enfoque intercultural en la gestión pública.* Consulta: 19 de mayo de 2019.

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/7A5618019965525405258283005A856B/\\$FILE/EnfoqueInterculturalEnLaGesti%C3%B3nP%C3%BAblica.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/7A5618019965525405258283005A856B/$FILE/EnfoqueInterculturalEnLaGesti%C3%B3nP%C3%BAblica.pdf)

2013 *Enfoque intercultural para la gestión pública: Herramientas conceptuales.* Consulta: 19 de mayo de 2019.

<http://repositorio.cultura.gob.pe/bitstream/handle/CULTURA/507/Enfoque%20Intercultural%20para%20la%20gestion%20publica%20Herramientas%20conceptuales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

2015 *Diálogo intercultural: Pautas para un mejor diálogo en contactos de diversidad cultural.* Consulta: 19 de mayo de 2019.

<http://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/DIALOGO%20INTERCULTURAL%20-%20A5.pdf>

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

2005 La interculturalidad en la educación. Consulta: 31 de marzo 2019

https://www.unicef.org/peru/_files/Publicaciones/Educacionbasica/peru_educacion_interculturalidad.pdf

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (PERÚ)

2008 *Programa estratégico de salud materno prenatal*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/documentac/PE0002_Programa_Salud_Materno_Neonatal.pdf

s/f *Informe Interinstitucional de Desempeño del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal – PPSMN – 2016*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/belgica/inf_desempe%C3%B1o_PPSMN2016.pdf

MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ

s/f *Salud materna*. Consulta: 13 de julio de 2019.

https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7

s/f *Política sectorial de salud intercultural*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/censi/Politica%20sectorial%20para%20publicacion.pdf>

2009 *Documento Técnico: Preparando al Agente Comunitario de Salud para el cuidado integral de la salud y nutrición de las gestantes y de las niñas y niños menores de 5 años. (“El Manual del Agente Comunitario de Salud”)*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1024_prom37.pdf

2016 *Resolución Ministerial N° 518-2016-MINSA*. Aprobar la NTS N°121-MINSA/DGIESP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial. Lima, 21 de julio de 2016. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/192109-518-2016-minsa>

2016 *Norma técnica de salud: Para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>

2018 *Boletín Epidemiológico del Perú; Volumen 27-SE 44- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades*. Consulta: 01 de marzo 2019

<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/44.pdf>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR

2010 *Salud, interculturalidad y derechos*. Consulta: 31 de marzo 2019

http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D454.pdf

2011 *Transversalización del enfoque intercultural en las normas de salud materna*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/ART_Libro%20transversalizacion%20del%20enfoque%20intercultural%207-11-2011.pdf

2011 *Por un parto culturalmente adecuado: un derecho de las mujeres y recién nacidos*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

<http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/03/Sistematizacion-Parto-Culturalmente-Adecuado1.pdf>

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA

s/f *Normas con pertinencia cultural hacia la interculturalidad*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=570-2011-normas-con-pertinencia-cultural&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-nacional&Itemid=518

s/f *Unidad de atención de la salud de los pueblos indígenas e interculturalidad en Guatemala -uaspiig-*. Consulta: 16 de mayo de 2019.
<https://www.mspas.gob.gt/index.php/institucional/unidades-departamentos/atencion-de-la-salud-de-los-pueblos-indigenas>

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (OHCHR)

s/f *Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos anticoncepción y planificación familiar*. Consulta: 19 de mayo de 2019.
https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/IFNO_Contra_FamPlan_WEB_SP.pdf

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU)

s/f *Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 10: reducir la desigualdad en y en otros países*. Consulta: 16 de mayo de 2019.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/inequality/>

s/f *La declaración universal de los Derechos Humanos*. Consulta: 16 de mayo de 2019.
<https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

1995 *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Consulta: 19 de mayo de 2019.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

2007 *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas*. Consulta: 16 de mayo de 2019.
https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT)

1989 *Convenio sobre pueblos indígenas y tribales*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312314

2007 *Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

http://bdpi.cultura.gob.pe/sites/default/files/base_legal/Convenio%20169%20de%20la%20OIT.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2008 *El derecho a la salud*. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

2017 *La salud es un derecho humano fundamental*. Consulta: 29 de marzo de 2019.

<https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/>

2017 *Salud y derechos humanos*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS)

s/f *Diversidad cultural y salud*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=361&Itemid=40949&lang=es

s/f *Poítica de igualdad de género*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf?ua=1>

2008 *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>.

2012 *Premian a centro de salud de Huancavelica por proyecto materno perinatal*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1845:premiar-centro-salud-huancavelica-proyecto-materno-perinatal&Itemid=900

2017 *Regiones con altas tasas de mortalidad materna enfrentan serios desafíos para asegurar la calidad en la atención de la salud materna*. Consulta: 19 de mayo 2019.

<https://peru.unfpa.org/es/noticias/regiones-con-altas-tasas-de-mortalidad-materna-enfrentan-serios-desaf%C3%ADos-para-asegurar-la>

PACHAO, Nadesca

2009 “Los conocimientos indígenas y su protección legal en el Perú”. Lima: Chirapaq, pp. 5 – 82. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<http://chirapaq.org.pe/es/wp-content/uploads/sites/3/2018/04/Los-conocimientos-indigenas-y-su-proteccion-legal-en-el-Peru.pdf>

PLAN INTERNATIONAL

2017 *Política global de igualdad de género e inclusión*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

https://www.plan.org.co/wp-content/uploads/2018/09/politica_de_genero_2017.pdf

PONCE, María

2015 *Las sabias en los sistemas de la salud indígenas: Conocimientos y biodiversidad de los pueblos Quechua y Shawi del Perú*. Lima, abril del 2015. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<http://chirapaq.org.pe/es/wp-content/uploads/sites/3/2018/03/Las-Sabias-en-Los-Sistemas-de-Salud-Indigenas.pdf>

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

2018 *Lineamientos sobre las comisiones multisectoriales del poder ejecutivo: Informe de cumplimiento de presentación de información ante el registro unificado de comisiones multisectoriales*. Consulta: 19 de mayo de 2019.
<http://sc.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/V-Informe-Bimensual-2018.pdf>

REVISTA PERUANA DE MEDICINA EXPERIMENTAL Y SALUD PÚBLICA

2010 *Interculturalidad en salud*. Consulta: 16 de mayo de 2019.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100013

ROCA, Joan

2005 *Qué son los derechos culturales*. Consulta: 31 de marzo 2019
<https://culturalrights.net/es/principal.php?c=1>

ROOSTA, Manigeh

2014 *Salud materna en contexto de interculturalidad. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui*. Segunda edición. La Paz: Plural editores. Consulta: 16 de mayo de 2019.
https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=71-salud-materna-en-contextos-de-interculturalidad-1&Itemid=1094

SERVICIOS DE COMUNICACIÓN INTERCULTURAL (SERVINDI)

2016 *Aprueban Política de Salud Intercultural*. Consulta: 16 de mayo de 2019.
<https://www.servindi.org/actualidad-informe-especial/01/04/2016/aprueban-politica-de-salud-intercultural>

SIGNIFICADOS

2019 *¿Qué es la Diversidad cultural?*. Consulta: 19 de mayo de 2019.
<https://www.significados.com/diversidad-cultural/>

SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN, ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE LA CALIDAD EDUCATIVA (SINEACE)

2018 Caracterización de la región Ayacucho. Consulta: 19 de mayo de 2019.

<https://www.sineace.gob.pe/wp-content/uploads/2018/04/Caracterizaci%C3%B3n-de-la-regi%C3%B3n-Ayacucho-2018-Sineace.pdf>

TAPIA, Ingrid y Juan Carlos, DELGADILLO

s/f *La adecuación cultural de las infraestructuras de salud*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

<http://www.aicslapaz.com/2013/wp-content/themes/pdf/it/7/5/parte2.pdf>

UNIVERSIDAD DE ROSARIO

s/f *Pueblos indígenas*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

<https://www.urosario.edu.co/jurisprudencia/catedra-viva-intercultural/ur/Comunidades-Etnicas-de-Colombia/Pueblos-indigenas/>

WIKIPEDIA

2019 *Departamento de Ayacucho*. Consulta: 16 de mayo de 2019.

https://es.wikipedia.org/wiki/Departamento_de_Ayacucho

WORLD POPULATION

1992 United Nations, Department of Economics and Social Development. New York: Population Division.

1. <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/InterculturalidadSalud.pdf>



ANEXO 1: GUÍA DE PREGUNTA FOCAL

MUJERES QUECHUA HABLANTES DE 15 – 49 AÑOS

I. Información general

Comunidad _____	FECHA: _____

Hora de inicio: ____ : ____	Hora de término: ____ : ____

Presentación

Buenos días/buenas tardes, estamos reunidas el día de hoy para conocer un poco sobre el cuidado de su salud durante el embarazo, ¿qué es lo que acostumbra hacer, ¿a dónde ir?, ¿con quién conversar los temas de cuidado?, ¿cómo se siente al acudir al establecimiento de salud?, ¿algunas ocasiones que para usted no ha sido agradable la atención?, ¿qué le gustaría encontrar en cuanto la atención, el lugar?. Es importante que sepan que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Nos interesa sobre todo qué piensan, cómo ven los temas que vamos a ir tocando”.

II. Registro de Participantes – Rompiendo el Hielo

N°	Nombres y apellidos	Edad	N° hijos	Actividad que se dedica
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				

a. Preguntas – Temáticas

PREGUNTAS	
1	¿Cuáles son las razones por las que usted acude de inmediato al puesto de salud?
2	Recibió la atención que esperaba, le dieron algunas charlas sobre el cuidado de la salud, de usted o la de su niño?.
3	3.1 ¿El personal de salud las atiende de manera inmediata? 3.2 ¿Después, de cuánto tiempo que usted ha llegado al puesto de salud es atendida?, 3.3 Considera usted que está bien ese tiempo de espera para recibir la atención? ¿Por qué?
4	¿El puesto de salud al cual usted asiste o asistió para sus controles, tiene un espacio para realizar el parto vertical?
5	¿Conoce usted, o ha escuchado hablar si los profesionales del puesto de salud han hecho uso de la medicina tradicional?; usted considera que sería de ayuda el uso de la medicina tradicional, por qué?
6	¿Para ir al establecimiento de salud, ustedes son las que deciden o sus esposos, o algún otro familiar de su hogar?

ANEXO 2: GUÍA DE PREGUNTA PARA ENTREVISTA

DIRECTOR DEL CENSI Y/O RESPONSABLE DE SALUD INTERCULTURAL CON ÉNFASIS EN LA SALUD MATERNO Y NEONATAL– MINISTERIO DE SALUD – MINISTERIO DE SALUD

I. Información General

FECHA:	
Hora de inicio:	Hora de término:

Nombres y apellidos	Ocupación/Profesión	Cargo/ Tiempo en el cargo	Sexo: (Por observación)

II. Preguntas

1	De acuerdo al objetivo principal, el CENSI propone políticas, estrategias y normas en salud intercultural, ¿De qué manera llevan a cabo o velan por el cumplimiento de las políticas y normas con respecto a la salud intercultural?
2	¿Dentro de las acciones de sensibilización que tienen programadas, estas son dirigidas a algún público en particular? ¿Han previsto o realizan capacitaciones a personal de salud, que labora en zonas indígenas cuidando la salud materna y neonatal?
3	Tienen convenios con instituciones para brindar capacitaciones al personal de salud sobre el enfoque de género y derechos.
4	¿Cuenta el CENSI a nivel institucional con un presupuesto o partidas específicas, para apoyar en la implementación de la política intercultural de salud, como por ejemplo: la ambientación en cuanto una sala de parto?

5	Hoy en día, se tiene conocimiento de cuantos establecimientos de salud, a nivel nacional, ¿cuentan con infraestructura, equipamiento y personal de acuerdo con la Norma Técnica basada en la implementación de la Política de Salud Intercultural? ¿Cuáles son las lecciones aprendidas de esta implementación?
6	¿Cuándo hablamos de una salud de prevención y difusión, en esta labor han considerado o consideran a las parteras tradicionales? ¿Por qué?
7	¿Considera que es importante la participación de estas personas? ¿Cuáles son las ventajas de contar con ellas dentro del equipo?
8	¿Cómo promueven el uso de la medicina tradicional alternativa o complementaria en los establecimientos de salud?
9	¿Cuál ha sido el impacto en los profesionales de la salud, durante la atención de las madres gestantes?
10	¿Cómo lo articulan a nivel de micro red y establecimientos de salud?

COORDINADORA REGIONAL DE LA ESTRATEGIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y A GERENTE DE LA MICRO RED DE SALUD DE VILCASHUAMÁN

I. Información General

FECHA:	
Hora de inicio:	Hora de término:

Nombres y apellidos	Ocupación/Profesión	Cargo/ Tiempo en el cargo	Sexo: (Por observación)

Buenos días/tardes, mi nombre es <indique su nombre> y el motivo de mi visita es para solicitarle me conceda unos minutos de su tiempo para conversar todo lo referente a la implementación de la política de Salud Intercultural, en el ámbito o jurisdicción que usted dirige. Para ello, he elaborado algunas

preguntas que nos permitirán desarrollar esta entrevista de manera clara y precisa con una fácil comprensión del tema, a modo de diálogo.

Para nuestro estudio, vuestra participación es muy importante dado que, usted conoce de las diferentes acciones y limitaciones logísticas, operativas y propiamente culturales que son componentes importantes para el éxito de la adecuación intercultural en los diversos establecimientos de salud, en especial en las comunidades que visitaremos. Cabe destacar, que vuestra conversación será manejada de manera exclusiva y discreta sin dar nombres ni cargos, solo servirá de análisis para proponer estrategias y contribuir a fortalecer las capacidades técnicas, administrativas y de gestión en beneficio de un cambio positivo.

Por tal motivo, solicito su permiso y me permita hacer uso de la grabadora para tomar nota de lo más notable sin perder los detalles y preámbulos que en toda gestión se da, el mismo que respaldará los apuntes. ¿Podemos encender la grabadora? **<Encienda la grabadora>**

II. Preguntas

1	¿Durante todo el proceso de su gestión, se ha implementado acciones a favor de la salud intercultural o adaptación cultural de los profesionales de salud que son asignados a los diferentes puestos de salud, cuya cultura y costumbre tienen una diferencia particular? ¿Cuáles? ¿O en qué han consistido?
2	De acuerdo, a la norma técnica y la política de salud intercultural, ¿se ha habilitado o considerado una partida presupuestal exclusiva para la implementación de los establecimientos de salud?, ¿Cuál es el porcentaje del total del presupuesto que se destina para esta implementación?
3	¿Cuentan con un área o un equipo de profesionales que realizan el trabajo de monitoreo y seguimiento a los diferentes establecimientos de salud? ¿Cada que tiempo lo realizan?
4	¿Cuáles son las posibles dificultades del personal que laboran en estas zonas rurales?

5	¿Cómo ustedes llevan el control de cobertura en cuanto a atención y visitas domiciliarias a las mujeres que se encuentran en estado de gestación?
6	¿Tienen alguna actividad, como capacitaciones o talleres durante el año?, A quienes la dirigen? ¿Cada que tiempo lo programan?
7	¿Qué temas son los previstos tratar?
8	¿En relación con la experiencia durante su gestión, ¿cuáles son las posibles limitaciones que usted ha observado para incorporar a las parteras en el equipo de salud materno y neonatal de los establecimientos de salud en zonas rurales?
9	Como parte de la Política de Salud Intercultural, se habla del uso de la medicina tradicional, ¿considera usted que este es un beneficio y facilitador para disminuir costos al sector salud? ¿Cuál es su experiencia o posición con respecto a los cambios de técnicas y medicinas que propone esta política?

JEFE DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA DE LA MICRO RED DE SALUD

VILCASHUAMÁN

I. Información General

FECHA:	
Hora de inicio:	Hora de término:

Nombres y apellidos	Ocupación/Profesión	Cargo/ Tiempo en el cago	Sexo: (Por observación)

II. Preguntas

1	¿Durante todo el proceso de su gestión, se ha implementado acciones a
---	---

	favor de la salud intercultural o adaptación cultural de los profesionales de salud que están laborando en su centro hospitalario? ¿Cuáles? ¿O en qué han consistido?
2	De acuerdo, a la norma técnica y la política de salud intercultural, ¿cuenta usted con una partida presupuestal exclusiva para la implementación de la salud intercultural de la salud materno y neonatal?, ¿cuál es el porcentaje del total del presupuesto que destina para esta implementación?
3	¿Cuáles son las dificultades del personal de salud que tienen cuando brindan atención a las mujeres quechua hablantes gestantes que vienen derivadas desde zonas rurales?
4	¿Cómo ustedes llevan el control de cobertura en cuanto a atención y visitas domiciliarias a las mujeres que se encuentran en estado de gestación?
5	¿Tienen alguna actividad, como capacitaciones o talleres durante el año?, A quienes la dirigen? ¿Cada que tiempo lo programan?
6	¿Qué temas son los previstos tratar?.
7	¿En relación con la experiencia durante su gestión, ¿cuáles son las posibles limitaciones que usted ha observado para incorporar a las parteras en el equipo de salud materno y neonatal en su centro hospitalario?
8	Como parte de la Política de Salud Intercultural, se habla del uso de la medicina tradicional, ¿considera usted que este es un beneficio y facilitador para disminuir costos al sector salud? ¿Cuál es su experiencia o posición con respecto a los cambios de técnicas y medicinas que propone esta política?
9	¿Ha oído de la clínica de Vilcashuamán que ha implementado la sala de parto en posición vertical? ¿Considera usted que esta implementación es muy costosa para el estado?

ENFERMERA/TÉCNICA DEL CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD

I. Información General

EESS:	
FECHA:	
Hora de inicio:	Hora de término:

Nombres y apellidos	Ocupación/Profesión	Cargo/ Tiempo en el cargo	Sexo: (Por observación)

II. Preguntas

1	¿Antes de llegar a trabajar en este puesto de salud, recibió usted alguna capacitación o participo en algún taller con énfasis en salud intercultural? ¿Cuánto tiempo duro?, si menciona que no participo se realiza la siguiente pregunta: ¿Considera usted que para trabajar con esta población quechua hablante requiere de una capacitación o de una adaptación de costumbres con respecto al cuidado de la salud materno neonatal?, ¿cuáles sería para usted aquellos temas a considerar?
2	¿Cuándo usted inicio sus actividades laborales en el centro de salud, tuvo contacto alguno con las autoridades de las comunidades?, durante todo este tiempo de trabajo que tipo de coordinaciones realizan con los presidentes o líderes de la comunidad?
3	¿En qué temas se requiere articular el trabajo con los líderes de la comunidad?
4	¿Cuál es el tiempo promedio que demora en atender a una mujer quechua hablante gestante?, ¿cuáles son las dificultades que tiene al atenderlas?
5	¿Cómo promueven desde el EESS el acercamiento de las mujeres quechua hablantes de 15 a 49 años para que reciban la atención de sus controles prenatales y del parto?
6	¿Conoce usted cuál es el trabajo que realiza la partera en la comunidad? ¿Considera usted importante ese trabajo?
7	¿Ha recibido usted, capacitaciones en salud intercultural, en enfoque de género y de derechos?

8	Para usted, ¿cuál es la importancia de hacer uso de la medicina tradicional? ¿Ha usado o conoce de su uso en el parto?
9	¿Qué me puede decir sobre la implementación de la Política de Salud Intercultural? ¿Cómo han participado ustedes en su implementación?, si no se ha implementado preguntar: ¿Tienen previsto en un futuro inmediato implementar la Política de Salud Intercultural? ¿lo considera importante para su trabajo?, ¿Considera que de implementarse sería oportuna para mejorar las condiciones de trabajo?

PARA PARTERA O MÉDICA TRADICIONAL DE COMUNIDAD

I. Información General

COMUNIDAD	
FECHA:	
Hora de inicio:	Hora de término:

Nombres y apellidos	Ocupación/Profesión	Cargo/ Tiempo en el cargo	Sexo: (Por observación)

II. Preguntas

1	¿Cuánto tiempo viene realizando el trabajo de partera tradicional en su comunidad?, ha tomado algún curso para realizar este trabajo? ¿Cómo adquirió los conocimientos de atención de las gestantes durante el embarazo y parto?
2	¿Durante su experiencia, considera usted que necesita ayuda del personal de salud para realizar su trabajo, o tal como viene trabajando o ayudando está bien? ¿Considera que puede mejorar su servicio, de qué manera?
3	¿Ha tenido la oportunidad de trabajar o ayudar al personal del puesto de

	salud?, en qué consistió esa ayuda?
4	¿Ha sido invitada para participar en alguna capacitación por personal del establecimiento de salud? ¿Asistió? ¿Qué le pareció?
5	¿Desde hace dos años atrás, usted tiene menos o más mujeres gestantes que atiende en su domicilio? ¿Por qué considera que la visitan a usted y no se van al establecimiento de salud? ¿Qué recomendaciones daría usted para que se mejore la atención salud materna, en el establecimiento de salud?
6	¿Cuáles son los efectos que producen los medicamentos naturales durante el embarazo y a en el momento del parto?

PRESIDENTE DE LA COMUNIDAD

I. Información General

COMUNIDAD	
FECHA:	
Hora de inicio:	Hora de término:

Nombres y apellidos	Ocupación/Profesión	Cargo/ Tiempo en el cago	Sexo: (Por observación)

II. Preguntas

1	¿Cómo ve usted el trabajo del personal del puesto de salud, en cuanto la atención, trato con la población, los horarios de atención? En cuanto, a los
---	---

	medicamentos y la atención de profesionales, ¿usted está contento y se siente seguro con la atención de ellos?
2	¿Cuánto tiempo demora la atención en el puesto de salud?, ¿Considera usted que el establecimiento de salud cuenta con infraestructura adecuada?
3	¿Si se presenta una emergencia de una mujer gestante en su comunidad, a donde recurren inmediatamente?
4	¿Las mujeres gestantes de su comunidad, acostumbran a llevar su control con el personal del establecimiento de salud o con la comadrona o partera? ¿Por qué piensa usted que recurren a?
5	En su comunidad, ¿quién es el miembro del hogar que toma las decisiones para el cuidado de la salud?, las familias en quién confían para consultar o pedir ayuda ante una enfermedad?
6	¿En el establecimiento de salud, cuentan con patrones culturales o espacios de acuerdo de a sus costumbres, como para la atención de un parto?